

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

PAULA CRISTINA DA SILVA CAVALCANTI

O CUIDADO DA ENFERMEIRA PSIQUIATRA NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: da institucionalização à reabilitação

RIO DE JANEIRO

2010

Paula Cristina da Silva Cavalcanti

O CUIDADO DA ENFERMEIRA PSIQUIATRA NOS CENTROS DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: da institucionalização à reabilitação

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador:
Prof^a Dr^a Rosane Mara Pontes de Oliveira Pereira

Rio de Janeiro
2010

Cavalcanti, Paula Cristina da Silva

O cuidado da enfermeira psiquiatra nos Centros de Atenção Psicossocial: da institucionalização à reabilitação. Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2010.

112 p.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2010.

Orientadora: Rosane Mara Pontes de Oliveira Pereira

1. Enfermagem Psiquiátrica 2. Institucionalização 3. Reabilitação 4. Cuidado. Teses. I. Pereira, Rosane Mara Pontes de Oliveira (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. III. Título.

CDD 610.73

Paula Cristina da Silva Cavalcanti

O CUIDADO DA ENFERMEIRA PSIQUIATRA NOS
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
da institucionalização à reabilitação

Dissertação de Mestrado submetida ao
Programa de Pós Graduação em
Enfermagem, Escola de Enfermagem
Anna Nery, Universidade Federal do Rio de
Janeiro, como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em

.....
Profª Drª Rosane Mara Pontes de Oliveira Pereira (EEAN / UFRJ)
Presidente

.....
Profª Drª Fátima Helena do Espírito Santo (EEAAC / UFF)
1ª Examinadora

.....
Profª Drª Lílian Hortale de Oliveira (EEAN / UFRJ)
2ª Examinadora

.....
Profª Drª Deyse Conceição Santoro (EEAN / UFRJ)
Primeira Suplente

.....
Profª Drª Zenith Rosa Silvino (EEAAC / UFF)
Segunda Suplente

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela Luz que ilumina, pela força necessária para continuar, por me proporcionar esta experiência de vida fazendo-me crescer, amadurecer e acima de tudo, perceber que posso melhorar a cada dia.

À Prof^a Dr^a Rosane Mara Pontes de Oliveira Pereira, por ter me acolhido como orientanda, cujo rigor do ensino estimulou-me a fazer o melhor; por sua firmeza e crítica de orientadora, pelos momentos de reflexão e por acreditar no potencial do meu trabalho.

Às Professoras Doutoras que fizeram parte das Bancas de Defesa do Projeto, Qualificação e Defesa Final: Fátima Helena do Espírito Santo, Marlucci Stipp, Lilian Hortale, Deyse Conceição Santoro e Zenith Rosa Silvino, pelas contribuições neste trabalho. Agradeço também o apoio, o estímulo e o carinho que me dedicaram.

À minha mãe, Irene Pereira da Silva, e meu pai, Paulo José Fernandes, pelo amor e dedicação; aos irmãos Alexsandra da Silva Fernandes e André Luiz da Silva de Carvalho, e aos cunhados Paulo Victor das Chagas e Sônia Carvalho, pelas risadas nas horas de cansaço, pela ajuda nas horas necessárias e pelo carinho e amor percebidos em cada ação a mim direcionada.

À vovó Tereza Pereira da Silva, que me proporcionou os melhores momentos na vida e me ensinou a olhar as pessoas com o coração livre de preconceito; ao vovô João Teodósio da Silva Sobrinho, que me ensinou a respeitar as diferenças e a colocar o amor acima das dificuldades.

Ao meu amado esposo Vagner, que esteve comigo em todos os momentos, pelo seu amor, compreensão, dedicação, paciência e apoio incondicional durante a construção desta dissertação.

Aos sogros Florinda Ribeiro do Nascimento, José Carlos Figueiredo Cavalcanti e cunhada Cristiana do Nascimento Cavalcanti, pelos ensinamentos e incentivo nas horas de desânimo, pela compreensão, carinho e suporte emocional nos dias difíceis.

Às tias e primos que juntos compartilharam comigo esta caminhada árdua e difícil, porém prazerosa.

Aos amigos do Instituto de Cultura Técnica e do Hospital da Mulher, que possibilitaram o meu afastamento temporário das atividades para que pudesse concluir este trabalho.

Aos meus queridos educandos, que me fazem melhor a cada dia.

À amiga Inês Leoneza, pela presença marcante e afetuosa em minha formação, pela ajuda e acolhida nos momentos mais difíceis da vida, pelo carinho demonstrado durante todos esses anos.

Aos amigos que entendiam o meu afastamento e aguardavam o meu retorno com paciência; demonstrando carinho e atenção.

Aos membros da Usina de Sonhos, que me ensinaram a trabalhar em equipe e me instrumentalizaram para o início da prática de enfermagem psiquiátrica humanizada.

À Prefeitura Municipal de Volta Redonda (RJ), que possibilitou a realização da pesquisa, e aos enfermeiros que dela participaram, os meus sinceros agradecimentos pela disponibilidade, paciência e simpatia durante o processo de coleta de dados, pois, sem vocês não seria possível a realização desta dissertação.

À minha turma de Mestrado, pelo prazer da convivência, pela oportunidade de aprender e rever conceitos, onde fiz amizades que perdurarão por muito tempo!

Aos professores e funcionários da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, pela acolhida e incentivo que nunca me faltaram para a conclusão deste trabalho. Em especial aos funcionários da Pós-graduação: Sonia Maria Xavier, Jorge Anselmo; ao Sr Roberto Luiz Telles e à Elaine Cristina de Ávila Castelo Maciel, da Recepção, e ao Sr. Josué que me receberam carinhosamente.

À Maria Amália de Lima Cury Cunha, que me ajudou na tradução do resumo, e à Marisa Medeiros pela revisão do texto e formatação final.

A todos, muito obrigada!

CAVALCANTI, Paula Cristina da Silva. **O cuidado da enfermeira psiquiatra nos Centros de Atenção Psicossocial**: da institucionalização à reabilitação. Rio de Janeiro, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

RESUMO

O estudo enfocou o cuidado realizado pela enfermeira psiquiatra no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tendo como objetivos: descrever o cuidado da enfermeira psiquiatra no CAPS; discutir o cuidado da enfermeira psiquiatra no CAPS; analisar o cuidado da enfermeira psiquiatra no CAPS. Como base teórica do estudo, utilizou-se a *Teoria do Intuir Empático* de Oliveira (2005), composta por empatia, escuta qualificada, tempo, esperar, prontidão para cuidar e cuidado pós demanda. Metodologia: pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, tendo como instrumentos de coleta de dados a observação participante e a entrevista aberta. Os aspectos éticos do estudo foram rigorosamente observados, conforme dispõe a Resolução CNS-196/96. Discussão: os dados coletados foram submetidos à análise temática de Minayo (2004), permitindo o surgimento de duas classes temáticas com os respectivos subtemas, a saber: 1) *O cuidado que produz melhora*. Subtemas: a) A personalidade da enfermeira, b) Aspectos relacionados ao conhecimento. 2) *O cuidado que não produz melhora*. Subtemas: a) Conhecimento científico da enfermagem, b) Perfil profissional, c) Desqualificação e descaracterização. Resultados: Os dados apontaram para a compreensão de que o cuidado que produz melhora deve unir o conhecimento empírico e o científico a uma ação humanizada que se traduza em bom cuidado. Conclusão: O cuidado prestado pela enfermeira psiquiatra é uma ação complexa, norteadada pelo conhecimento empírico e científico, pela teoria do intuir empático através da solidariedade e da humanização. Para realizá-lo, a enfermeira deve ter motivação, ser capaz de perseverar, possuir disponibilidade interna, ser criativa e flexível, trabalhar em equipe, não se acomodar e ter uma postura questionadora. **Palavras-chave**: Enfermagem psiquiátrica. Institucionalização. Reabilitação. Cuidado.

CAVALCANTI, Paula Cristina da Silva. **The psychiatric nurse's care in the Psychosocial Attention Centers:** from the institutionalization to the rehabilitation. Rio de Janeiro, 2010. Dissertation (Master Degree) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

ABSTRACT

The study focused the care realized by the psychiatric nurse in the Psychosocial Attention Center (CAPS), having as objectives: describe the psychiatric nurse's care in the CAPS; discuss the psychiatric nurse's care in the CAPS; analyze the psychiatric nurse's care in the CAPS. As the study theoretical basis, it used the *Empathic Intuit Theory of Oliveira* (2005), composed of empathy, qualified listening, time, hope, readiness to give care and post demand care. Methodology: descriptive research, with qualitative approach, having as data collection tools the participant observation, and the open interview. The study ethical aspects were rigorously observed, according to is disposed by the CNS-196/96 Resolution. Discussion: the collected data were submitted to the thematic analysis of (2004), making possible the arising of two thematic classes, with the respective subthemes, namely: 1) *The care that produce improvement*. Subthemes: a) The nurse's personality, b) Aspects related to the knowledge. 2) *The care that do not produce improvement*. Subthemes: a) Scientific knowledge of the nursing, b) Professional profile, c) Disqualification and mischaracterization. Results: The data point to the comprehension of that the care that produce improvement must link the empirical and scientific knowledge to one humanized action that translate a good care. Conclusion: The care given by the psychiatric nurse is a complex action, guided by the empirical and scientific knowledge by the empathic intuit theory through the solidarity and humanization. To realize it, the nurse must have motivation, be able to persevere, have internal availability, be creative and flexible, work together, do not accommodate and have a questioner posture. **Keywords**: Psychiatric nurse. Institutionalization. Rehabilitation. Care.

SUMÁRIO

Listas de figuras.....	xi
Listas de gráficos.....	xi
Listas de tabelas.....	xi
1 INTRODUÇÃO.....	12
2. O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....	21
2.1 O Manicômio.....	21
2.2 A Desinstitucionalização.....	24
2.3 A Reabilitação Psicossocial.....	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	34
3.1 O Intuir Empático.....	34
4 REFERENCIAL METODOLOGICO.....	39
4.1 Tipo do Estudo.....	39
4.2 Descrevendo o Cenário do Estudo.....	40
4.3 Sujeitos da Pesquisa.....	43
4.4 A Produção dos Dados.....	44
4.5 Tratamento e análise dos dados.....	45
4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	45
4.7 Implicações do Pesquisador.....	46
4.8 Apresentando os Sujeitos da Pesquisa.....	47
4.8.1 Caracterização dos Sujeitos.....	49
5.O CONTEXTO DO CUIDADO.....	53
5.1 O Cuidado de Enfermagem.....	53
5.2 O Cuidado de Enfermagem Psiquiátrica.....	60
6.APRESENTANDO OS RESULTADOS OBTIDOS.....	63
6.1 O CUIDADO QUE PRODUZ MELHORA.....	65
6.1.1 A Personalidade da Enfermeira.....	67
6.1.2 Aspectos relacionados ao conhecimento.....	82
6.2. O CUIDADO QUE NÃO PRODUZ MELHORA.....	87

6.2.1 Conhecimento científico da Enfermagem.....	87
6.2.2 Perfil Profissional.....	94
6.2.3 Desqualificação e Descaracterização.....	98
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
8.REFERÊNCIAS.....	105
APENDICE – A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	111
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	112

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Teoria do Intuir Empático.....	34
FIGURA 2- Estrutura do Programa de Saúde Mental do Município.....	41
FIGURA 3- A Ação de Cuidado da Enfermeira Psiquiatra.....	64

LISTA DE GRAFICOS

GRÁFICO 1- Enfermeiros por Gênero.....	49
GRÁFICO 2- Enfermeiros por Faixa Etária.....	50
GRÁFICO 3- Enfermeiros por Tempo de Formado.....	50
GRÁFICO 4- Enfermeiros com Pós-graduação.....	51
GRÁFICO 5- Enfermeiros por Tempo de Serviço no CAPS.....	52
GRÁFICO 6- Enfermeiros por Vínculo Empregatício.....	52

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Reabilitação Psicossocial (RPS): Componentes e Objetivos....	32
QUADRO 2- Usuários no CAPS referenciados e atendidos por Enfermeiros	42
QUADRO 3- Relacionamento enfermeiro- paciente na perspectiva do cuidado.....	55

1. INTRODUÇÃO

O momento atual do trabalho da enfermagem psiquiátrica caracteriza-se pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar que visava a contenção do comportamento dos pacientes, e a incorporação de princípios novos e desconhecidos, que buscam adequar-se a uma prática interdisciplinar aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações (OLIVEIRA, 2005).

Atualmente, deparamo-nos com dois modelos de tratamento em psiquiatria, representados pelo manicômio e pelo serviço substitutivo, que refletem momentos distintos da história da psiquiatria.

A história da psiquiatria, resumidamente, revela dois momentos na evolução da assistência psiquiátrica. Durante o séc.XIX a prática terapêutica institucionalizada: o doente mental deixa sua comunidade para ser tratado nos asilos. Na segunda metade do séc. XX, um movimento oposto, o doente mental deve deixar os hospitais e retornar à sua comunidade; e os profissionais devem garantir o tratamento e a reinserção social através de programas de reabilitação. Internar e desinternar - cada um desses momentos reflete processos históricos específicos. (SILVA FILHO; LEIBING, 1999, p. 14)

Segundo Goffman (2008, p. 11), o manicômio pode ser definido como

um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situações semelhantes, separadas da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada.

Portanto, os manicômios foram criados para manter a ordem e o controle social, submetendo ao tratamento todos aqueles que não se enquadravam nos padrões exigidos pela sociedade. Nesse cenário, a enfermagem psiquiátrica e suas ações consolidaram-se, sendo que a formação técnica da enfermeira era pautada principalmente na doença e na forma de intervenção no processo patológico. Assim, ela executava suas funções sobrepondo-se aos desejos e anseios dos pacientes.

O trabalho da enfermeira visa garantir as necessidades básicas dos pacientes, em especial na área psiquiátrica, pois, conforme explicam Rocha, Loyola e Sobral (1998, p.205), “o cuidar na psiquiatria tem sido considerado como um acolher com garantias de: alimentação, higiene, sono, lazer, convívio

e outras".

Deve-se levar em consideração que o manicômio, como instituição totalizante e segregante em suas diferentes facetas, produz no paciente a anulação do sujeito, aniquilando as possibilidades de autonomia, manutenção de desejos e aspirações individuais (BASAGLIA, 1991 *apud* BARTON, 1974), com o agravante de que a estrutura rígida de cuidado proposta impossibilita a individualização e a privacidade, já que o paciente precisa seguir regras propostas pela instituição, tais como: horários de higienização, alimentação e lazer. Com isso, ao longo dos anos, ele vai perdendo os vínculos sociais e a habilidade básica de se relacionar com o meio social.

O manicômio, por sua característica, favorece ao paciente a possibilidade de desenvolver uma cronificação por conta da institucionalização. A propósito, segue-se a explicação de Delgado (2001, p. 192):

A cronificação acontece quando ocorre a desqualificação permanente dos gestos e da fala dos internos, a valorização ridicularizante de atitudes grotescas, as relações ambíguas e próprias à sociologia dos asilos, a violência consentida ao qual denominou de dispositivos institucionais da cronificação.

Após a internação prolongada e o tratamento proposto no manicômio, os pacientes desenvolvem a "neurose institucional", identificada pelos sintomas de apatia, submissão, incapacidade de formular planos, ausência de iniciativa e interesse com o futuro, deterioração de hábitos pessoais, indiferença e resignação diante de situações injustas que lhe dizem respeito (BARTON, 1974). Posteriormente, Basaglia (1991) defendeu a idéia de que o doente já sofre de uma perda de liberdade em decorrência da doença; e ao ser submetido ao tratamento no manicômio, passa a se despersonalizar a ponto de ser considerado parte de sua estrutura física, negando, assim, suas aspirações e desejos, levando-o à mortificação do Eu.

Não existia preocupação com a anulação do sujeito habitante do manicômio, que se tornou um depósito de pessoas desabilitadas e sem vínculos com a sociedade. Esse modelo foi violento, produtor da segregação estigmatizante e da exclusão social. Nesse sentido, o manicômio afastou o doente do convívio da família, do trabalho, do lazer e da sociedade (OLIVEIRA, 2001).

No início da década de 70, concomitante ao movimento da reforma sanitária, ocorreu no Brasil o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que denunciava a violência asilar e as péssimas condições de trabalho nas instituições psiquiátricas. O MTSM preconizava a substituição do modelo manicomial por uma rede de atenção integral à saúde mental, dando origem às primeiras discussões sobre a reforma psiquiátrica, tendo como referência a experiência italiana da desinstitucionalização, de Basaglia, que tem como aspectos fundamentais a construção de alternativas que devem começar com a destruição do aparato manicomial e o exercício de uma prática efetiva de transformação (ROCHA, 2008).

Rotelli, Leonards e Mauri (2001) esclarecem que a desinstitucionalização é o processo de deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito ou território. De acordo com Amarante (2008a), este processo sofreu transformações conforme o momento político, podendo ser entendido como: desinstitucionalização/ desospitalização, desinstitucionalização/ desassistência e desinstitucionalização/ desconstrução.

A noção de desinstitucionalização surgiu nos Estados Unidos da América (EUA), durante o governo Kennedy, mas seus princípios e as medidas adotadas são basicamente de *desospitalização*. Nesta modalidade, há uma crítica ao sistema psiquiátrico no que diz respeito à centralização da atenção na assistência hospitalar, mas não é questionado o saber que o legitima. Esta configuração está baseada e construída a partir dos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, sendo que a causa da falência do sistema psiquiátrico não está na psiquiatria, mas na má aplicação desta (AMARANTE, 2008a).

Os objetivos administrativos da desinstitucionalização estão na redução do custo da assistência para os cofres públicos. Como *desassistência*, ela não significa a substituição do modelo hospitalar por outra modalidade de assistência, mas sim o desamparo e abandono dos doentes à própria sorte. Percebe-se a necessidade de uma rede de cuidados, uma infraestrutura na comunidade para assistir o paciente e sua família.

Mas o interesse da minoria é sobreposto aos interesses conservadores, resistindo aos direitos dos portadores de sofrimento psíquico, o que se evidencia nas palavras de Hirdes (2001, p.30):

A tendência contra a desinstitucionalização assume maior magnitude após o projeto de lei Paulo Delgado – 3.657/89, que propõe a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades de assistência. Observo que isto é verificável, na prática, através da organização da Associação Brasileira dos Hospitais - ABH. Esta entidade sempre buscou meios de proteção contra a aprovação da referida lei. Concomitantemente à organização do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM, pela aprovação da lei ocorria um maciço lobby dos empresários de hospitais psiquiátricos.

A desinstitucionalização significa a *desconstrução* da lógica manicomial¹ para que o paciente tenha um contato efetivo com a comunidade, mesmo estando doente.

A desinstitucionalização como desconstrução foi baseada no movimento da Reforma Psiquiátrica, na qual é feita uma crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria (AMARANTE, 2008a). No Brasil, esta Reforma teve início no final da década de 70, influenciada pelo modelo de Basaglia, e em 1980 fundiu-se ao movimento da Reforma Sanitária ocupando, assim, espaço de poder e decisão como forma de produzir mudanças efetivas na assistência psiquiátrica.

Impulsionada pelo movimento dos trabalhadores de saúde mental, que denunciavam as condições de tratamento e vida dos portadores de sofrimento psíquico alojados em manicômios, esse movimento culminou na reformulação da assistência psiquiátrica no país e na Constituição de 1988.

A reforma psiquiátrica teve como aportes teóricos e políticos a VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, quando foi implementado o primeiro serviço substitutivo no Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, bem como a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, levada a efeito em 1987.

Em 1988 passou a vigorar a Constituição Federal, sendo implementado o Sistema Único de Saúde (SUS). No ano seguinte, o Deputado Paulo Delgado apresentou ao Congresso o Projeto de Lei nº. 3.657/89, que consagrava a

¹ **Lógica Manicomial:** caracterizada por ações de dominação, subjugação, tutela, classificação, hierarquização, opressão e de controle, desde as mais explícitas até as mais sutis.
<http://abrapso.org.br/siteprincipal/index.php?Itemid=46&id=121&option=com_content&task=view> acesso em 28/02/10 às 22:16h.

redução de leitos manicomiais e a criação de alternativas de cuidado na comunidade (DELGADO,1989).

O Brasil, em 1990, foi signatário da Conferência promovida pela Organização Mundial de Saúde que propunha a reestruturação imediata da assistência psiquiátrica pela adequação das legislações dos países membros. Este documento, conhecido como Declaração de Caracas, teve como princípio a proteção do portador de sofrimento psíquico, com melhoria na assistência, assegurando seus direitos enquanto cidadão (OMS / OPS, 1990).

Após tramitar no Congresso Nacional por 12 anos, o Projeto de Lei 3.657/89 foi aprovado com a Lei 10.216/01 que propôs a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Assim, passamos de 10 CAPS, em 1989, para 295, em 2001 (BRASIL, 2008).

Os CAPS foram criados como alternativa para substituir o manicômio, buscando superar a lógica manicomial:

O Ministério da Saúde define CAPS como um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde - SUS. 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, 2004b, p.4)

A Reforma Psiquiátrica trouxe transformações administrativas, organizacionais e políticas, buscando reverter a lógica manicomial. Assim, a reabilitação psicossocial passou a operacionalizar a prática (HIRDES, 2001), sendo defendida como um conjunto de ações que se desenvolvem tendo como premissa básica potencializar habilidades, aumentar o poder contratual e o exercício da cidadania (PITTA, 2001).

A reabilitação aponta para promover um ótimo nível de funcionamento das pessoas que apresentam o *impairment*² que leva ao *disability*³ até ao

Utilizamos como base para definir Anthony, Cohen, Farkas (1992) e Pratt, Gil, Barret et al. (1999).

² **Impairment** - termo usado para definir a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica, entendido por qualquer perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou estrutura anatômica ou função.

³ **Disability** é definido como uma incapacidade para participar ou desempenhar um papel social desejável em atividades como o autocuidado, relações sociais, trabalho e conduta adequada em situações específicas;

*handicap*⁴, como conseqüência dos dois anteriores, gerando no paciente uma limitação para desempenhar um papel satisfatório na sociedade.

O *impairment* é estrutural, o *desability* é situacional e o *handicap* é a conseqüência de um ou de ambos.

A partir do exposto, a resposta ao cuidado está intimamente relacionada ao cenário escolhido. No manicômio, as possibilidades de trocas afetivas e materiais ficam reduzidas ou nulas devido à característica institucional e filosófica da instituição.

É necessário haver uma rede de serviços substitutivos com cuidados reabilitadores e profissionais treinados na lógica da reabilitação e do exercício da cidadania, com capacidade de estabelecer contratos e de perseverar na atenção diária, trabalhando com a potencialidade do sujeito, sem que haja foco na desabilidade causada pela iatrogenia do manicômio.

A reabilitação não deve ser confundida com uma determinada técnica, pois se trata de “uma estratégia global” de uma postura que deve ser adotada por todos os atores sociais envolvidos (SARACENO, 1999, p.14).

O *setting*⁵ utilizado para assistir fará diferença na adaptação do paciente ao adoecimento psíquico, entendendo-se como cenário ou *setting* de sua atuação o espaço social, e não o limitado pelo CAPS ou por outro serviço substitutivo.

Com a implementação dos CAPS, o trabalho da enfermeira precisou ser reconfigurado porque nesses espaços não cabia o modelo totalizante, verticalizado e excludente; então “a enfermeira precisou repensar as suas práticas e novas formas de cuidar em saúde mental, sendo este pautado na proposta da reabilitação psicossocial” (OLIVEIRA, 2005, p.19).

Assim, pelos seus valores e princípios, a reabilitação se aplica a esse estudo por levar em consideração o paciente enquanto sujeito de si, e a enfermeira enquanto indivíduo que interage.

O interesse pelo tema evidenciou-se em 2001, quando a autora deste estudo iniciou suas atividades no mesmo CAPS em que havia realizado o

⁴ **Handicap** - uma desvantagem presente no indivíduo, que limita ou evita a satisfação de um papel que é normal, dependendo da idade, sexo e fatores sociais / culturais para aquele indivíduo.

⁵ **Setting** refere à utilização de espaços físicos dispersos de convivência coletiva que proporcionará integração, trocas afetivas e materiais, ingredientes fundamentais para a restituição e/ ou obtenção da cidadania.

estágio durante a graduação. Na vivência do trabalho, esta percebeu a prática institucionalizante em um Serviço cuja proposta era a de substituir o modelo de tratamento do manicômio.

O comportamento institucionalizante do usuário era demonstrado sob diversas formas, tais como: permanecer ocioso, buscar ganhos secundários do adoecimento psíquico, perceber a unidade como extensão de sua casa ou entendê-la como tal, deitar no chão, andar descalço e reproduzir comportamentos marcados pela experiência da lógica manicomial.

No período de 2003 a 2006, a autora passou a desempenhar a função de preceptora junto aos acadêmicos do último período da graduação, na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, acompanhando o estágio no CAPS e orientando trabalhos de conclusão do curso, atividade que possibilitou refletir sobre a atuação da enfermeira no CAPS e seu papel social, contribuindo para uma postura crítica em relação ao assunto. Estes questionamentos, por sua vez, levaram à realização do curso de pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN / UFRJ), em parceria com o Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA).

Os saberes adquiridos durante no curso culminaram por ratificar o interesse a respeito da prática da enfermeira no CAPS, considerando que há uma lacuna de conhecimento no que diz respeito à Enfermagem Psiquiátrica, em especial quanto à institucionalização no CAPS e à atuação da enfermeira nesse *setting*. Tanto é assim que a maioria dos estudos consultados acerca do Estado da Arte tem como foco a reabilitação psicossocial, principalmente pelas dificuldades de implementação deste Serviço nos pressupostos desta modalidade de reabilitação.

Diante dessa realidade, determinou-se como **objeto de estudo** o *cuidado prestado pela enfermeira psiquiatra no CAPS: da institucionalização à reabilitação psicossocial*.

É importante destacar que na prática da Enfermagem Generalista, a qualidade maior do cuidado de Enfermagem baseia-se na antecipação à demanda, enquanto na Enfermagem Psiquiátrica, a prescrição é inversa, ou seja, o cuidado só pode existir *pós demanda*, respeitando as vontades e as

necessidades do cliente, estimulando-o para a autonomia do cuidado (OLIVEIRA, 2005, p. 8). Sendo assim, considera-se que o exercício do poder, de contratualidade visando a construção da cidadania, forma o núcleo central do paradigma da reabilitação psicossocial, do qual emergiu a seguinte questão norteadora: como é realizado o cuidado prestado pela enfermeira no CAPS?

Para responder à questão de estudo, foram elaborados os seguintes **objetivos:**

- Descrever a prática do cuidado da enfermeira psiquiatra no CAPS.
- Discutir as ações de cuidado da enfermeira psiquiatra no CAPS.
- Analisar o resultado do cuidado prestado pela enfermeira psiquiátrica no CAPS.

1.1. Contribuições do Estudo

O estudo é relevante a partir da constatação de que o levantamento sobre enfermagem psiquiátrica, institucionalização e reabilitação psicossocial realizado na base de dados eletrônicos da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), permitiu identificar que o cuidado de enfermagem foi discutido sob o enfoque da equipe de enfermagem, de acordo com os pressupostos da Reabilitação Psicossocial (RPS), enquanto a prática de enfermagem, propriamente dita, evidenciou-se sob a lógica manicomial – institucionalizante, não sendo encontrado qualquer material que abordasse a institucionalização no CAPS e a atuação da enfermeira nesse cenário.

Sabe-se que a reabilitação psicossocial acontece quando a prática assistencial da enfermeira é condizente com a proposta política para o sujeito que possui alguma desabilidade. Portanto, a RPS se faz com o cliente, e não para o cliente (SARACENO, 1999, p.43).

Considerando que a doença mental produz no indivíduo uma dificuldade de interagir e transitar no meio social adequadamente, levando-o à inabilidade para desempenhar atividades cotidianas, tais como: promover o autocuidado, estabelecer e manter relacionamentos, ou mesmo conduzir-se de forma adequada em situações específicas, no que diz respeito à *assistência*, pretende-se contribuir para uma reflexão sobre o cuidado prestado pela

enfermeira psiquiatra no CAPS, a fim de que esse usuário seja assistido da melhor forma, bem como apontar possibilidades e diferentes caminhos para o cuidado, que extrapolem os muros do CAPS.

Sob o prisma do *ensino* de Enfermagem Psiquiátrica, a contribuição se dará por meio da produção de dados científicos que possam corroborar o estatuto de Ciência, de modo a levar o aluno a uma reflexão que o auxilie a questionar-se quanto à sua conduta, auxiliando na mudança paradigmática necessária à implementação e consolidação dos pressupostos da RPS, bem como do cuidado de enfermagem psiquiátrica.

Na *pesquisa*, pretende-se fomentar outras iniciativas de estudo sobre a temática e, assim, fortalecer a rede de pesquisadores e a construção científica do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar - NUPENH do Departamento de Enfermagem Médica-Cirúrgica – DEMEC da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ).

2. O CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

2.1. O Manicômio

Os manicômios são instituições totais que se caracterizam por serem estabelecimentos fechados sob regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral (GOFFMAN, 2008). Funciona como local de residência, trabalho, lazer e espaço de alguma atividade específica, que pode ser terapêutica, correcional, educativa, dentre outras. Normalmente, há uma equipe dirigente que exerce o gerenciamento administrativo da vida nestas Instituições.

O manicômio controla a conduta humana, um controle inerente à institucionalização como tal, e estabelece mecanismos de controle social (GOFFMAN, 2008). Fazer parte de um hospital psiquiátrico significa estar à mercê do controle, do julgamento e dos planos de terceiros, sem que o interessado possa intervir para modificar o andamento e o sentido da instituição.

Os menores segmentos da atividade de uma pessoa podem estar sujeitos a regulamentos e julgamentos da equipe diretora; a vida do internado é constantemente penetrada pela interação de sanção vinda de cima, sobretudo durante o período inicial de estada, antes de o internado aceitar os regulamentos sem pensar no assunto. Cada especificação tira do indivíduo uma oportunidade para equilibrar suas necessidades e seus objetivos de maneira pessoalmente eficiente, e coloca suas ações à mercê de sanções. Violenta-se a autonomia do ato. (GOFFMAN, 2008, p.42)

Foucault (1996) entende o hospital psiquiátrico como um local de confronto, luta e dominação. Descreve suas funções, por um lado, como prova e produção da verdade, conhecimento e constatação dos fenômenos; por outro, como elementos que se redistribuem e superpõem.

A estrutura rígida de cuidado proposta no manicômio impossibilita a individualização e a privacidade, já que o paciente precisa seguir as regras propostas pela Instituição, tais como: horário de higienização, alimentação e lazer. Com isso, ao longo dos anos, o paciente perde os vínculos sociais, a habilidade básica de se relacionar com o meio social.

Basaglia (1991) defende que o paciente já sofre uma perda de liberdade em decorrência da doença ao ser submetido ao tratamento no manicômio, passando a aderir ao corpo da Instituição a ponto de ser considerado como parte de sua estrutura física, assim, negando cada desejo, ação e aspiração autônoma que fariam com que se sentisse ainda vivo, sendo ele próprio.

Foucault (1996) pontua cinco razões para justificar o isolamento dos doentes, as quais retratam o objetivo da época: garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais.

Hirdes (2001) acrescenta que o manicômio, sob a perspectiva sociológica, é um aparelho ideológico do Estado que submete ao controle social os indivíduos que não se enquadram na ordem vigente.

Essa modalidade de cuidado causou prejuízos aos portadores de sofrimento psíquico por conta de sua proposta política de manter a ordem social, afastando aqueles que não se enquadravam nas regras sociais vigentes. Assim, o manicômio ganhou força pelo seu caráter controlador e segregador.

Os hospitais espalharam-se pelo mundo fazendo a exclusão e a reclusão dos doentes mentais. O hospício tinha a função de hospedaria, e os Hospitais Gerais e as Santas Casas de Misericórdia representavam um local de recolhimento de pessoas que, de uma forma ou de outra, simbolizavam perigo à sociedade (AMARANTE, 2009). Quanto à assistência psiquiátrica no país, Paulin e Turato (2004, p.250) explicam que,

na época, apresentava níveis alarmantes: mais de sete mil doentes internados sem cama (leito-chão) e hospitais psiquiátricos sem especialistas. Chegava a sete meses o tempo médio de permanência de casos agudos em hospitais. O índice de mortalidade nas colônias de doentes crônicos era seis vezes e meia maior que nos hospitais para doenças crônicas de outras especialidades.

No manicômio, os pacientes ficam condicionados a regras, mantidos sob vigilância, com sua capacidade contratual reduzida ou nula. Com o passar dos anos, sujeitam-se a seguir a ideologia da instituição, cujas decisões partem do seu corpo técnico- administrativo.

Concordamos com Basaglia (1991) ao afirmar que o manicômio, como

instituição de violência, tem suportado incólumes as tentativas de transformação ou superação; e como mecanismo de controle social, tem sido eficiente, independente das marcas que uma internação possa produzir nos seres humanos. Complementando, o mesmo autor destaca que a relação institucional aumenta vertiginosamente o poder puro do médico, exatamente porque diminui vertiginosamente o do doente já que, pelo próprio fato de estar internado num hospital psiquiátrico, se torna automaticamente um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do médico e dos enfermeiros que podem fazer dele o que lhes aprouver, sem qualquer apelação.

O caráter controlador é inerente à institucionalização, como foi dito; enquanto tal, estabelece mecanismos de controle social. O manicômio favorece a institucionalização porque ocorre uma tipificação recíproca de ações habituais por tipos de atores. Esta tipificação é acessível a todos os membros do grupo social e à própria Instituição (BERGER; LUCKMANN, 2002).

Evaristo (1998) diferencia os fenômenos da institucionalização e da cronificação, explicando que a institucionalização acontece quando o paciente está em situação de isolamento, reclusão, abandono, estigmatização, sendo submetido a tratamentos inadequados com elementos propiciadores de um percurso institucional cronificante. Com a permanência dessa situação, a evolução passa de institucionalizante para cronificadora.

O autor (Op.cit.) considera ainda que a cronificação dos sintomas seja, sobretudo, a cronificação da falta de recursos institucionais; neste sentido, propõe descronificar a instituição, o que significaria modificar regras não mais funcionais, mas de valorização dos sujeitos nas suas funções dentro das instituições, suas individualidades e a criatividade dos trabalhadores de saúde.

Delgado (2001) entende que a cronificação acontece quando ocorre a desqualificação permanente dos gestos e da fala dos internos, a valorização ridicularizante de atitudes grotescas, as relações ambíguas e próprias à sociologia dos asilos, a violência consentida, considerados por ele como dispositivos institucionais da cronificação.

2.2. A Desinstitucionalização

A noção de desinstitucionalização surge nos Estados Unidos da América (EUA) durante o governo Kennedy, mas seus princípios e as medidas adotadas são basicamente de desospitalização. Apresenta princípios fundamentais como prevenção de internações inadequadas, procurando alternativas comunitárias para o tratamento; retorno do paciente à comunidade, após ser ele preparado; e suporte comunitário para pessoas não institucionalizadas que estejam recebendo atendimento de saúde mental na comunidade (AMARANTE, 2008a).

Nesta modalidade, há uma crítica ao sistema psiquiátrico no que se refere à centralização da atenção na assistência hospitalar, não sendo questionado o saber que o legitima. Os objetivos administrativos da desinstitucionalização estão na redução do custo da assistência para os cofres públicos. Como desassistência, não significa a substituição do modelo hospitalar por outra modalidade assistencial, mas sim o desamparo e abandono dos doentes à própria sorte, tornando-se necessária uma rede de cuidados, uma infraestrutura comunitária para assistir o paciente e sua família.

A desinstitucionalização significa a desconstrução da lógica manicomial, entendida como o conjunto que é necessário desmontar para que o paciente, mesmo doente, tenha um contato efetivo com a comunidade. Teve como base o movimento da Reforma Psiquiátrica levado a efeito a partir de uma crítica epistemológica ao saber médico constituinte da Psiquiatria (AMARANTE, 2008a).

Rotelli, Leonards e Mauri (2001) esclarecem que a desinstitucionalização é o processo de deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito ou território. Para Amarante (2008a), este processo foi se transformando conforme o momento político, podendo ser entendido como: desinstitucionalização / desospitalização, desinstitucionalização / desassistência e desinstitucionalização / desconstrução.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial acontece o incentivo para reabilitação dos soldados, com incorporação de conhecimentos e técnicas sociológicas e antropológicas, criação de dinâmica de grupo, modificação da psicanálise, investigações acerca da influência do meio ambiente nas neuroses

e psicoses, com estudos comparativos do pensamento esquizo, implementação de comunidades terapêuticas nos Estados Unidos e na Inglaterra, e a conseqüente renovação da assistência (AMARANTE, 2008b).

Em 1952 foi descoberta a clorpromazina, dando início à psicofarmacologia com os neurolépticos, possibilitando maior controle dos sintomas mais destrutivos e o tratamento em ambientes menos coercitivos e isolados (VASCONCELOS, 2008). Com esta descoberta, houve uma redução no número de internações com aumento de altas e a conseqüente necessidade de ocupação para os doentes.

Porém, a partir da década de 60, um movimento de caráter político na Itália, liderado por Franco Basaglia, propôs uma avaliação da Psiquiatria visando a desconstrução do manicômio, com isso, valorizando o homem e o trabalho em equipe (ROCHA, 2008). Ainda nesta década, foi criado no Brasil o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). O Estado passa, então, a comprar serviços psiquiátricos do setor privado, e concilia pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários, criando a indústria para o enfrentamento da loucura (AMARANTE, 2009).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira inscreve-se em um contexto internacional de ruptura com a instituição manicomial e seu sistema coercitivo, violento e intolerante; mas, ao contrário, ela visa à reconstrução dos direitos civis e da cidadania plena da pessoa que apresenta transtornos mentais. Autonomia é uma palavra-chave neste contexto, não no sentido de auto suficiência ou independência, mas de favorecer a capacidade do indivíduo de gerar normas para sua vida (ROCHA, 2008).

O movimento liderado por Franco Basaglia, em Trieste, na Itália, influencia e cresce no Brasil. Em 1971, Basaglia fechou os manicômios naquele país, acabando com a violência consentida dos tratamentos; e em 1978, foi instituída no Brasil a Lei nº 180, de Basaglia, que proibia a recuperação e a construção de manicômios; redirecionava os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restituindo a cidadania e os direitos sociais aos doentes, garantindo-lhes tratamento psiquiátrico de qualidade realizado por profissionais qualificados.

O final dos anos 70 e início da década de 80 foi um período marcado por denúncias quanto ao tratamento e às condições de trabalho dispensadas à população asilar psiquiátrica, incluindo doentes e trabalhadores. No Rio de Janeiro eclode o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que coloca em discussão a política psiquiátrica do país.

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. (BRASIL, 2004b, p.7)

Arouca (1998) esclarece que na VIII Conferência Nacional de Saúde foi pleiteada a criação de um sistema de saúde universal, igualitário, participativo, descentralizado e integral. A partir daí, houve a redemocratização do país com a Constituição Federal de 1988, cujos Artigos 196 a 200 consolida a universalização da assistência e a integralidade das ações (promoção, prevenção e reabilitação). Com esse novo paradigma de atenção à saúde, o manicômio não teria consonância com a proposta política de saúde da população.

Com a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, prevalece o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma saúde como direito de todos e dever de Estado, previsto na Carta Magna brasileira, como referido acima (BRASIL, 2004b).

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira influenciou as mudanças consolidadas pela Constituição Federal, definindo os princípios do SUS: acesso universal, integralidade das ações, atendimento igualitário conforme a necessidade de cada indivíduo, com a descentralização de recursos e cuidados e a participação social (ROCHA, 2008).

Esse sistema alicerça-se nos princípios de: **acesso universal**: público e gratuito às ações e serviços de saúde devendo, assim, facilitar o acesso de todos ao serviço de saúde; **integralidade** das ações, permitindo que o indivíduo receba o cuidado como um todo, e não como um amontoado de partes;

equidade, em que se deve atender igualmente o direito de cada um, respeitando as suas diferenças; com **descentralização** dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; **controle social** exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2004b).

Em 1989, como foi dito, o deputado Paulo Delgado apresenta ao Congresso Nacional o PL nº 3.657/89, prevendo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios. O Projeto tramitou durante 12 anos, após o que foi sancionada a Lei Federal nº 10.216/01 que trouxe modificações importantes no texto normativo, remodelando a assistência em saúde mental, com a substituição progressiva dos serviços manicomial por uma rede de cuidados extra-hospitalares. Com a medida, amplia-se a rede de recursos assistenciais, regulamenta-se a internação psiquiátrica compulsória; proíbe-se a construção de novos hospitais psiquiátricos em todo território nacional, cria-se novos leitos nos hospitais já existentes (DELGADO, 1989).

Um marco histórico foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em 1990, em Caracas, na Venezuela, que propunha a reestruturação da assistência psiquiátrica, revendo criticamente o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico, salvaguardando os direitos civis, a dignidade pessoal e os direitos humanos dos usuários, propiciando sua permanência em seu meio comunitário (HIRDES, 2009).

Em 1996, a Associação Mundial de Reabilitação, em conjunto com a Organização Mundial de Saúde, fez a Declaração de Consenso resolvendo que a reabilitação psicossocial é uma estratégia que oportuniza às pessoas mentalmente enfermas ou com déficit por conta do adoecimento psíquico, alcançarem um nível ideal de funcionamento na comunidade, através da melhoria das competências dos indivíduos e introdução de mudanças ambientais. Na comunidade, amplia-se o espaço de poder contratual, o empoderamento, as trocas afetivas e sociais.

2.3. A Reabilitação Psicossocial

A Reabilitação Psicossocial é definida como

um conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários. (WHO, 1987; apud Pitta, 2001, p.21).

Considera-se que é a ferramenta que operacionaliza a Reforma Psiquiátrica, tendo como estratégia aumentar as habilidades dos indivíduos mentalmente enfermos, potencializando suas possibilidades de troca na sociedade, dando aporte ao indivíduo e à sua família.

Complementando, Saraceno (2001, p. 34) explicita que

a reabilitação é entendida como o conjunto de procedimentos que procuram aumentar as habilidades (ou diminuir as desabilitações) e diminuir a deficiência. Ela pertence a um grupo de profissionais que tem como prioridade a abordagem ética do problema da saúde mental.

É também entendida como um processo que facilita aos indivíduos prejudicados, inválidos ou dificultados por uma desordem mental, a oportunidade de alcançarem um ótimo nível de funcionamento na comunidade, minimizando a incapacidade, a desvantagem física ou mental, acentuando escolhas individuais a respeito de como viver prosperamente na comunidade, preocupando-se com a redução das desabilidades associadas com desordens mentais e comportamentais (WHO/ MNH/ MND/96.2).

O objetivo geral da reabilitação psicossocial é facilitar ao indivíduo a capacidade para compensar ou eliminar déficits funcionais, barreiras interpessoais e ambientais criadas pela desabilidade, a fim de restaurar habilidades para uma vida independente, socialização e efetivo gerenciamento de vida. Já os objetivos específicos são os seguintes:

- a) Reduzir a sintomatologia através do uso de psicofármacos apropriados, tratamento psicológico e intervenção psicossocial;
- b) Reduzir a iatrogenia, diminuindo e eliminando sempre que possível às conseqüências físicas e comportamentais das intervenções acima e em

particular de institucionalização prolongada;

c) Promover a competência social através do aumento de habilidades sociais dos indivíduos, suporte psicológico e funcionamento ocupacional;

d) Reduzir a discriminação e o estigma;

e) Apoiar a família que tem um membro com desordens mentais;

f) Apoiar socialmente através da criação e manutenção de um sistema de apoio social de longo prazo termo, cobrindo pelo menos necessidades básicas relacionadas a alojamento, emprego, cadeia social e lazer;

g) Aumentar a capacidade de consumidor através da promoção da autonomia dele e do provedor. Capacidade de auto-suficiência e auto-advocacia caracteriza-se pela inabilidade (WHO/ MNH/ MND / 96.2, p.11).

Os seguintes princípios básicos e valores destinam-se a descrever mais elementos-chave da prática de reabilitação.

Princípio 1. Transmitir esperança e respeito, e acreditar que todos os indivíduos têm a capacidade de aprender e crescer.

Princípio 2. Reconhecer que a cultura é fundamental para a recuperação, e se esforçar para garantir que todos os serviços são culturalmente relevantes para os indivíduos que recebem serviços.

Princípio 3. Participar nos processos de informação e de decisão compartilhada e facilitar as parcerias com outras pessoas identificadas pelos serviços individuais de recepção.

Princípio 4. Construir sobre os pontos fortes (criar estratégias) e melhorar a capacidade dos indivíduos.

Princípio 5. Centrar na pessoa, atentar para a necessidades dos indivíduos, de acordo com seus valores, esperanças e aspirações.

Princípio 6. Apoiar plenamente, com integração das pessoas em recuperação em sua comunidade, onde eles possam exercer os seus direitos de cidadania, bem como aceitar as responsabilidades e explorar as oportunidades que vêm com ser membro de uma comunidade e uma sociedade mais ampla.

Princípio 7. Promover a autodeterminação e a autonomia. Todos os indivíduos têm o direito de tomar suas próprias decisões, inclusive sobre os tipos de serviços e apoios que receber.

Princípio 8. Facilitar o desenvolvimento de redes de apoio, utilizando os apoios

naturais dentro das comunidades, com iniciativas de auto-ajuda mútua e grupos.

Princípio 9. Esforçar-se para ajudar as pessoas a melhorar a qualidade de todos os aspectos suas vidas, incluindo a social, espiritual, profissional, educacional, residencial, intelectual e financeira.

Princípio 10. Promover a saúde e o bem estar, incentivando os indivíduos a desenvolver e utilizar os planos de bem estar individualizado.

Princípio 11. Realizar cuidado baseado em evidências, com práticas que produzem resultados congruentes com a recuperação pessoal. Programa estruturado, mecanismos de avaliação e melhoria da qualidade que envolve ativamente as pessoas que recebem serviços.

Princípio 12. Ser acessível a todos os indivíduos, sempre que precisam deles.

Os valores, segundo Pratt et al. (1999, p219-221), são os seguintes:

- a) Todas as pessoas têm o direito da autodeterminação, incluindo a participação em todas as decisões que afetam suas vidas;
- b) A enfermeira psiquiatra acredita na dignidade e no valor de todos os seres humanos, indiferente aos graus de *impairment*, *disability* ou *handicap*;
- c) A enfermeira psiquiatra é otimista em consideração ao melhoramento e eventual recuperação de pessoas com doença mental severa que estão sob seus cuidados;
- d) A enfermeira psiquiatra assume que todas as pessoas têm capacidade de aprender e crescer;
- e) Ela é sensível no respeito individual, cultural e nas diferenças étnicas.

Os principais componentes da reabilitação podem ser descritos em níveis:

- Individual: com tratamento farmacológico, habilidades de vida independente e treinamento de habilidades sociais, apoio psicológico para os pacientes e as famílias, moradia, reabilitação profissional e emprego, rede de apoio social, lazer;
- Serviços de saúde mental e recursos humanos: com política de serviços de saúde mental e alocação de fundos, melhoria de *settings* institucional e residencial, treinamento de pessoal, garantia de qualidade;
- Sociedade: Com melhoria da legislação, reforço do consumidor, melhoria da

opinião pública e atitudes relacionadas a desordens mentais (WHO/ MNH/ MND/96.2).

A *International Association of Psychosocial Rehabilitation Services* (1996) caracteriza os elementos essenciais na abordagem da reabilitação, sendo:

- a) **Individualização**: serviços preparados para o indivíduo. Distribuição do programa de forma flexível e dirigida para uma escolha individual;
- b) **Esperança**: acreditar no potencial para a mudança e desenvolver ao máximo a maior parte das incapacidades individuais severas. A subutilização da capacidade humana deverá ser desenvolvida;
- c) **Direitos dos clientes**: direito e responsabilidade por sua autodeterminação;
- d) **Focos da habilidade**: essência da reabilitação está no incremento de competências com aquisição de habilidades;
- e) **Força e habilidade**: ênfase na força e nas habilidades e não na redução de sintomas ou problemas do passado;
- f) **Meio ambiente específico**: força e habilidades deverão ser acessadas em relação ao meio ambiente específico;
- g) **Suporte ambiental**: modificações no ambiente, construção de suporte externo para o aprendizado de habilidades. Mudança de atitude, leis e direitos (sociais);
- h) **Participação na realização**: criação de um ambiente íntimo com o profissional, não autoritário;
- i) **Suporte na partida**: os programas não deverão ser limitados no tempo. Flexível e de escolha individual com suporte nas atividades básicas.
- j) **Habilidades e suporte na estabilidade**: a pessoa pode se concentrar no aperfeiçoamento/ aprendizado de uma ou duas habilidades no tempo. O suporte deverá ser em todas as áreas deficitárias para habilitar a pessoa ao máximo de habilidades correntes⁶.

Apresenta-se resumidamente, a seguir, os pressupostos da RPS.

⁶ Disponível em: <http://www.psychosocial.com>, acesso em 21/01/09).

**QUADRO 1 – REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL (RPS):
COMPONENTES E OBJETIVOS**

COMPONENTES DA RPS EM NÍVEIS Desenvolver insumos individuais, familiares e comunitários		OBJETIVOS DA RPS Minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação
Habilidades individuais e familiares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamento farmacológico ▪ Habilidades de vida independente ▪ Treinamento de habilidades sociais ▪ Apoio psicológico para os pacientes e as famílias ▪ Moradia ▪ Reabilitação profissional e emprego ▪ <u>Rede de apoio social, lazer</u> ▪ Apoiar a família que tem um membro com desordens mentais 	<p>Sintomatologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicofármacos ▪ Tratamento psicológico ▪ Intervenção psicossocial <p>Iatrogenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conseqüências físicas e comportamentais ▪ Institucionalização prolongada
Serviços de Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política de Serviços de Saúde Mental ▪ Alocação de fundos ▪ Melhoria de <i>settings</i> institucionais e residenciais 	<p>Competência social:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Habilidades sociais dos indivíduos ▪ Suporte psicológico ▪ Funcionamento ocupacional ▪ Criação e manutenção de um sistema de apoio social ▪ Necessidades básicas relacionadas a alojamento, emprego, cadeia social e lazer ▪ Aumentar a capacidade de consumidor através da promoção da autonomia
Recursos Humanos e Sociais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Treinamento de pessoal ▪ <u>Garantia de qualidade</u> ▪ Melhoria da legislação ▪ Reforço do consumidor ▪ Melhoria da opinião pública e atitudes relacionadas a desordens mentais 	<p>Preconceito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduzir a discriminação e o estigma

Fonte/ Referência: (WHO/ MNH/ MND/96.2).

De acordo com Pitta (1996), a reabilitação psicossocial é reconhecida como um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e de plena contratualidade nos três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social.

Saraceno (1999) defende que num cenário de contratualidade, todos têm mais ou menos um determinado nível de habilidade, afirmando que o crescente interesse na reabilitação nos últimos dez anos deve-se:

- à diminuição do número de pacientes internados em hospitais psiquiátricos e à desinstitucionalização – desospitalização;
- ao fato de que o interesse pela reabilitação nasce da necessidade de entretenimento extramanicomial, da demanda de pacientes ainda hospitalizados e do reconhecimento dos direitos dos doentes;
- à cultura reabilitativa relacionada com a evolução dos conhecimentos psiquiátricos.

É um processo que facilita a oportunidade para indivíduos - que são prejudicados, inválidos ou dificultados por uma desordem mental - alcançarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade, como já foi mencionado (WHO/ MNH/ MND / 96.2).

A reabilitação psicossocial tem como premissa básica potencializar habilidades, aumentar o poder contratual e o exercício da cidadania. Sendo assim, o enfoque pela reabilitação é adequado ao estudo porque a enfermeira aumenta o poder contratual do usuário, melhorando sua habilidade no traquejo social, estabelecendo uma rede social e fazendo trocas afetivas e materiais num *setting* flexível (comunidade), perpassando pelo CAPS quando estiver em necessidade.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. O Intuir Empático

O “intuir empático” é um processo pessoal e dinâmico a partir do qual a enfermeira constitui sua ação de cuidar de pacientes com transtornos psiquiátricos (OLIVEIRA, 2005). A Teoria do Intuir Empático, construída a partir dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Reabilitação Psicossocial, aplica-se ao objeto de estudo por fundamentar a ação de cuidado da enfermeira psiquiatra no modelo que substitui a lógica manicomial, com isso atendendo a proposta política vigente.

A apresentação dos seus constitutivos, a seguir, tem como objetivo elucidar melhor os conceitos; entretanto, na prática, suas partes são indivisíveis, já que um construto está diretamente relacionado a outro.

FIGURA 1 – TEORIA DO INTUIR EMPÁTICO



Fonte/ Referência: (OLIVEIRA, 2005)

Esta teoria apóia-se nos seguintes conceitos: escuta qualificada, empatia, tempo, esperar, prontidão para cuidar e cuidado pós-demanda. Para entendê-la, é necessário compreender o que é *intuição* e o que é *empatia*.

A **intuição** deriva do Latim *intuitio*: ato de contemplar. Forma de contato direto ou imediato da mente com o real, capaz de captar sua essência de modo evidente, mas não necessitando de demonstração (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2001).

A **empatia** pode acontecer sob dois aspectos: porque vivenciamos uma experiência na vida como pessoa que somos, e a partir dessa experiência, adquirimos uma competência para nos relacionarmos com pacientes psiquiátricos; e por isso cuidamos bem; ou porque desenvolvemos empatia a partir de uma boa instrutora, a partir da convivência, olhando e praticando como a instrutora desenvolveu a empatia (OLIVEIRA, 2005).

Para Hoffman (2002), a empatia é a resposta afetiva vicária⁷ a outras pessoas, ou seja, uma resposta afetiva apropriada à situação de outra pessoa, e não à própria situação. Tal conceito é aplicável ao estudo por remeter a enfermeira à compreensão mais próxima da vivência do indivíduo, permitindo-lhe “sentir” e entender o que ele sente, caso estivesse em uma situação parecida. A enfermeira com compreensão empática vê o mundo a partir da percepção do sujeito, de sua estrutura interna de referência; demonstra sensibilidade ao explorar os sentimentos e capacidade de dialogar com o paciente em um linguajar que ele possa entender (STUART; LARAIA, 2002).

Assim, pode-se avaliar que a empatia e a intuição são grandes ferramentas no cuidado da enfermeira psiquiatra, ambas muito importantes na construção da clínica de enfermagem psiquiátrica. Tocada por esse sentimento, ela será capaz de usar a intuição e a solidariedade para promover um ambiente acolhedor, qualificando a escuta.

No conceito de **escuta qualificada**, a enfermeira encanta-se com a narrativa do paciente, importa-se com ele, interage demonstrando interesse por sua fala, buscando entender sua necessidade e seu contexto; a partir daí, estrutura o cuidado com o paciente, e não para ele, não tem a ver com ter ou a

⁷ Que faz as vezes de outrem ou de outra coisa. Diz-se do poder exercido por delegação de outrem. (FERREIRA, 2004, p. 1458)

oportunidade para não ter nexos, com verdades ou mentiras (OLIVEIRA, 2005).

Para a autora da pesquisa, quando se faz “escuta qualificada” é possível interagir com os pacientes, e através do relacionamento – que não é de um dia, nem de um plantão, consegue-se conhecer e ajudar o doente em suas demandas e sofrimentos. A escuta difere de ouvir no sentido de que, no primeiro caso, a enfermeira escuta levando em consideração o contexto de vida, os valores, a cultura, e com esta postura terá subsídios para desenvolver os outros conceitos da teoria.

Inferre-se, pois, que o conceito da escuta qualificada aplica-se ao estudo porque a enfermeira utiliza a si mesma como instrumento de cuidado, e ao fazê-lo, atua sobre os pontos fortes e as potencialidades dos pacientes, criando estratégias para melhorar a capacidade de cada um, além de estabelecer e fortalecer o vínculo existente, tornando-se capaz de entender o sofrimento sentido e expresso por eles.

Quanto ao constitutivo **tempo**, Oliveira (2005) esclarece que o tempo é do sujeito que sofre, e não da enfermeira que cuida; ele é *interno* e está muito mais relacionado com confiança, com querer e sentir-se acolhido do que com o avançar dos ponteiros do relógio. Tempo, na clínica de Enfermagem Psiquiátrica, é sinônimo de alcançar juntos, e não de esperar pelo resultado.

A autora supracitada (Op.cit.) explica que ao se discutir o constitutivo “tempo”, coloca-se em foco a importância de suscitar as demandas do paciente, pois a partir delas é que poderemos propor o cuidado, vislumbrando a possibilidade de ser ou não aceito; implica compreender a aceitação da possibilidade de que o sujeito do cuidado não queira ser cuidado, ou não queira ser cuidado pela enfermeira.

O conceito é adequado ao estudo porque no serviço substitutivo, a enfermeira trabalha com o tempo que não é o cronológico, mas sim com o tempo em que se baseia a construção da relação terapêutica que leva ao estabelecimento do vínculo. Neste constitutivo, percebe-se que a enfermeira trabalha também a si mesma, mediando suas emoções e limitações, aumentando sua capacidade de frustração, conforme proposto.

No construto **esperançar**, a enfermeira aguarda com esperança, junto com o paciente, que um pequeno nada ocorra. Não desiste dele e do cuidado,

mantendo-se disponível e implicada para cuidar, acreditando na promessa de um futuro e de que é possível fazer melhor (OLIVEIRA, 2005).

O termo *esperançar*, segundo Ferreira (2004, p. 566) significa “dar esperança, animar, estimular, ter ou adquirir esperança”. A esperança, como princípio filosófico, é entendida como abertura indeterminada para o futuro; sob o ponto de vista da Psicologia, predispõe a que o indivíduo tenha ânimo para tentar sair de um estado dificilmente suportado; é livre de exigências e leva em conta a possibilidade de acontecer algo diferente do que se deseja; é dirigida a algo além do próprio alcance (DORSCH; HACKER; STAPF, 2004).

Sendo assim, o *esperançar* ocorre quando se aguarda com o paciente que ele manifeste seu desejo de sair da enfermaria, pegar sol, receber seu benefício, fazer compras, pensar de certa forma no futuro que poderá ser construído a partir de suas próprias vontades (OLIVEIRA, 2005).

Esse conceito aplica-se ao estudo porque a enfermeira está implicada, buscando significar e valorizar as pequenas evoluções alcançadas em conjunto; reconhece a dignidade e o valor de todos os seres humanos, confiando na possibilidade de que os indivíduos são capazes de melhorar e aprender; acredita no que faz e na melhora a partir de sua ação de cuidado; mantém uma postura otimista, não desistindo do paciente. Para ela, o *esperançar* é percebido quando o paciente consegue expressar seus desejos, faz planos para o futuro e tem uma conduta ativa sobre sua vida.

No conceito **prontidão para cuidar**, a enfermeira está ao lado do paciente, faz o caminho com ele, conhece e cria com ele um espaço de vida (OLIVEIRA, 2001). É quando ela se dispõe a cuidar, na hora e local em que o indivíduo necessitar, servindo de ponto de apoio, flexibilizando o trânsito e intervindo com criatividade diante da dificuldade evidenciada no cotidiano. Para que este conceito se aplique, torna-se necessário que a enfermeira tenha disponibilidade interna, escuta qualificada e elabore o cuidado com o indivíduo, a partir da demanda deste.

No constitutivo **cuidado pós-demanda**, o sujeito participa e opina na decisão do seu cuidado; é copartícipe e sujeito ativo do cuidado. É pertinente lembrar que na clínica de enfermagem psiquiátrica, o cuidado é pós demanda porque respeita as vontades e as necessidades do paciente, estimulando-o

para a autonomia do cuidado (OLIVEIRA, 2005).

No modelo tradicional de cuidado, a enfermeira cuida à revelia do desejo do paciente, pois o foco de sua ação baseia-se na doença; sendo assim, o seu cuidado antecede a demanda do indivíduo.

A exemplo dos anteriores, este conceito também se aplica ao estudo, pois o cuidado parte da necessidade e do desejo do paciente; o foco é centrado no indivíduo, cabendo à enfermeira estar atenta às suas necessidades à medida em que ele as apresentar, de acordo com seus valores, esperanças e aspirações.

Ela estará atenta à oportunidade (*password*) expressa pelo paciente, à senha⁸ necessária para cuidar, valorizando o ser humano, entendendo suas limitações, buscando aumentar suas habilidades, diminuindo as deficiências em decorrência do adoecimento psíquico, sem esquecer que qualquer decisão deverá ser compartilhada com ele, que participa da ação de cuidado e cujo aceite possibilitará a convivência e a criação de vínculo com ela.

⁸ Senhas de cuidado: Oliveira (2005, p. 651) explica que são nos intrincados caminhos e descaminhos da família que podemos obter algumas “senhas de cuidado”, o que denominou de *password*.

4. REFERENCIAL METODOLÓGICO

4.1. Tipo do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, conduzido pelo enfoque da Teoria do Intuir Empaticamente e, conseqüentemente, da reabilitação psicossocial.

O estudo descritivo permite que se obtenha o retrato preciso das características de indivíduos, situações ou grupos, e da freqüência com que ocorrem determinados fenômenos (POLIT; BECK; HANGLER, 2004). Quanto à abordagem qualitativa, possibilita a investigação dos fenômenos de forma profunda e holística, por meio da coleta de materiais narrativos ricos, utilizando um delineamento de pesquisa flexível (POLIT; BECK; HANGLER, 2004).

Sendo assim, utilizando-se esta abordagem, é possível atingir a totalidade dos seres humanos, concentrando-se na experiência humana em cenários naturalistas (LOBIONDO; HABER, 2001).

A escolha da referida abordagem metodológica decorreu da necessidade de evidenciar as emoções, comportamentos e atitudes dos entrevistados, possibilitando a compreensão daquilo que está claro no consciente para o sujeito, mas que conflita com a prática, como expressão da realidade inconsciente, desta forma produzindo elementos para o melhor entendimento da prática assistencial da enfermeira psiquiatra, e também fundamentando o objeto de estudo. Ademais, o intuir empaticamente é adequado ao estudo por nortear a ação da enfermeira psiquiatra dentro da proposta da reabilitação psicossocial no cenário proposto.

A observação participante foi utilizada porque possibilitou a participação real do pesquisador no grupo. Nesse sentido, Marconi e Lakatos (2007) explicam que o pesquisador incorpora-se ao grupo, confunde-se com ele; fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando, e participa das atividades normais deste. Assim sendo, este método de coleta de dados possibilitou observar e descrever a prática executada pela enfermeira no seu cenário de atuação.

Associada à observação participante, foi utilizada a técnica de entrevista

aberta que, conforme descrito por Minayo (2004) dá ao entrevistado a possibilidade de discorrer acerca do tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Para analisar o material obtido, foi utilizada a análise temática, que é uma das formas mais adequadas à investigação qualitativa do conteúdo de saúde, através das etapas de tratamento, classificação, categorização dos dados e análise dos resultados (MINAYO, 2004).

4.2. Descrevendo o Cenário do Estudo

A rede de saúde mental é constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitam a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, e conta com ações de saúde mental na rede de referência e contra referência, tais como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais para pacientes da psiquiatria, bem como através do Programa de Volta para Casa, mas não exclusivamente em dispositivos de saúde mental, como também na atenção básica, ambulatorios.

A rede funciona integrada ao SUS, de forma articulada com outros serviços, tendo os CAPS como pontos estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação.

O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar, de segunda à sexta-feira. O ambulatório de Saúde Mental funciona nos CAPS, e as urgências são atendidas no Centro de Assistência Intermediária de Saúde do Aterrado (CAIS), que funciona como porta de entrada em casos de internação manicomial.

Oliveira (2005, p. 19) explica que, com a implementação dos CAPS,

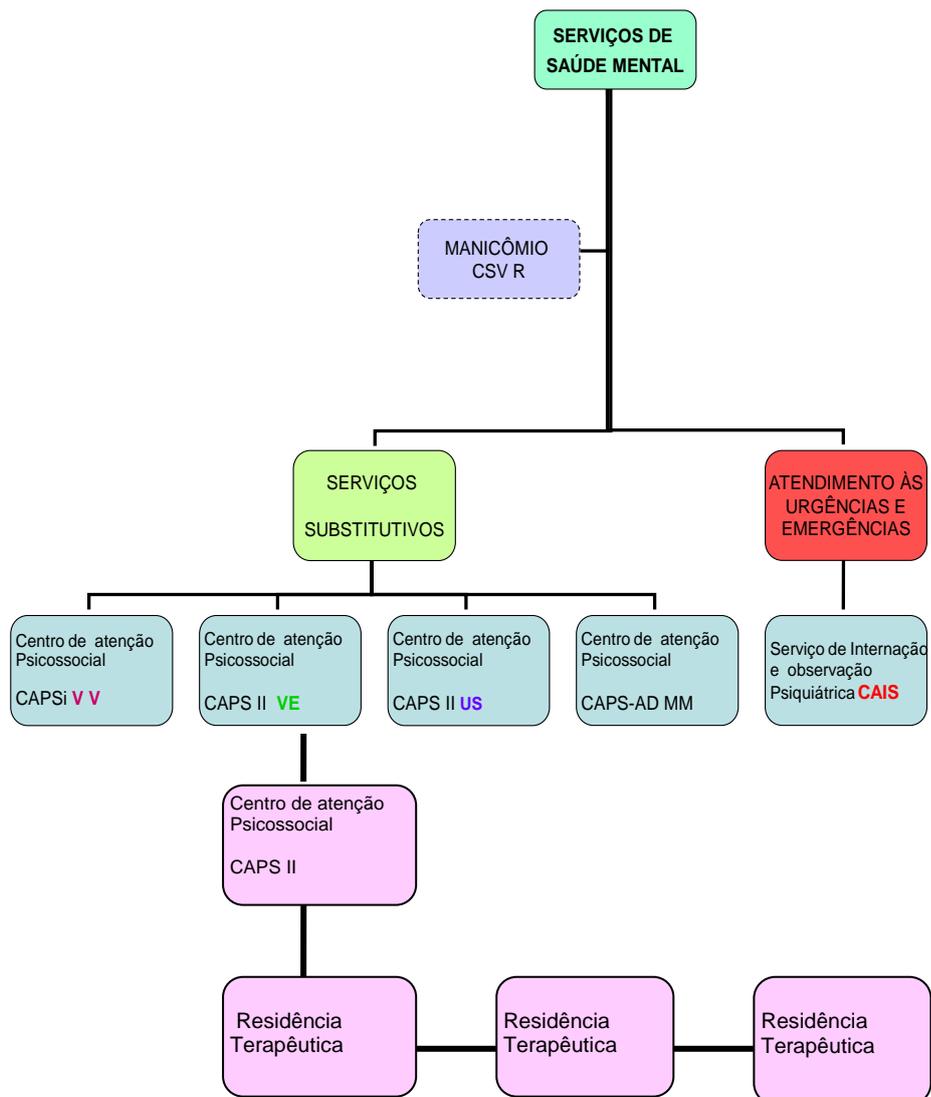
o trabalho da enfermeira precisou ser reconfigurado porque nesses espaços o modelo totalizante, verticalizado e excludente não cabia; então a enfermeira precisou repensar as suas práticas e novas formas de cuidar em saúde mental, sendo este pautado na proposta da reabilitação psicossocial.

Em 1996, foi inaugurado o primeiro CAPS (US) do Município de Volta Redonda, para atendimento ao público adulto; em 1999, foi a vez do CAPS

Infantil VV; e em 2000, o ambulatório de saúde mental foi transformado no CAPS VE, para atender também o público adulto. Quanto ao CAPS para acompanhamento dos dependentes químicos, suas atividades tiveram início em 2004.

Segue-se a representação da estrutura do Programa de Saúde Mental no Município de Volta Redonda.

FIGURA 2- ESTRUTURA DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO



Fonte: Coordenação de Saúde Mental do Município de Volta Redonda, março, 2010.

No organograma, o manicômio está pontilhado por ter encerrado suas atividades em 29 de junho de 2009, quando da realização desta pesquisa, tendo sido fechado após 10 anos de intervenção, e em conformidade com a Lei nº 10.216/01 (ANEXO A), que trata dos direitos dos pacientes psiquiátricos e da extinção progressiva do hospital psiquiátrico. Como previsto no texto legal, o Município investiu na criação de serviços substitutivos (01 CAPS e 03 Residências Terapêuticas), destacados no organograma pela cor rosa por não estarem credenciados junto ao SUS, mesmo estando em funcionamento.

O estudo foi realizado nos Centros de Atenção Psicossocial de Volta Redonda, no Rio de Janeiro, excluídos o manicômio, o Serviço de Internação e Observação Psiquiátrica - CAIS e os serviços substitutivos recém implantados.

O total de usuários nos CAPS é de 2.444, sendo que 57,55% são prevalentes, atendidos nas modalidades, conforme intensidade de frequência no CAPS: intensivo - até 25d /mês, com 14,80%; semi-intensivo - até 12d/mês, com 10,70%; e não intensivo, até 03d/mês, com 32,05%. O restante, que corresponde a 42,45%, está assim distribuído: 27,84% são os prevalentes que comparecem ao ambulatório no CAPS com frequência de uma vez ao mês, ou a cada dois meses uma vez, e 14,61% são os incidentes que foram avaliados e estão em processo de acolhimento para inserção.

QUADRO 2 – USUÁRIOS NO CAPS REFERENCIADOS E ATENDIDOS POR ENFERMEIROS

CAPS	Nº DE USUÁRIOS	REFERENCIADOS / ATENDIDOS (%)
US	758	27,99
VE	673	12,37
VV	249	33,39
MM	534	26,25
Total	2.444	23,28

Fonte: Coordenação de Saúde Mental do Município de Volta Redonda, março, 2010.

Ao considerar todos os usuários atendidos nos CAPS, os que são atendidos ou acompanhados por enfermeiros correspondem a 23,28% da demanda. Não foram mensurados os atendimentos realizados que se descaracterizam como demanda para o CAPS, nem aqueles prestados pelos técnicos de enfermagem, por estarem fora do foco da pesquisa.

No serviço substitutivo, o trabalho é realizado em equipe com a participação de todos, incluindo o usuário e sua família.

Cabe aos enfermeiros acompanhar a “trajetória” do usuário no serviço; isso significa que precisarão acompanhar a adesão ao tratamento, atendimento à família e à comunidade, articular com outros serviços. A principal ferramenta utilizada pelos enfermeiros: reconhecer a si mesmo, como o principal instrumento de trabalho (terapêutico) para atuar com atenção, dando apoio / suporte, fazendo a interação, realizando e estimulando as trocas, movido pela solidariedade.

A demanda total atendida por mês é de aproximadamente 2.444 usuários/ mês. A clientela atendida nos serviços caracteriza-se por usuários portadores de transtornos mentais (neurose, histeria e psicose) e usuários de álcool e outras drogas. São atendidos conforme a necessidade de frequência para tratamento e acompanhamento no CAPS, sendo que cada uma dessas modalidades é identificada conforme a intensidade. O parágrafo único da Portaria nº 336/02 define como atendimento intensivo,

aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. (BRASIL, 2004, p. 135).

4.3. Sujeitos da Pesquisa e Critérios de Inclusão / Exclusão

A escolha e a caracterização dos atores sociais do estudo foram determinadas pela busca de um fortalecimento da dimensão necessária à sua identificação com o objeto de estudo investigado, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos (MINAYO, 2004).

Ficou estabelecido como critério de inclusão que as enfermeiras, sujeitos do estudo, fossem assistenciais e atuassem no cuidado direto ao usuário, resultando na participação de cinco profissionais que trabalhavam nos CAPS. Nenhum critério de exclusão foi determinado.

4.4. A Produção dos Dados

A produção dos dados ocorreu através da técnica da observação participante com utilização do diário de campo (APÊNDICE B), da entrevista *aberta e do relatório gerencial* emitido pelos CAPS para a coordenação do Programa de Saúde Mental do Município.

A observação participante foi realizada no período de 18 de junho a 08 de julho de 2009, totalizando 62 horas distribuídas conforme os turnos de trabalho dos enfermeiros. Cada um foi observado por três turnos seguidos, em dias e horários escolhidos aleatoriamente, podendo a observação ter ocorrido pela manhã, entre 08:00h e 12:00h, ou à tarde, entre 13:00h e 18:00h, conforme o horário de funcionamento do serviço. O tempo médio de observação para cada enfermeiro foi de 12:30h.

Por solicitação das enfermeiras e dos Serviços, nos dias de reunião de equipe não houve observação participante nem entrevista já que, no horário da reunião de equipe, o Serviço ficava fechado para atendimento ambulatorial, portanto, sem usuários, funcionando apenas para atendimento de emergência ou urgência.

Ao final de cada observação participante, foi realizada uma análise prévia do material coletado que serviu de base para a entrevista.

Conforme descrito por Minayo (2004), na entrevista aberta o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo autor.

As entrevistas ocorreram no período de 02 a 09 de março de 2010, totalizando 06:44h. Não foi estabelecido limite de tempo para realizá-las, mas tiveram duração de 48m até 02:04h, conforme as necessidades de investigação do objeto e dos objetivos do estudo, e as dos sujeitos. Assim sendo, a média de tempo de cada entrevista foi de 01:28h. Todas foram gravadas em MP4, com

anuência prévia dos profissionais, e agendadas conforme a disponibilidade dos mesmos.

Os dados do relatório gerencial foram coletados durante o mês de março de 2010.

4.5 Tratamento e Análise dos Dados

Ao final de cada observação participante, procedia-se à leitura das anotações para uma pré-análise do material. Conforme proposto por Minayo (2004), a leitura flutuante visa a impregnação do conteúdo a ser analisado.

Após serem desmembrados, comparados e agrupados por temas, os dados foram conceituados com vistas à classificação temática. Em seguida, passou-se à exploração do conteúdo, com seleção das informações principais do material que foi analisado, agregando-as de acordo com a identificação dos temas encontrados.

Com a abstração dos dados da observação, foi possível realizar a entrevista aberta, sendo esta norteadada pela observação, pelo objeto e objetivos do estudo.

As entrevistas foram transcritas posteriormente, permitindo que se procedesse à releitura do material com organização dos relatos. Após o desmembramento dos textos, foram feitas as comparações e o material foi agrupado, passando-se à conceituação e à classificação por temas, conforme explica Minayo (2004).

O tratamento e análise dos dados obtidos deu-se através do conteúdo da Teoria do Intuir empaticamente e da discussão com outros textos que enfocam a temática.

4.6. Aspectos Éticos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos a respeito da investigação e das repercussões desse processo. Receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) pelo qual autorizaram a participação na mesma por escrito. O documento garante aos participantes: o sigilo, a

privacidade, assegura a integridade e o bem estar, respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, éticos assim como hábitos e costumes, e os benefícios resultantes do estudo, conforme dispõe a Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Os sujeitos foram identificados por codinomes, segundo a escolha de cada um, assim garantindo-se-lhes o sigilo das informações e o anonimato das identidades.

A coleta de dados teve início após autorização formal do responsável legal da instituição em estudo e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery – Hospital Escola São Francisco de Assis (EEAN / HESFA), sob Protocolo nº. 09/2009 (ANEXO A).

4.7. Implicações para o Pesquisador

A abordagem qualitativa facilitou a proximidade entre quem pesquisa e o objeto pesquisado, inclusive os sujeitos, principalmente na fase de coleta de dados.

Uma das limitações para o desenvolvimento do estudo foi conseguir autorização para realizar a pesquisa nos municípios vizinhos.

Em um dos CAPS onde foi realizada a pesquisa, foi difícil para a pesquisadora fazer a observação participante pelo fato de estar muito envolvida por ter atuado profissionalmente no local. Em decorrência, foi necessário retornar ao campo para nova coleta e ter o acompanhamento da orientadora como sujeito externo ao estudo.

Posteriormente, foi utilizada como estratégia fazer uma observação participante de cada vez, submetê-la à avaliação da orientadora e só depois retornar ao campo, dando seqüência à coleta de dados.

Além de a pesquisadora restringir-se a registrar somente o que foi visto, sem fazer inferências ou juízo de valor, no campo de “impressões do pesquisador” existente no formulário, escrevia sua “avaliação” fazendo uma interface com os pressupostos da reabilitação e da teoria do intuir empaticamente, no momento da observação. Em seguida, ao analisar o registro da observação, extraía o que fazia parte de sua “opinião”, “pensamento”, “juízo

de valor”, preservando somente o evento ocorrido. Portanto, foi preciso ficar atenta e contida, vigiar as atitudes e mudar o foco de atenção para conseguir exercer o papel de pesquisadora.

A objetividade do trabalho científico foi obtida através das estratégias relatadas, a fim de evitar o comprometimento do estudo, sendo reconhecido como de fundamental importância o acompanhamento da orientadora como sujeito externo ao estudo.

4.8 Apresentando os Sujeitos da Pesquisa

Para melhor entendimento, segue-se a apresentação do perfil dos sujeitos da pesquisa, cujos codinomes foram escolhidos por eles, como referido anteriormente. O grupo foi composto por cinco enfermeiras, representando o total de trabalhadores desta classe no CAPS do município.

a) **Enfermeira Dedicada- Observação** em 18/06/09 e 21/06/09, com Entrevista em 02/03/10.

Formação obtida em universidade privada, em 2005. Possui os cursos de: Extensão para Rede Pública de Saúde Mental Dirigida ao Atendimento de Crianças e Adolescentes – Ministério da Saúde – NUPPSAM –IPUB – UFRJ; Clínica com o Autista no Campo da Atenção Psicossocial; Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento – Universidade Federal de São Paulo/Secretaria Nacional Antidrogas.

Vínculo empregatício: celetista. Atuação como enfermeira assistencial na psiquiatria e docente - nível médio, estágio de psiquiatria. Trabalha na psiquiatria há 15 anos, e como enfermeira no CAPS há 05 anos. Seu primeiro emprego foi na área da psiquiatria, onde hoje atua exclusivamente.

b) Enfermeira Esforçada- Observação em 22/06/09 e 01/07/09, com Entrevista em 05/03/10.

Formação obtida em universidade privada, em 2004. Possui Pós-Graduação em Programa de Saúde da Família e Docência no Ensino Superior.

Vínculo empregatício: concursada e celetista. Atuação como enfermeira assistencial na psiquiatria e outras áreas. Trabalha na psiquiatria há um ano e seis meses.

c) Enfermeiro Esperançoso- Observação em 24/06/09 e 02/07/09, com Entrevista em 09/03/10.

Formação obtida em universidade privada, em 2005. Possui Pós-Graduação em Enfermagem do Trabalho e curso no Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento – Universidade Federal de São Paulo/Secretaria Nacional Antidrogas.

Vínculo empregatício: celetista. Atua como enfermeiro assistencial. Trabalha na psiquiatria há seis anos, como enfermeiro no CAPS há cinco anos. Seu primeiro emprego foi na psiquiatria e atua exclusivamente nesta área.

d) Enfermeira Criativa- Observação em 02/07/09, 03/07/09 e 06/07/09, com Entrevista em 02/03/10.

Formação obtida em universidade pública, em 1985. Possui Pós-Graduação *stricto sensu*, Especialização em Gestão Hospitalar, Enfermagem do Trabalho e Obstetrícia.

Vínculo empregatício: concursada e celetista. Atua como enfermeira assistencial e docente na psiquiatria. Trabalha na psiquiatria há 18 anos, sendo que destes, 12 atuando no CAPS.

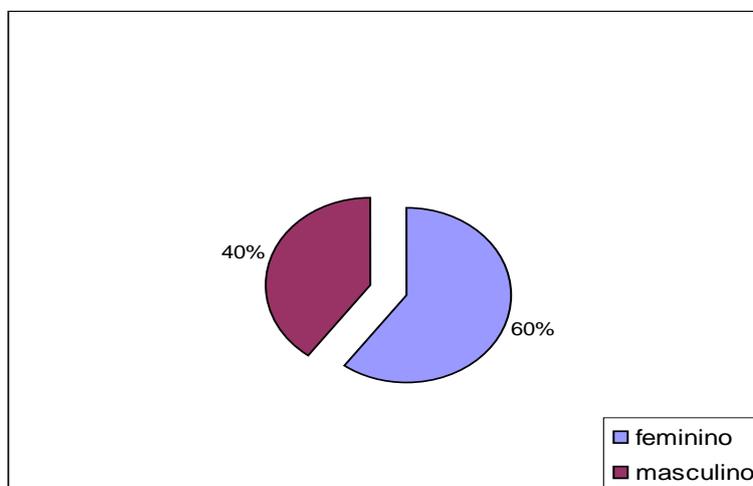
e) **Enfermeiro Questionador- Observação** em 06/07/09, 07/07/09 e 08/07/09, com Entrevista em 04/03/10.

Formação obtida em universidade privada, em 2005. Cursos livres no IPUB/UFRJ. Vínculo empregatício: celetista. Atuação como enfermeiro assistencial na psiquiatria, área em que atua há quatro anos.

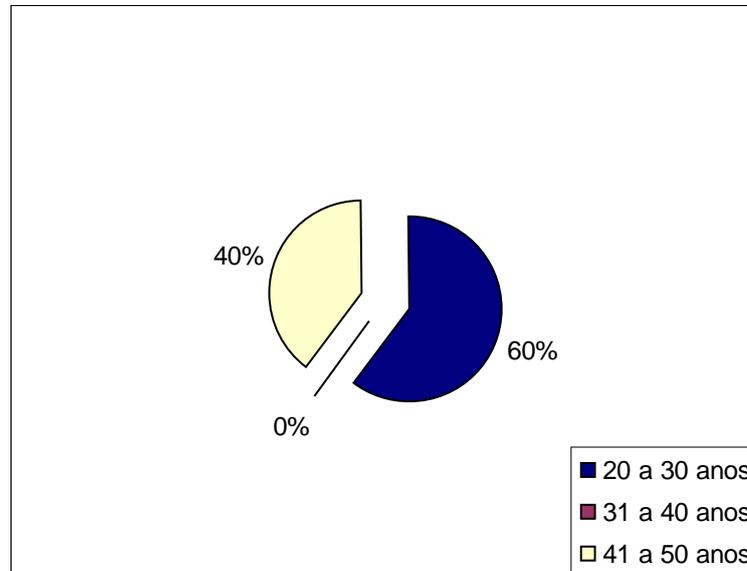
Seu primeiro emprego foi na psiquiatria e atua exclusivamente nesta área.

4.8.1 Caracterização dos Sujeitos

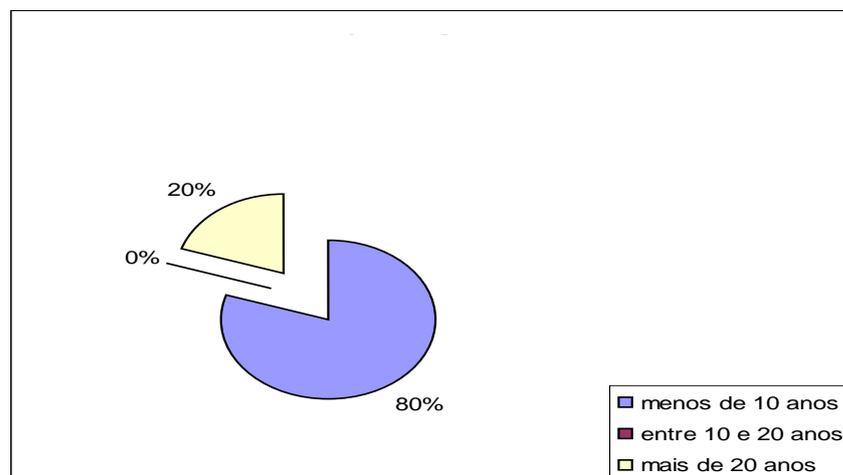
GRÁFICO 1 – ENFERMEIROS POR GÊNERO



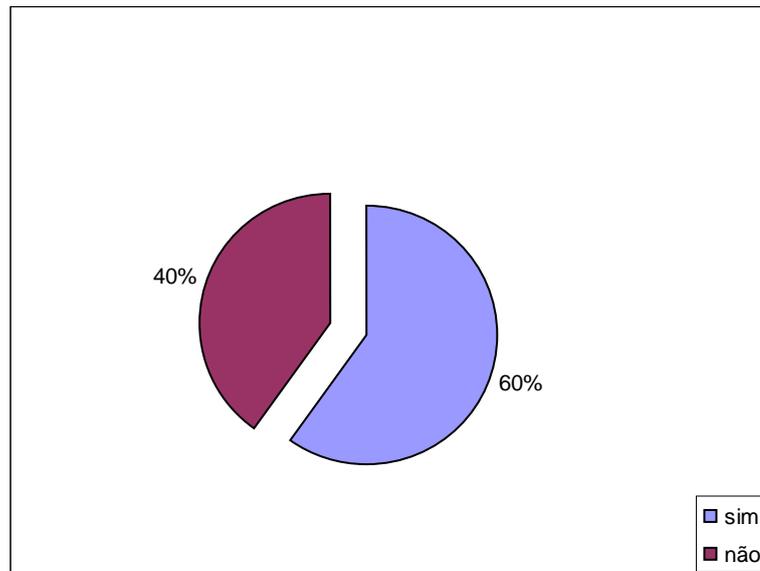
Nos CAPS, percebemos um número expressivo de mulheres, o que difere da história da psiquiatria realizada nos manicômios, que foi predominantemente exercida por homens (OLIVEIRA, 2003). A presença de homens pode ser entendida a partir da explicação de Loyola (1994), que defendia que a equipe de enfermagem tinha como ação amarrar, conter, gritar, ofender, impor-se pela robustez física, aplicar as medicações terapêuticas psiquiátricas prescritas, tudo em nome da pseudo-ordem do hospital.

GRÁFICO 2- ENFERMEIROS POR FAIXA ETÁRIA

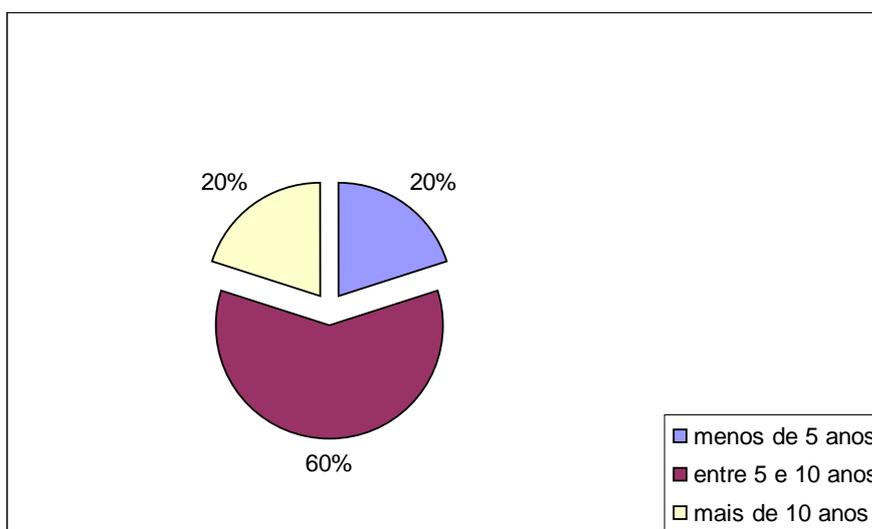
A maioria dos sujeitos possui idades entre 20 e 30 anos.

GRÁFICO 3- ENFERMEIROS POR TEMPO DE FORMADO

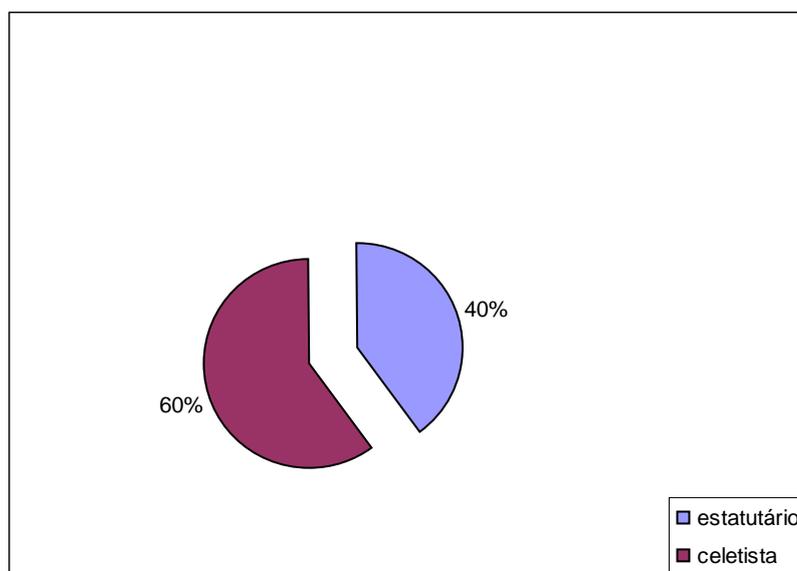
Dentre os enfermeiros analisados, somente um tem mais de 20 anos de formado; o restante tem entre 04 e 05 anos de exercício profissional.

GRÁFICO 4- ENFERMEIROS COM PÓS GRADUAÇÃO

Três enfermeiros possuem pós graduação, sendo em Programa de Saúde da Família, Enfermagem do Trabalho, Obstetrícia, Gestão de Serviços de Saúde, Docência no ensino superior. Dois têm mais de uma pós graduação, porém, nenhuma na área de Psiquiatria e Saúde Mental.

GRÁFICO 5- ENFERMEIROS POR TEMPO DE SERVIÇO NO CAPS

Os dados evidenciam que os enfermeiros trabalham no CAPS em média há cinco anos, em média, e com variação de um ano e seis meses a mais de 15 anos.

GRÁFICO 6- ENFERMEIROS POR VINCULO EMPREGATÍCIO

O vínculo empregatício predominante é o de celetista; somente dois sujeitos são concursados para trabalhar no CAPS.

5. O CONTEXTO DO CUIDADO

5.1. O Cuidado de Enfermagem

A proposta deste capítulo é proporcionar uma visão do trabalho da enfermagem psiquiátrica através de suas práticas. Para melhor compreensão, julgou-se importante trazer para reflexão os termos: cuidado de enfermagem, cuidado de enfermagem psiquiátrica, enfermagem e enfermagem psiquiátrica e o conforme o modelo de cuidado através do tempo na psiquiatria.

Para entender a enfermagem, é necessário aprender o que é *cuidado*. Ferreira (2004, p. 408) define o cuidado como “desvelo, responsabilidade, atenção, cautela, ser cuidadoso”. O cuidado traduz-se em fenômeno que estrutura a existência humana básica; o cuidado acompanha o ser humano durante todo o percurso de vida, pois, enquanto existir, necessitará de cuidados e cuidará (CORBANI, 2006 apud BOFF, 1999).

Outros autores também fazem referência ao cuidado e explicam que:

ter cuidado com alguém ou alguma coisa é um sentimento inerente ao ser humano, ou seja, é natural da espécie humana, pois faz parte da luta pela sobrevivência e percorre toda a humanidade. (COSTERANO, 2001, p. 29)

O cuidado é se colocar no lugar do outro e perceber suas necessidades, tanto fisiológicas como emocionais, dar ao outro conforto e segurança, para que possa passar pelos “momentos difíceis” de forma mais amena e tranquila. (MOLINA; GONZAGA; OLIVEIRA, 2004, p.290)

A enfermagem nasceu com o propósito de ajudar a pessoa em sua busca pela saúde. É a profissionalização da capacidade humana inerente ao cuidar, uma ação que acontece com embasamento científico, segundo a literatura científica apresentada a seguir:

O cuidado é visto como ideal moral da enfermagem que envolve disponibilidade pessoal do cuidador; capacidade de se relacionar terapêuticamente com os usuários e sua família, comunidade e equipes; o enfermeiro precisa ter habilidade de comunicação, ser comprometido, respeitoso e honesto. (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995, p.16)

O cuidado de enfermagem deve ser considerado como algo mais que não apenas a realização de um procedimento, e sim uma interação entre o cuidador e a pessoa a ser cuidada, com múltiplas trocas de saberes e de necessidades levando a um crescimento bilateral. Para favorecer o crescimento do outro, o cuidador deve conhecer-se a si mesmo, caracterizando uma condição de crescimento mútuo. (WALDOW, 1999, p. 129)

O cuidado parte da premissa de que o sujeito envolve relação com vínculo produtivo com gente que se importa, além de ser uma via de mão dupla que permite ao cuidador aprender com o cuidado realizado, com a experiência vivida. A propósito, Waldow (1999, p. 17) esclarece:

Os seres humanos, com o seu desenvolvimento, aperfeiçoam, criam novas formas de cuidar. Esse cuidado deverá ir além do âmbito biológico, pois ele se traduzirá na forma como a enfermeira se relaciona intrapsiquicamente, o que poderá ser percebido através da expressão de como ela se relaciona com o outro e com o mundo.

Conforme a relação estabelecida pela enfermeira com o usuário, ele poderá sentir-se cuidado ou não. Isto porque:

O cuidado está relacionado com a maneira de lidar, de interagir, de assistir, de realizar e de perceber o indivíduo como um todo, desde suas necessidades humanas básicas, até os cuidados especializados, como também as suas angústias, medos e expressividades. (MOLINA; GONZAGA; OLIVEIRA, 2004, p.290)

Segue-se o Quadro 3, que enfoca o relacionamento enfermeiro / paciente na perspectiva do cuidado.

**QUADRO 3 – RELACIONAMENTO ENFERMEIRO-PACIENTE
NA PERSPECTIVA DO CUIDADO**

RELACIONAMENTO ENF^a -PACIENTE	COMPORTAMENTO DA ENF^a	SENTIMENTO NO PACIENTE	CONSEQUÊNCIA NO PACIENTE
Biogênico (vida-doação) Amor restaurador / Relacionamento terapêutico – restaurador com proximidade, confiança, respeito, aceitação, crescimento, esperança e amor.	Transferência de energia positiva / Relacionamento aberto e receptivo, com individualidade e respeito do ser.	Confiança / dignidade / comunhão / espiritual.	Relação de proximidade / permite a expressão da consciência / Liberdade espiritual.
Bioativo (vida-sustentação) Benevolência / disposição / atenção genuína / preocupação / consideração e afeto / Competência e humanidade estão harmonicamente ligadas.	Habilidosa / conhecedora de sua atividade / comprometida com a provisão de cuidado personalizado.	Respeito / reconhecimento do outro / atitudes de conforto / atitudes de conforto / encorajamento / consolo e suporte.	Dignidade e integridade pessoal dos pacientes
Biopassivo (vida-neutralização) Não existe interesse, não provoca nenhum efeito na energia vital.	Falta de abordagem positiva ou de cuidado / demonstram desatenção / sem envolvimento com o paciente / muita preocupação com rotinas e tarefas a serem desempenhadas.	Solidão pela ausência de contato.	Não chega a causar um efeito real.
Bioestático (vida-repressão) Afeta a vida do outro através da repressão / interfere ou desordena a energia existente.	Insensibilidade ou indiferença / Frias e rudes / imposição da vontade / dominação e controle.	Sentem que aborrecem a enf ^a e evitam chamar.	Desencorajamento; ansiedade.
Biocídio (vida-destruição) Despersonalização / destrói a alegria de viver / aumenta a vulnerabilidade / transferência de energia negativa.	Indiferença / atitudes desumanas / de não cuidado ou descuido em situações de dependência e carência.	Impotência / sentimento de perda / de ser traída / desvalorizada /	Sofrimento/ depressão/ alienação/ despersonalização (perda da identidade).

Fonte/ Referência: Halldórsdóttir (1991) *apud* Waldow (1995)

As situações negativas de não cuidado e de ameaça são lembradas porque a dor, o medo e a insegurança com sua própria condição tornam-se o ponto central. Situações negativas, por vezes, podem ser traumáticas para os pacientes, afetando sua percepção no que se refere à hospitalização, profissionais de saúde e cuidado, dentre outros aspectos.

O modo *biocídio* é aquele em que a pessoa despersonaliza a outra, destrói sua alegria de viver e aumenta sua vulnerabilidade. Causa sofrimento e depressão. É uma transferência de energia negativa. É a forma mais severa de indiferença ao paciente como pessoa, caracterizada por várias formas de atitudes consideradas desumanas. O paciente sente-se desvalorizado como pessoa e sua vulnerabilidade aumenta, potencializando a perda do pragmatismo que leva ao *impairment*, *desability* e, em consequência, ao *handicap*. Muda-se o *setting* de cuidar, mas permanecem as práticas que caracterizam a institucionalização e a cronificação, ou seja, a lógica manicomial.

No modo *bioestático* o enfermeiro pode afetar a vida de outra pessoa através da repressão, ou interferir e mesmo desordenar a energia existente. Significa demonstrar insensibilidade ou indiferença para com o outro, provocando desencorajamento e ansiedade. Em geral, envolve imposição da vontade, dominação e controle. A percepção dos pacientes é de que a enfermeira não se importa e é insensível aos seus sentimentos, devido à sua atitude para com eles.

Esse comportamento leva a uma perda do vínculo, falta de adesão ao tratamento, manutenção de sentimentos negativos, desencorajamento de ações e ansiedade podendo chegar, em caso de manutenção das ações, à despersonalização apontada pela Waldow, Lopes e Meyer (1995), e ao quadro de neurose institucional, evidenciada por Barton (1974), com sintomas de apatia e submissão,

No modo *biopassivo* não existe interesse; é quando uma pessoa não provoca nenhum efeito na energia vital do outro. Diz respeito mais a uma falta de abordagem positiva ou de cuidado, do que propriamente à presença de algo destrutivo que, por vezes, cria um sentimento de solidão pela ausência de contato. Os pacientes referem uma visível desatenção para com eles, mas muita preocupação com rotinas e tarefas a serem desempenhadas. Não existe

nenhum envolvimento nesse modo de cuidar.

Apareceram no modo biopassivo evidências de que o enfermeiro demonstrava desatenção às investidas dos usuários, mantendo uma relação afetiva superficial; e no bioestático, de que o enfermeiro agia com insensibilidade – indiferença, com comportamento frio e rude.

Já no modo *bioativo*, que envolve benevolência, disposição, atenção genuína, preocupação, consideração e afeto, existe respeito e reconhecimento do outro como pessoa. Atitudes de conforto, encorajamento, consolo e suporte foram referidos pelos pacientes. Em sua percepção, a enfermeira é habilidosa, conhecedora de suas atividades e comprometida com o cuidado personalizado, sabendo defender a dignidade e a integridade de quem está sob seus cuidados. Competência e humanidade estão estreita e harmonicamente ligadas neste tipo de cuidar/cuidado, denominado cuidado profissional de enfermagem.

Na prática da Enfermagem Generalista, a qualidade maior do cuidado de Enfermagem é que ele deve antecipar-se à demanda; em Enfermagem Psiquiátrica, a prescrição é inversa, o cuidado só pode existir *pós-demanda*, respeitando as vontades e necessidades do cliente, estimulando-o para a autonomia do cuidado. (OLIVEIRA, 2005, p.8)

A OMS, em seu relatório 363/1978, define o papel da enfermagem em Saúde Mental como

um processo interpessoal pelo qual o enfermeiro presta assistência ao indivíduo, para promover a saúde mental, prevenir a doença e enfrentar experiências de estresse e de doença mental, ajudando-os a se readaptarem e a encontrarem significados nestas experiências. (OMS, 1978, *apud* ESPINOSA, 2002, p.15)

O objetivo da enfermagem psiquiátrica é contribuir para que o indivíduo reencontre e/ou enriqueça o equilíbrio dinâmico de que necessita para viver (ESPINOSA, 2000). Nesse sentido,

na enfermagem psiquiátrica surge a necessidade de o enfermeiro abordar as peculiaridades do paciente em sofrimento psíquico. Para tanto, o enfermeiro utiliza de seus conhecimentos formais e enriquece sua prática com conhecimentos de outras áreas. (MELLO, 2009, p.3)

Os três domínios da enfermagem psiquiátrica são: os cuidados diretos, a comunicação e o gerenciamento (MELLO, 2008).

Há um entendimento de que a melhora do estado clínico e psíquico do paciente só será possível através do relacionamento terapêutico (OLIVEIRA, 2005).

Hildegard Peplau (1952) *apud* Espinosa (2000, p. 14), refere que

o profissional de enfermagem pode, através do relacionamento com o paciente, contribuir para o desenvolvimento da personalidade deste. Definiu ainda processo terapêutico como 'o veículo através do qual o paciente é capaz de tornar claro e reconstruir os sentimentos, pensamentos e idéias que possui'.

O trabalho dos profissionais na reabilitação social, no bojo da Reforma Psiquiátrica, está centrado não no modelo biologicista, mas sim em questões de habitação, de trabalho e das redes sociais; a centralização do trabalho dos profissionais está na história de vida da pessoa, sendo este um ponto relevante para a reabilitação social (HIRDES, 2001).

Trabalhar com os pressupostos da reabilitação psicossocial leva a refletir quanto à atuação, responsabilidade e compromisso social.

A variável *micro* está relacionada à afetividade, continuidade, ao vínculo real estabelecido entre o paciente e o profissional, e ao tempo gasto nesta relação. A variável *macro* está relacionada à organização do serviço, horário de funcionamento, sua relação com a comunidade e a satisfação de seus usuários e profissionais. (SARACENO, 2001, p.102)

Waidman (2005) afirma que trabalhar interdisciplinarmente constitui-se ainda em desafio a ser superado pelo empenho do enfermeiro, sempre vislumbrando um cuidado adequado ao portador de transtorno mental e à sua família no paradigma da desinstitucionalização. Para tanto, deve o profissional respeitar a cidadania e resgatá-la, promover a reabilitação e a inserção social para a devida inclusão, começando efetivamente pela família, considerando-a como a primeira célula social do indivíduo, assim favorecendo os laços sociais. A propósito, vale destacar o pensamento de Belini (2006, p. 568-569) a respeito:

O habitar, a noção de lar remete a estabelecer laços, criar espaços de circulação, estabelecer contratos materiais e afetivos, estimular a autonomia possível, respeitar as pessoas na sua individualidade e singularidade, estimular a reintegração com a comunidade e criar oportunidades para estes sujeitos nos diversos contextos do cotidiano, promovendo produção de vida além dos muros reais ou simbólicos, permitindo a reconstrução pessoal e social, principalmente a conquista da cidadania.

Nesse sentido, a enfermeira usa a si mesma como instrumento de trabalho, já que o relacionamento terapêutico e a comunicação eficiente são a base do cuidado. Ela deve ser terapêutica para que suas características pessoais influenciem no cuidado, como afirmaram as entrevistadas.

A personalidade da enfermeira é, em si, sua principal ferramenta, de modo que a autoanálise é o primeiro elemento na dispensa de cuidado de Enfermagem de qualidade (STUART; LARAIA, 2002).

No secretariar a loucura¹⁰, sob o ponto de vista da proposta da reabilitação psicossocial, a enfermeira capacita-se utilizando as teorias de relacionamento, deixa de medicar, conter e vigiar apenas, passando a ocupar o lugar de terapeuta. Com isso, seu cuidado ficará centrado na pessoa, holístico, contextualizado e embasado no relacionamento terapêutico, pois além de afirmar a posição do sujeito de testemunha aberta do discurso do outro, pode ajudá-lo a construir um sentido para o que ele testemunhou. Seu papel é ativo, o que significa não apenas registrar o que a testemunha relata, mas tomar o seu testemunho “ao pé da letra” (LACAN, 1955-56/1992, p. 235).

Reabilitação psicossocial significa trabalhar para restituir ao doente mental os seus direitos de cidadania substanciais (afetivo, relacional, material, habitacional, produtivo), que vão implicar na única reabilitação possível (SARACENO, 1999). Sendo assim, e conforme os princípios da reabilitação psicossocial, ela acontece quando o enfermeiro é capaz de:

- Transmitir esperança e respeito, e acreditar que todos os indivíduos têm a capacidade de aprender e crescer;
- Construir sobre os pontos fortes (criar estratégias) e melhorar a capacidade dos indivíduos;

¹⁰ O trabalho do psicanalista é o de acompanhar o sujeito nessa reconstrução, ou para usar uma expressão de Lacan (1955-56), secretariar o louco (GABBAY, 2010, p. 52).

- Centrar na pessoa, atentar para as necessidades dos indivíduos, de acordo com seus valores, esperanças e aspirações;
- Apoiar plenamente com integração das pessoas em recuperação em sua comunidades, onde eles podem exercer os seus direitos de cidadania, bem como aceitar as responsabilidades e explorar as oportunidades que vêm como membro de uma comunidade e de uma sociedade mais ampla;
- Promover a autodeterminação e autonomia. Todos os indivíduos têm o direito de tomar suas próprias decisões, inclusive sobre os tipos de serviços e apoios que receber;
- Facilitar o desenvolvimento de redes de apoio, utilizando os apoios naturais dentro das comunidades, com iniciativas de apoio e autoajuda mútua e grupos;
- Promover a saúde e o bem estar, incentivando os indivíduos a desenvolver e utilizar os planos de bem estar individualizado.

Ou seja: trabalhar articulado com outros profissionais e serviços, assim facilitando a rede de apoio comunitária, centrando a atenção na pessoa e em suas necessidades e na melhoria da qualidade do serviço, por meio de capacitação e treinamento.

O enfermeiro deve acreditar nos princípios e valores da reabilitação psicossocial, bem como na capacidade de aprender e crescer de cada um, respeitando a individualidade e particularidade de cada ser, buscando melhorar-se a cada dia.

5.2. O Cuidado de Enfermagem Psiquiátrica

Os enfermeiros psiquiátricos e de saúde mental embasam sua prática em cuidados instrumentais, psicossociais e espirituais, através da relação terapêutica, com a criação de uma atmosfera que permita a adaptação harmônica e próspera do paciente na relação e, posteriormente, na sociedade.

Para tanto, necessitam compartilhar experiências, participando da vida cotidiana dos pacientes, fazendo a observação dos mecanismos utilizados por eles no processo saúde-doença, recolhendo dados para realizar o diagnóstico, planejando e implementando o cuidado com avaliação da assistência prestada.

O cuidado deve seguir os princípios da reabilitação psicossocial, evitando

a institucionalização; porém, o CAPS sofre influência da prática profissional, do ambiente de trabalho, da política pública de saúde instituída.

O foco da enfermeira deve estar na pessoa, e não no curso da doença, atuando nas possibilidades e não nos fracassos. Sua ação acontece a partir da demanda; isso significa que ela vê o indivíduo como um todo, e não em partes, preocupando-se com seu funcionamento social. Ela atua não só no indivíduo sujeito da ação, mas onde ele está inserido como, por exemplo, na família, escola, trabalho e comunidade.

O cuidado está ligado ao relacionamento e ao vínculo estabelecido com o indivíduo e sua família; sendo assim, torna-se necessário conviver para conhecer, e não somente coletar dados a partir de anamnese ou exame físico, e também observar e interagir.

O cuidado é um processo interativo, de desenvolvimento, de crescimento, que se dá de forma contínua ou em determinado momento, mas que tem o poder de conduzir à transformação (WALDOW, 1999). Portanto, produz melhora porque gera impacto no paciente, cabendo à enfermeira, a partir da escuta qualificada, disponibilidade interna, prontidão para cuidar, realizar a intervenção conforme a necessidade a fim de produzir a mudança no comportamento.

Exige da enfermeira uma ética no cuidado prestado, que significa levar em consideração a singularidade de cada sujeito e família, suas limitações e as interrelações que envolvem o paciente e tudo que o cerca. Nessa linha de raciocínio, Waidman (2005, p. 344) acredita que

para haver um cuidado ético, é preciso profissionais comprometidos com a ética, preparados para identificar os recursos disponíveis na comunidade e saber interferir e interagir na hora adequada. Profissionais que saibam ouvir, avaliar, identificar, planejar e intervir com famílias, neste caso as de portadores de transtornos mentais; que saibam oferecer um cuidado diferenciado, que dê suporte à dor do paciente e a oportunidade para ele expressar seus sentimentos e suas expectativas.

Deve-se pensar no cuidado de forma a entrar em sintonia com, auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com, permitindo ao ser humano-paciente a experiência daquilo que realmente conta e que exige reflexão (LOYOLA, 2000).

O cuidar envolve doação, caridade, respeito ao outro e a si mesmo.

Coragem para lidar com as diversas situações. Em psiquiatria, o cuidado transita entre uma prática criativa e outra, transformadora.

Oliveira (2005) explica que existe um orientador para a ação que não é o diagnóstico, não é tempo do plantão, mas a pessoa em si. Caracteriza-se pelo baixo cerceamento do paciente, um certo secretariado da loucura, que quer dizer:

Quando a enfermeira acompanha os movimentos de dependência e estimula os movimentos de autonomia do sujeito do cuidado, com uma tolerância que não deve ser confundida com indiferença, porque tolerância implica solidariedade e vínculo. (MIRANDA; ROCHA; SOBRAL, 1999, p. 192)

O cuidado está focado em aumentar as habilidades (ou reduzir as desabilidades) e diminuir a deficiência. (SARACENO, 1999). Significa dizer que a enfermeira auxilia o sujeito nas suas elaborações, possibilitando-lhe estabelecer uma adaptação de sua manifestação delirante de forma que ele possa se reestruturar na sociedade, e por isso aplicável ao estudo.

6. APRESENTANDO OS RESULTADOS OBTIDOS

Nesta pesquisa, propôs-se estudar o cuidado da enfermeira psiquiatra no CAPS, da institucionalização à reabilitação psicossocial, buscando descrevê-lo, discuti-lo e, ainda, analisar suas ações de cuidado.

Os dados foram discutidos à luz da Teoria do Intuir Empático tendo como pressupostos os princípios da reabilitação psicossocial. A teoria e as ferramentas da reabilitação foram descritas nos capítulos anteriores, de forma didática, para auxiliar na compreensão, mas fazem parte de um todo inseparável. Porém, para analisar os dados, por vezes torna-se difícil delimitar a área de influência e o grau de uns sobre os outros, devido à sua complexidade.

A análise foi apresentada a partir dos dados produzidos, nos quais encontramos 436 ações realizadas pelos enfermeiros. Ao analisar os dados, esses foram agrupados, formando duas classes temáticas que se subdividiram em subclasses temáticas e seus respectivos elementos:

▪ **CLASSE TEMÁTICA: O CUIDADO QUE PRODUZ MELHORA**

Subclasse temática: Personalidade da Enfermeira

Composta pelos elementos constitutivos: empatia, escuta qualificada, prontidão para cuidar, cuidado pós-demanda, esperançar, tato e trabalho em equipe.

Subclasse temática: Conhecimento

Composta pelos elementos constitutivos: empírico, científico e postura questionadora da enfermeira.

▪ **CLASSE TEMÁTICA: O CUIDADO QUE NÃO PRODUZ MELHORA**

Subclasse temática: Conhecimento científico da enfermagem

Composta pelos elementos constitutivos: Generalista, Psiquiátrica, Reabilitação Psicossocial, Teoria do Intuir Empático.

Subclasse temática: Perfil profissional

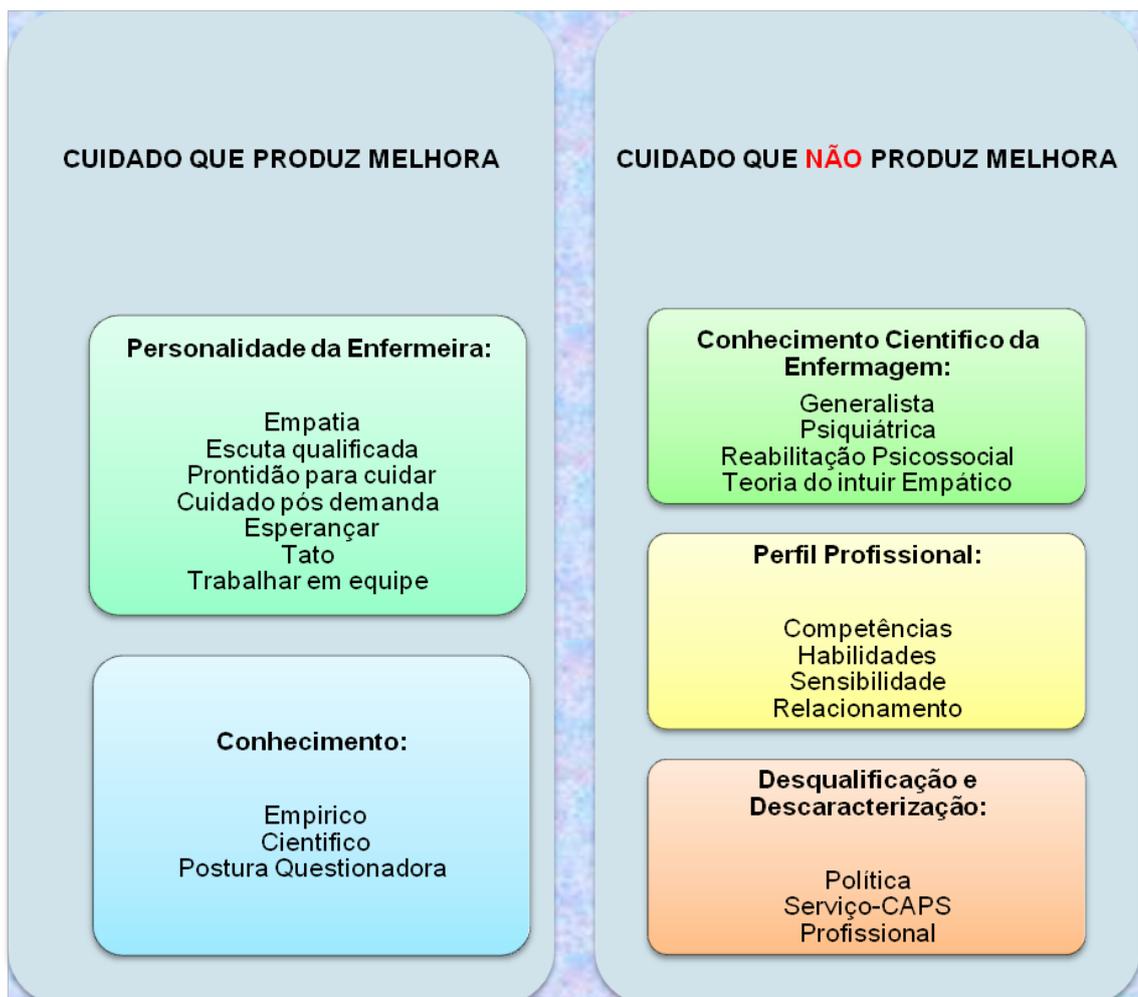
Composta pelos elementos constitutivos: competências, habilidades, sensibilidade, relacionamento.

Subclasse temática: Desqualificação e descaracterização

Composta pelos elementos constitutivos: Política, Serviço-CAPS, Profissional.

Segue-se a discussão de todas as classes e subclasses que compuseram o estudo.

FIGURA 3 - A AÇÃO DE CUIDADO DA ENFERMEIRA PSIQUIATRA



6.1 O CUIDADO QUE PRODUZ MELHORA

Pode parecer óbvio que o cuidado produza melhora; entretanto, na enfermagem psiquiátrica, entende-se que o cuidado produzirá melhora quando for bem intencionado, com conhecimento científico, prontidão para cuidar e baseado em evidências, com resultados compatíveis com a recuperação pessoal.

Para reflexão, são apresentados os termos *cura*, *tratamento*, *resultado e melhora* que, em saúde mental e psiquiatria, podem produzir a eficiência ou caminhar para o “fracasso” do acompanhamento.

A cura, segundo Ferreira (1986, p. 411), refere-se ao “ato ou efeito de curar-se; é o restabelecimento da saúde; tratamento”.

O tratamento é definido como: “procedimento médico que visa curar, aliviar ou prevenir. É o debelar (doença); Fazer (alguém) perder defeito moral ou hábito prejudicial; Restabelecer-se, sarar” (FERREIRA, 1986, p. 1402).

É também entendido como o conjunto de meios químicos, físicos, biológicos e psíquicos empregados com a finalidade de curar, atenuar, ou abreviar uma doença (SILVA, 2005).

Então, no sentido denotativo, o resultado significa: “Ato ou efeito de resultar, ser consequência ou efeito, deliberação, decisão, resolução, termo, fim” (FERREIRA, 1986, p. 1226).

Os resultados incluem todos os fatores que afetam o paciente e a família enquanto envolvidos nos cuidados. O objetivo da aferição dos resultados é: avaliar os resultados de cuidados; sugerir alterações no tratamento; avaliar a eficácia do programa; traçar o perfil padrão da prática dos fornecedores e determinar o nível mais apropriado de cuidados. (STUART; LARAIA, 2002, p. 87)

A avaliação do resultado pode focar uma condição clínica, uma intervenção ou um processo de prestação de atendimento, que pode ser examinada pelos indicadores clínicos, funcionais, de satisfação e financeiros, relacionados ao cuidado psiquiátrico.

Ao avaliar, conforme descrito pelas autoras citadas, pretende-se produzir uma melhora, uma mudança, prestando um cuidado de enfermagem transformador.

Loyola e Rocha (2000, p.7) explicam que “o cuidar é performático, provoca ações e desdobramentos outros, superando em muito o momento de atenção e zelo”; logo, a ação não deixaria de ser vista como um cuidado, nem tampouco um cuidado que produziu resultado, podendo obter a melhora ou não, dependendo do caso, projeto terapêutico, serviço, qualificação da enfermeira. Assim, a melhora difere do resultado porque nela passa-se de um estado para outro, e nem sempre o resultado poderá gerar essa transformação: o resultado independe dela.

Na melhora, acontece a transição para um melhor estado ou condição e assim, há melhora (FERREIRA, 1986). A noção de melhora não é a da cura, mas a de poder adaptar-se de forma produtiva na sociedade, conforme relataram dois entrevistados:

No CAPS temos um paciente cadeirante, treinei com ele o uso da muleta, quando consegui fazê-lo sair da cadeira, foi muito importante, quase chorei quando o vi atravessando o corredor.

05/03/10 - E - Enf^a Esforçada

Quando o usuário crônico consegue interagir sem a reprodução de comportamento manicomial (cuspir, fumar muito, não ouvir).

09/03/10 - E - Enf^o Esperançoso

Em saúde mental e psiquiatria não se trabalha com a cura; busca-se acompanhar o paciente a fim de que ele faça adesão ao tratamento e aprenda a reconhecer recaídas para, assim, buscar auxílio.

Durante as entrevistas, os sujeitos estabeleceram as diferenças na atuação da enfermeira conforme o modelo de cuidado, tendo como referência o manicômio e o centro de atenção psicossocial. Eles apontaram para o cuidado que transforma e possibilita a adaptação, o que demonstra o surgimento do cuidado a partir do indivíduo, e o resultado esperado leva em conta o ajuste do paciente à sua família e à sociedade, não vislumbrando o isolamento e a contenção, como explicitado no seguinte depoimento:

O paciente não vai ficar igual a mim. Ele que se alimenta de lixo na rua porque acha que aquele lixo não é uma comida envenenada. Porque para ele, toda comida feita em casa, os familiares colocam veneno. Fazemos um trabalho para que a pessoa consiga comer em casa, se isto acontecer já é um ganho.

04/03/10 – E - Enf^o Questionador

Para mim a reabilitação acontece quando trás algum resultado.

05/03/10 - E - Enf^a Esforçada

A reabilitação psicossocial, como orientadora da Teoria do Intuir Empático, busca como elemento essencial promover, através da enfermeira, um ambiente íntimo, não autoritário, visando garantir os direitos dos pacientes a partir da autodeterminação e autonomia, onde os indivíduos participam no planejamento do cuidado proposto e toma suas próprias decisões.

A referida Teoria descreve um modelo teórico de cuidado da enfermeira psiquiatra; estrutura-se por elementos constitutivos como tempo, cuidado pós demanda, escuta qualificada, prontidão para cuidar, empatia e esperançar (OLIVEIRA, 2005). “O intuir empático” constitui-se em um processo dinâmico e pessoal, uma vez que é a partir dele que a enfermeira constitui sua ação de cuidar de pacientes com transtornos mentais (Op. cit., p. 195).

A enfermeira psiquiatra aposta no potencial para mudança do indivíduo, minimizando as desabilidades; o foco do cuidado não está na redução dos sintomas, mas em oferecer suporte nas necessidades básicas, com ênfase na força e nas habilidades individuais, incrementando-as e potencializando-as. Ela trabalha para o aperfeiçoamento da aprendizagem adquirida e apoio em áreas deficitárias, até que o paciente possa habilitá-la.

6.1.1. A Personalidade da Enfermeira

Esta subclasse surgiu a partir do entendimento de que a operacionalização da teoria e do cuidado que produz melhora, depende das características pessoais da enfermeira, do conhecimento que ela possui e da capacidade de refletir sobre si e de sua atuação, como afirmam Stuart e Laraia (2002, p. 12):

A enfermeira será o seu melhor instrumento terapêutico, e para isso é necessário que ela possua qualidades específicas para cuidar em psiquiatria, como: Autoconsciência, esclarecimento de valores, exploração de sentimentos, servir de exemplo, motivação altruísta e senso de ética e responsabilidade.

Deve-se entender a personalidade, no seu sentido genérico, como aquela que se configura pelas características próprias e modalidades de comportamentos de um indivíduo tomadas de um integrado (JAPIASSÚ, 2001).

A enfermeira dispõe de seus recursos de escuta, presença, empatia, compreensão e prontidão para cuidar, para estar ao lado do paciente nos diversos dispositivos existentes no CAPS. Ao mesmo tempo em que interage com os pacientes, interage consigo mesma; ela modifica e é modificada precisando, assim, significar e ressignificar seus próprios conceitos, princípios e valores, conforme explica Oliveira (2005, p. 24):

Compreendemos que a ação da enfermeira psiquiatra cria um fato social a partir do seu cuidado, da sua aproximação, do seu toque e da sua fala, que despertam respostas nela e na pessoa que recebe o seu cuidado, e que ambos saem modificados, indicando que a enfermeira psiquiatra, a partir da sua vivência, da pessoa que ela é, e o que traz intrinsecamente consigo pode ajudar na recuperação de outras pessoas, afirmando que o ser humano pode atuar em relação aos outros.

O enfermeiro aponta a necessidade de manter a vigilância sobre sua pessoa para cuidar, e a importância da autoconsciência e reflexão para conhecer suas limitações, sendo estas as ferramentas de cuidado da enfermagem em saúde mental e psiquiatria (STUART; LARAIA, 2002).

Tomo cuidado para não fazer uma pontuação inadequada. Exemplo: um dia falei para o usuário: "vamos tomar banho" e não fui muito feliz.

05/03/10 - E – Enfª Esforçada

Para estabelecer o relacionamento terapêutico, a enfermeira psiquiatra precisa gostar de atuar em psiquiatria e, sobretudo, com o paciente psiquiátrico. No relacionamento terapêutico, é proposto que se estabeleça uma relação de cooperação, respeito e amizade para, então, firmar uma relação de ajuda. A propósito, respectivamente, tem-se a explicação de Oliveira (2005, p. 146) e o relato de um dos entrevistados:

Existe um orientador para a ação que não é o diagnóstico, mas a pessoa em si. A dor subjetiva pode demorar a ser evidenciada, demorar em ser verbalizada e, portanto, a possibilidade de melhora pode ser mais demorada, o que vai exigir da enfermeira, tolerância, paciência e o entendimento de que o tempo e a dor são do paciente.

Gostar do paciente psicótico. Ser bom para ele, senão ele não tomará a medicação contigo.

05/03/10 - E – Enfª Esforçada.

Para atuar no CAPS, a enfermeira necessita desenvolver habilidades como criatividade, intuição, empatia e dinâmica, levando em consideração a cultura, a educação e a percepção que o outro tem de si e do mundo.

A personalidade, as habilidades que a enfermeira possui, interferem diretamente na expressão do cuidado que realiza. Ao imprimir uma ação de administrar medicação ou higienizar o paciente, por exemplo, a ação terá a denominação de cuidado, mas não necessariamente produzirá melhora no sentido de auxiliar o paciente a adaptar-se à vida em sociedade de forma produtiva.

O enfermeiro psiquiatra precisa ter o conhecimento específico da área para utilizar as ferramentas da reabilitação psicossocial e da Teoria do Intuir Empático.

Ações de sentir e tocar foram descritas como elementos importantes para a realização do cuidado em psiquiatria, já que são percebidos e transcendem a ação de cuidar pela mera execução da técnica, portanto, nomeados nesta pesquisa como cuidado subjetivo, já que podem ocorrer em qualquer espaço de cuidado como, por exemplo, na convivência, na visita domiciliar, durante a caminhada ou na consulta, dentre outros momentos.

O sentir é percebido pelos órgãos dos sentidos. Pode-se experimentar sensação física ou moral, sentimento ou emoção. É entendido como a capacidade de ser sensível, de ter pesar, de pressentir e se melindrar por algo ou alguém (FERREIRA, 1986). Nesse sentido, um dos entrevistados relatou:

Ter sensibilidade para entender o problema e frieza para resolver sem interferir na vivência da pessoa.

04/03/10 - E – Enfº. Questionador

O tocar é sentido através das sensações de contato e pressão, que podem ser térmicas e dolorosas, como no ato de apalpar, de tatear (FERREIRA, 1986).

Assim, a empatia é definida por Ferreira (1999) como a tendência para sentir o que sentiria caso estivesse na situação e circunstância experimentadas por outra pessoa. Ou seja: é a capacidade em reconhecer, e até certo ponto compartilhar, as emoções e os estados da mente de outra pessoa, e compreender o significado e a importância do comportamento dessa pessoa (TAYLOR, 1992).

A empatia dissolve o senso de alienação do paciente, conectando-o, em algum nível, com uma pessoa (STUART; LARAIA, 2001). Sendo empática, a enfermeira humaniza sua ação, solidariza-se com a dor e pode até estabelecer um canal, o *password*, que lhe dará acesso ao paciente.

Enfª estava na convivência. Usuária foi inserida na residência terapêutica porque seu filho alugou a casa, passou, Enf. havia recebido a informação que à noite a usuária ficou agitada e agrediu uma funcionária da residência terapêutica, e sendo assim foi encaminhada para unidade de emergência durante a noite para ser medicada. Enfª perguntou se usuária gostou da residência, respondeu que sim e que à noite ficou nervosa porque estavam se metendo na cozinha e na vida dela.

02/07/09 – O – Enfª Criativa.

O canal ou *password* será o veículo para estabelecimento do relacionamento terapêutico, desde que esteja baseado na humanidade, no respeito mútuo e na aceitação de diferenças étnicas e culturais. Nessa linha de raciocínio, Oliveira (2005, p. 12) explica que a enfermeira precisa perceber uma “certa estranheza de viver”; e para isso, tem que haver empatia a fim de que, através da fala ou do comportamento, consiga captar a vivência subjetiva do outro.

Percebe-se, na fala de um dos entrevistados e na observação da pesquisadora, que o enfermeiro entende o sofrimento e se coloca no lugar do outro, quando é capaz de se solidarizar e humanizar sua ação:

A primeira ferramenta para trabalhar no CAPS é a empatia; nós estamos estabelecendo laços, tanto com o paciente quanto com a família a todo o momento, atendendo o paciente com um sorriso no rosto (disponibilidade). O relacionamento que o usuário vai ter com você, vai depender do que você passar para a pessoa.

04/03/10 - E - Enfº Questionador

Enfº conversando com acompanhante que fica em silêncio. Reforça que acredita ser importante informar a paciente acerca do óbito de sua mãe.

08/07/09 - O – Enfº Questionador

O enfermeiro desenvolveu empiricamente os conceitos da teoria durante sua prática, sendo capaz de solidarizar-se e, portanto, de utilizar o esperar, e mesmo diante das dificuldades, manteve uma postura em que acredita na mudança, assim potencializando as possibilidades de vida social do paciente.

Outro conceito ligado à personalidade da enfermeira é a **escuta qualificada**, em que ela deve demonstrar um encantamento pela narrativa do paciente, não relacionado a ter nexos ou não, a verdades e mentiras. É uma escuta que deixa de suspeitar da fala e passa a testemunhá-la.

O cuidado de enfermagem só será eficaz quando a enfermeira escutar o paciente, respeitando-o acima de tudo, levando em consideração o contexto no qual está inserido, valorizando sua crença e cultura.

Para Oliveira (2005), a base para a escuta qualificada é o relacionamento terapêutico, que se dá quando a enfermeira desenvolve sua relação de ajuda, tendo seus objetivos individuais e suas etapas bem definidas.

Com base na coleta de dados, foi possível perceber que a escuta está apoiada no diálogo e, portanto, na comunicação, e que o cuidado acontece após as enfermeiras escutarem, valorizando a queixa do paciente, buscando entender através do diálogo e da relação terapêutica, sendo atenciosas. Isto fica claro nos recortes de entrevista e de observações realizadas:

Quando o paciente diz que está vendo bichinhos, não é só medicar e mandá-lo voltar daqui a um mês. Acho que vai muito além disso. Explicar o porquê ele está vendo esse bichinho, como que ele pode não ver mais esse bichinho, entender como ele vai lidar com aquilo, então acho que esse é o papel do enfermeiro.

04/03/10 - E - Enf^o Questionador

Enf^a ao sair da sala o usuário "B" está na porta. É atenciosa. Usuária fala de suas visões, a enfermeira vai até a recepção para verificar a prescrição e percebe que a usuária está sem usar o psicotrópico...

02/07/09 – O – Enf^a Criativa

Durante visita domiciliar a enfermeira conversa com a família que é cooperativa e deseja ficar com o paciente surtado em casa só não sabe como ajudá-lo. Enf^a após a fala dos familiares propõe que a família compareça no CAPS para atendimento com a psiquiatra no dia seguinte e família participar do grupo de família, irá articular o acompanhamento com a equipe do PSF.

21/07/09- O -Enf^a. Dedicada

Nos exemplos acima, as enfermeiras estiveram disponíveis, colocaram em prática a prontidão para cuidar, usaram a sensibilidade para conduzir a ação de cuidado que foi possível com a verbalização do sujeito e/ou da família, e assim, demonstraram que o cuidado aconteceu após a demanda.

Na **prontidão para cuidar**, a enfermeira psiquiatra demonstra disponibilidade interna para estar com o paciente, ao seu lado, fazendo o caminho com ele, tendo a oportunidade de conhecê-lo e de criar com ele um espaço de vida (OLIVEIRA, 2001). Esta atitude permite que ela tenha mais informações e conheça melhor o paciente tendo, a partir daí, maiores possibilidades de exercer o cuidado, como é possível perceber na observação da pesquisadora e na fala de um entrevistado:

Enfª convidou os usuários para irem até a recepção saber quais atividades iriam acontecer no período da manhã, ao identificar que não tinha atividade programada para o horário, propõe abrir o salão de beleza.

02/07/09 – O – Enfª Criativa

O enfermeiro precisa estar com o paciente diretamente, fazer contato com a comunidade, com os vizinhos mais próximos, com os parentes mais distantes, para a pessoa se sentir acolhida na família e não se sentir excluída, para a paciente ter ciência de que também é um ser humano e de que pertence aquela família e ao âmbito familiar, que não está sendo excluído, não está sendo discriminado.

04/03/10 - E - Enfº Questionador

A enfermeira psiquiatra percorre os mesmos espaços que o paciente, compartilha da vida e dos sentimentos dele quando utiliza a empatia e a escuta qualificada, tem prontidão para cuidar com a disponibilidade necessária e realiza o cuidado após o paciente se manifestar, ajudando-o a empoderar-se de sua vida.

Oliveira (2005, p. 202) evidencia que no cuidado **pós demanda** a enfermeira está pronta para os acontecimentos e demandas do paciente; tornando-se capaz de entender que o cuidado só poderá ocorrer *após* a demanda, e jamais antecipar-se a ela.

No cuidado pós demanda, é preciso que a enfermeira seja aceita pelo paciente; significa que ela não deve impor sua vontade e sua ação porque o cuidado pós demanda deve ser pensado como aquele em que o paciente se posiciona, dizendo o que considera melhor para si, e não o que a enfermeira pensa ser o melhor para ele.

Para a enfermeira atuante no CAPS, este conceito é importante porque é necessário conhecer o paciente ao planejar o cuidado, fazê-lo junto com ele, tornando o sujeito ativo, conforme se constata nos seguintes recortes de depoimentos:

Procuo observar o que usuário demonstra ou fala quando não está bem, e a partir daí planejo o que vou fazer.

05/03/10 - E – Enfª Esforçada

No CAPS procuro responsabilizar o paciente pelo seu tratamento.

09/03/10 - E – Enfº Esperançoso

Cuidado pós demanda é o que inclui o sujeito na decisão, colocando-o na condição de copartícipe, de sujeito ativo do cuidado, no intuito de responsabilizá-lo pelo próprio tratamento. Nesse caso, a enfermeira acredita no potencial do indivíduo, valoriza seus anseios, preserva o esperar e auxilia na adaptação social. Isto fica claro nas observações feitas:

Usuária “D” fala que gostaria de morar sozinha e a Enfª explica que ela poderá receber o benefício de prestação continuada, caso decida fazê-lo. Falou também das coisas boas e ruins de morar sozinha. Com a saída da usuária, começa a fazer o registro nos prontuários.

02/07/09 - O – Enfª Criativa

Retorna à pergunta sobre a cor de esmalte que a usuária H gosta. Usuário F chega com a máquina de raspar que prometeu ontem, e diz que vai raspar o cabelo do usuário J. Enfª pergunta se ele já cortou o cabelo e orienta fazê-lo com pente, que deixa o cabelo maior já que se errar poderá corrigir. Quando inicia, a enfª levanta e vai auxiliá-lo no início da atividade. Outro usuário L entra, e a enfª o cumprimenta e convida para chegar perto.

03/07/09 – O – Enfª Criativa

A prática revela que a enfermeira tem o indivíduo como objeto de cuidado, e que o tempo não deve ser mensurado e tampouco encarcerado em planos de cuidado de curto, médio ou longo prazos, visto que tais planos devem requerer o tempo necessário para que o paciente possa desejar e esteja pronto para empoderar-se.

Portanto, o **tempo** é interno, tempo de disponibilidade para que o sujeito possa querer, tempo para que a enfermeira possibilite ao doente manifestar o seu querer porque a doença/sintomas tem seu próprio tempo de resposta

à medicação, porque esse sujeito, objeto do cuidado da enfermeira psiquiatra, não é nada passivo e, como tal, isto precisa ser compreendido como sinônimo de alcançar juntos, e não de esperar o resultado (OLIVEIRA, 2005).

Na observação a seguir, a enfermeira demonstra disponibilidade para cuidar utilizando os construtos tempo e prontidão para cuidar, mantendo o esperar quando solicita que o usuário vai à convivência¹¹ e convidando outros usuários para participarem da oficina. Ao estimular o potencial e acreditar na autonomia, faz pontuação do assunto conflitante ajudando, assim, a respeitar as diferenças, portanto, servindo de modelo para os pacientes, como se depreende da observação feita e da fala de uma entrevistada:

O usuário F propõe montar projeto terapêutico para oficina de fuxico. A enfª estimula que o usuário faça o projeto terapêutico do fuxico e se disponibiliza a fazer com ele. Usuário "G" corta unha com tesoura. Enfª conversa atenta com os usuários enquanto esmalta as unhas da usuária "D". Usuário "G" propõe falar de religião e a Enfª acha melhor não, solicita que outro usuário "F" vá até a convivência e convide usuários para participarem da atividade.

02/07/09 - O – Enfª Criativa

No grupo de família acho interessante trabalhar com as dúvidas, explicando qual é a medicação, o que acontece.

05/03/10 - E – Enfª Esforçada

A postura da enfermeira de não desistir do paciente, de investir em alguma atividade que possa ajudá-lo, é considerada nessa clínica como **esperançar**. Significa criar quando parece não haver possibilidade, não desistir de tentar de proporcionar o cuidado; é esperançar com o paciente mostrando que é possível fazer melhor (OLIVEIRA, 2005).

Os dados demonstraram que o esperançar está apoiado em ter esperança, em perseverar e não se acomodar, assim mantendo a motivação.

O primeiro princípio da Reabilitação Psicossocial trata de transmitir esperança e respeito, e também acreditar que todos os indivíduos têm a capacidade de aprender e crescer (WHO/ MNH/ MND/96.2).

¹¹ No espaço de convivência pode-se promover a reabilitação psicossocial e a autonomia dos usuários do serviço (JOZEF CZYK; DIAZ; CAMPOS, 2009, p. 66).

A esperança auxilia o paciente a tentar mudar a situação de sofrimento; já para enfermeira, o referido termo significa manter uma postura otimista, ética, acreditando na melhora e na recuperação da pessoa, assim minimizando as incapacidades (PRATT et al., 1999).

A motivação é a mola que impulsiona o enfermeiro a ter esperança, sendo conceituada como “ato ou efeito de motivar; exposição de motivos ou causas; conjunto de fatores que determinam a atividade e a conduta individuais” (FERREIRA, 2004, p. 949). A propósito, assim se manifestou um entrevistado:

Acreditar no potencial de melhora, não esperando que o usuário fique igual a mim, mais que tenha qualidade de vida, é necessário acreditar na reabilitação psicossocial. Acredito que posso fazer a reabilitação, independente do grau de dependência do usuário.

09/03/10 - E - Enfº Esperançoso

O perseverar indica que a enfermeiro deve permanecer firme e constante, sem se modificar ou variar seu intento (FERREIRA, 1986).

O termo perseverança, em Psicologia, é utilizado para permanência, resistência, que se distingue claramente da persistência. A persistência é involuntária, enquanto a perseverança implica em controle deliberado da função psíquica - atenção (DORSCH; HACKER; STAPF, 2004), o que se confirma nas palavras de um entrevistado:

Procurar fazer o que tem que ser feito hoje, e se não conseguir, tento fazer no dia seguinte, mas não deixo cair no esquecimento.

09/03/10 - E – Enfº Esperançoso

A clínica da enfermagem psiquiátrica induz ao esperar, que é o aguardar com esperança que um pequeno nada ocorra, aguardar com o paciente. O relato de uma entrevistada e a observação da pesquisadora permitiram confirmar as referências feitas ao esperar:

Tive uma usuária que ficou trinta anos internada, agora ela consegue ir para casa de ônibus, se alimentar sozinha, coisa que antes ela não conseguia. Isso pra mim é a reabilitação dela, ela não vai mais que isso.

05/03/10 - E - Enfª Esforçada

Na visita domiciliar, o usuário permaneceu conversando do quarto com a equipe na cozinha, ao final veio para cozinha e tomou café, enfermeiro observando e falando o essencial, usuário não demonstra interesse. Quando estávamos nos despedindo, Enfermeiro solicitou que o familiar anotasse o telefone da unidade e convidou o usuário "T" para ir até o CAPS;ele aceitou prontamente.

24/07/09 - O – Enfº Esperançoso

Com isto, a enfermeira consciente, realiza o bom cuidado, o que implica em apresentar uma escuta qualificada, prontidão para cuidar, tempo, esperar, cuidado a *posteriori* e secretariado da loucura (OLIVEIRA, 2005).

Ao secretariar a loucura, como referido anteriormente, a enfermeira psiquiatra posiciona-se como testemunha da vivência subjetiva do outro, não importando se o que lhe é dito é verdade ou mentira, mas se causa sofrimento ao indivíduo que é o foco do seu cuidado. Essa postura exige dela qualificação e desenvoltura para utilização dos construtos da Teoria do Intuir Empático, que ajudarão o paciente em sua organização psíquica, no enfrentamento das dificuldades e na adaptação à vida familiar e social. Isto está explicitado nas observações relatadas a seguir:

Fazendo identificação no banheiro dos usuários. Colocou a identificação nos banheiros e em seguida foi para o salão de beleza fazer as unhas da usuária H. Outro usuário G chega com os documentos do INSS para ela ver. Ambas foram atendidas ontem. Dá a acetona e o algodão para a usuária D ir tirando o esmalte, enquanto vai buscar o prontuário do usuário G.

03/07/09 – O – Enfª Criativa

Retornando com encaminhamento, usuária diz que terá perícia hoje e enfermeira explica que ela precisa conseguir o laudo para a perícia. Usuária retira vários laudos da pasta, e enfermeira explica o que a usuária deverá fazer. Agenda o retorno, usuária mostra para a enfermeira que o marido tem uma procuração para resolver as coisas dela. Solicita que a família auxilie na revogação da Procuração que concede plenos poderes ao companheiro e agenda na próxima consulta, para a filha vir junto com sua mãe.

06/07/09 – O – Enfª Criativa

Pode-se considerar que ao minimizar o *handicap*, *disability* e o *impairment*, o paciente apresentará remissão da crise, da sintomatologia, da agudização, das recidivas, com melhora no estado funcional, ou seja, na sua organização psíquica e na qualidade de vida.

Trabalhar em Equipe

O CAPS é um espaço de criatividade, de construção de vida, que acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade. O trabalho no CAPS é algo a ser construído em cada equipe, de acordo com suas peculiaridades (ROCHA 2005). Trabalhar em equipe pressupõe um compartilhar de competências e habilidades distintas entre as profissões, com foco no atendimento de um indivíduo, grupo ou família sob sua assistência, tendo um objetivo comum, pois equipe é uma modalidade de trabalho coletivo em que todos são mutuamente responsáveis pelo sucesso daquilo que fazem, conforme afirmam Peduzzi e Ciampone (2005).

Os objetivos, o apoio e a cooperação são recíprocos, bem como o reconhecimento pelos resultados positivos e a responsabilidade pelos que assim não o são.

O trabalho em equipe inclui o paciente, sendo ele o foco da atuação e o direcionador do cuidado que será planejado e implementado, enquanto a adesão ao tratamento dependerá de sua implicação e participação. Um dos elementos-chave da reabilitação psicossocial orienta que os profissionais da saúde mental “promovam a autodeterminação e autonomia, o que significa que todos os pacientes têm direito de tomar suas próprias decisões inclusive sobre os tipos de serviços e apoios que receber” (WHO, MNH/ MND/96.2, p. 04).

A perspectiva de trabalho para o enfermeiro insere-se em uma prática ampliada, que extrapola significativamente os recursos tradicionais (como a comunicação e o relacionamento terapêutico, o atendimento individual, a administração de medicamentos, entre outros) utilizados nas atividades de enfermagem, enquanto saberes que subsidiavam práticas manicomiais (KANTORSKI et al., 2004).

Como integrante da equipe, o trabalho dos enfermeiros nos CAPS define

um 'saber fazer' dotado de relativa autonomia pertinente ao processo criativo que se materializa no momento do ato do trabalho em saúde (KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA, 2008).

O enfermeiro utiliza um saber acumulado da profissão, porém, no CAPS, exige-se flexibilidade e criatividade do profissional, com absorção de práticas do cotidiano, considerando que ele será o mediador, o facilitador da construção ou da manutenção da rede de apoio do usuário e que, para isso, precisa compartilhar o saber/ fazer com a equipe e o usuário.

Levou-se em conta as considerações de Kantorski, Mielke e Teixeira (2008) quando afirmam que este desafio é assumido cotidianamente nas atividades de cuidado, como no acompanhamento do almoço, das festas e atividades sociais, oficinas e grupos, enquanto espaços terapêuticos e de socialização, entre outros. Acrescente-se a estes, espaços de convivência, lazer, apoio e acompanhamento na escola, no trabalho, na família com encaminhamentos assistidos a outros serviços, garantindo a cidadania, direitos, integração familiar e social.

O trabalho no CAPS aponta para a atuação do enfermeiro psiquiatra em equipe, dentro e fora dos limites físicos da unidade, como evidenciam as transcrições das observações feitas:

Contato com o PSF, Enfermeira comparece na unidade (PSF) para acompanhar usuário. Conversa com a gerente da unidade e com a agente comunitária.

21/07/09 – O – Enfª Dedicada.

A enfermeira participa das reuniões de equipe multidisciplinar (discussão de caso) reuniões com comunidade, reuniões de família, reuniões com programa de saúde mental, na assembléia de usuários (discussões de assuntos da unidade), faz articulações com as residências terapêuticas. Participa de reuniões e audiências com a Promotoria do Ministério Público.

02/03/10 – E – Enfª Criativa.

Contato com o Ministério Público e PSF.

09/03/10 - E – Enfº Esperançoso.

Percebe-se que os enfermeiros devem atuar inseridos na equipe multidisciplinar, articulando-se com outros serviços, com as famílias e os dispositivos comunitários porque auxiliando, eles promovem a articulação com a rede de apoio do usuário do serviço de saúde mental, fortalecendo-a, conforme previsto na reabilitação psicossocial, e explicitado a seguir:

O profissional apóia socialmente através da criação e manutenção de um sistema de apoio social de longo prazo, cobrindo pelo menos as necessidades básicas de alojamento, ainda se esforça para ajudar as pessoas a melhorar a qualidade de todos os aspectos de suas vidas, incluindo a social, espiritual, profissional, educacional, residencial, intelectual e financeira, emprego, cadeia social e lazer. (WHO, MNH/MND/96.2, p. 4)

Dependendo da forma como o trabalho está sendo executado e organizado, este pode ser gerador de potencialidades ou fragilidades na assistência prestada pelo enfermeiro, levando-o a realizar um cuidado que pode ser reabilitador ou institucionalizante - cronificador. De acordo com Neto et al. (2009, p.35),

a organização dos serviços de saúde mental nos três CAPS do Amazonas, apesar de apresentar fragilidades: escassez de recursos financeiros, materiais e humanos, apresenta potencialidades decorrentes da interação social equipe de saúde – indivíduo – grupo – comunidade, o que repercute significativamente na execução das atividades terapêuticas, colocando-as em congruência com as diretrizes da política de saúde mental estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Quanto às potencialidades, estas foram descritas pelos entrevistados como sendo aquelas relacionadas aos profissionais, portanto, ligadas à atuação, desenvoltura e envolvimento de cada membro da equipe:

Como potencialidades o desejo profissional.

02/03/10- E- Enfª Criativa

As potencialidades no CAPS são: habilidades nas relações interpessoais, capacidade de comunicação, controle emocional, iniciativa, capacidade de analisar, planejar e organizar.

02/03/10- E - Enfª Dedicada

Trabalhar fora do CAPS, trabalhar mais com as famílias, não ficar num mesmo setor.

04/03/10 – E - Enfº Questionador

Participação igualitária dos componentes da equipe.

05/03/10 - E - Enfª Esforçada

Potencialidades estão vinculadas aos profissionais, que precisam ser flexíveis sendo importante entender a forma de cuidado no CAPS, com interação entre a equipe multidisciplinar e principalmente fazendo articulação do CAPS com os serviços de referência e contra-referência.

09/03/10 - E – Enfº Esperançoso

As fragilidades foram relacionadas à organização e estrutura do CAPS, ligadas ao apoio da rede substitutiva, descaracterização do serviço e política pública, conforme relato dos entrevistados:

Podemos citar profissionais da equipe multiprofissional não capacitados, insuficiência de recursos materiais e humanos, pouca articulação com os programas da Secretaria Municipal de Saúde, pouca visibilidade do Programa de Saúde Mental, meios de informações inadequados, pouca influência da política de saúde mental, pouco investimento em cursos, seminários, congressos (capacitação profissional) e pouca valorização profissional.

02/03/10- E- Enfª. Criativa

Fragilidades no CAPS: Dificuldade em acessar alguns dispositivos da rede e materiais.

02/03/10- E-Enfª. Dedicada

Eu vejo a necessidade de internação de curta permanência. Necessidade de criação do CAPS III.

04/03/10 – E - Enfº Questionador

Ao ficar transcrevendo receitas, deixo de participar das oficinas.

05/03/10 - E - Enfª Esforçada

A fragilidade é mais organizacional. Por conta da forma de contratação do profissional (prestador de serviço), mais a má remuneração com falta de avaliação do perfil do profissional a ser contratado e falta de capacitação e inexperiência.

09/03/10 - E – Enfº Esperançoso

Inferre-se, pois, que o CAPS deve ser um serviço territorializado e de resgate das potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, de forma que a reinserção social se dê a partir dele, mas em direção à comunidade (BRASIL, 2004b, p. 9).

6.1.2 Aspectos relacionados ao conhecimento

A ciência não é o único caminho para o conhecimento e para a verdade. A relação entre conhecimento empírico e científico é a forma de observação realizada pelo homem. E tanto é assim que o *conhecimento empírico* caracteriza-se pelo conhecimento popular ou vulgar, transmitido de geração a geração por meio da educação informal, baseado na imitação e na experiência pessoal (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Este é adquirido no modo comum, corrente e espontâneo de conhecer, através do relacionamento, onde as informações são assimiladas por tradição, com influência da cultura e experiências causais, sendo caracterizado pela aceitação passiva, portanto, mais sujeito ao erro nas deduções e prognósticos.

No exercício da enfermagem, segundo Domingues e Chaves (2005, p. 584),

as enfermeiras deixam transparecer as suas experiências particulares, não sistematizadas, ou seja, o conhecimento adquirido empiricamente que pode ser o meio, pelo qual adquirem confiança em seu agir correto e seguro, ou seja, “confio no que vejo” sem grandes preocupações para sistematizar e controlar o que está sendo visto.

As constitutivas do conhecimento empírico são: a superficialidade, que leva o sujeito a se conformar com a forma do que lhe é apresentado; o sensitivo, porque se refere às vivências, ânimo e emoções vividas; o subjetivo, porque o sujeito organiza suas experiências e conhecimentos; o assistemático,

porque a organização destas experiências não visa à sistematização, portanto, são de difícil reprodução; e o acrítico, pois, sendo verdade ou não, a forma como se manifesta nem sempre se dá criticamente (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Já o *conhecimento científico* é obtido de modo racional, conduzido por meio de procedimentos científicos; visa explicar o porquê dos fenômenos e como eles acontecem (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 76).

O conhecimento científico distingue-se por ser factual, porque lida com as ocorrências ou fatos, fenômenos esses que se manifestam de algum modo; ele é contingente porque suas hipóteses são conhecidas pela experiência, e não somente pela razão; é sistemático, com uma ordenação lógica e, portanto, verificável, na qual o que não é reproduzível, verificável, não pertence à ciência; também é falível por não ser definitivo e aproximadamente exato, por poderem ser reformulados com novas teorias (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Vai além da visão empírica, preocupa-se não só com os efeitos, mas, principalmente, com as causas e leis que o motivaram, seguindo um rigor metodológico passível de reprodução em que nada está pronto e é definitivo; exigindo a busca constante de explicações, soluções com reavaliação dos resultados.

Como foi dito, a clínica de enfermagem psiquiátrica é um processo de busca que implica em capacidade de observação disciplinada e desenvolvimento de aptidões para aplicar conhecimentos teóricos na prática da relação interpessoal de ajudar o cliente psiquiátrico (LOYOLA, 2000). Fundamenta-se por declarar o objetivo da prática, demonstrando o aperfeiçoamento e a crescente melhora no conhecimento da especialidade, favorecendo a relação do homem com seu mundo, como explicitado abaixo na literatura científica consultada e nas palavras de uma entrevistada:

Trabalhar bem em CAPS, seja de Saúde Mental ou AD, implica, justamente, um conhecimento sobre a pessoa, na sua singularidade; os dados relevantes vão surgindo do contato cotidiano, da relação, da proximidade com o cliente e não do saber médico que determina um diagnóstico, como ocorria no hospital psiquiátrico. (ROCHA, 2005, p. 353)

Precisa ter conhecimento específico, se profissionalizar e instrumentalizar para atuar com propriedade. Precisa ser dotado de sentimentos.

02/03/10 – E – Enfª Criativa

A Postura Questionadora da Enfermeira

O paradigma tradicional da ciência do cuidado reside no modelo biomédico, que se caracteriza por privilegiar a doença em detrimento do indivíduo. A partir de 1988, com as reformas sanitária e psiquiátrica, começa a existir a possibilidade de romper com esse paradigma.

Com o advento da reforma psiquiátrica, o enfermeiro remodelou suas práticas, reconfigurando sua postura profissional para o modelo político vigente. Ele não abandona os saberes outrora adquiridos, mas precisa de criatividade para exercitar sua prática com o objetivo de desarticular o modelo manicomial também vigente e, assim, possibilitar uma ruptura com a lógica manicomial de cuidado psiquiátrico.

Para ter uma postura questionadora, o enfermeiro necessita do conhecimento científico, sem abdicar do empírico já que, na construção do projeto terapêutico, trabalhará com os valores, a cultura e a inserção do paciente como copartícipe na construção deste projeto.

Foi evidenciada por uma entrevistada a importância do conhecimento específico da área de psiquiatria como base para o cuidado de enfermagem, aspecto já abordado na literatura científica, como se segue:

Enfermeira fez atendimento individual com usuária encaminhada pela DEAM, fez um relatório para o DEAM e para a Justiça, passando sua impressão na consulta de enfermagem. Depois fez atendimento em conjunto com o médico, e ele disse que era para manter a conduta da enfermeira.

06/07/09 – O – Enfª Criativa

Em pesquisa sobre as facilidades e dificuldades na implantação de serviços voltados para o atendimento de usuários de drogas, foi considerado fator relevante a formação de pessoal especializado para compor a equipe multiprofissional: o próprio serviço teve que treinar os profissionais para o atendimento a esse tipo de paciente. (ROCHA, 2005, p. 353)

O conhecimento para trabalhar em CAPS tem especificidades, exigindo uma formação adequada, como afirma Rocha (2005), o que foi confirmado por entrevistados:

Enfª pergunta à genitora do usuário se ouviu falar da reforma psiquiátrica, ela responde que sim...

01/07/09 – O – Enfª Esforçada

Usuária B fala que as pessoas dizem que as vozes não existem. Enfª fala que elas existem, mas que faz parte do pensamento dela, explica para usuária que a assistente social é sua referencia e que poderá procurá-la para conversar. Usuário B diz que a assistente social esta muito ocupada, enfª fala que mesmo ocupada, ela deve se ocupar com a usuária B também.

02/07/09 – O – Enfª Criativa

O usuário J se queixa e diz que o usuário ao seu lado está com pulga, então, a enfermeira A lhe diz que é para não colocar seu suco no chão porque o chão é sujo e decide sentar entre eles.

03/07/09 – O - Enfª Criativa

Reabilitação é manter postura questionadora.

09/03/10 - E - Enfº Esperançoso

As observações feitas também apontaram para o conhecimento de clínica geral como um elemento de preocupação em sua esfera de atuação, já que o foco do enfermeiro está no indivíduo, e não somente no curso da doença, confirmando a importância do conhecimento referido na literatura científica:

Usuária D deseja fazer dieta, enfermeira A orienta os alimentos adequados.

03/07/09 – O - Enfª Criativa

Atendendo usuário W que saiu na rua e se machucou, preenchendo encaminhamento para hospital. Usuário almoçando e o enfº na cozinha observando em pé o usuário W almoçar.

06/07/09 – O - Enfº Questionador

O conhecimento traz para essas enfermeiras a certeza de que a forma como estão agindo, é a correta e mais adequada. Ele embasa suas habilidades e confere-lhes domínio para agirem de forma cientificamente consensual. (DOMINGUES; CHAVES, 2005, p.583)

Ao articular os conhecimentos empírico e científico a uma ação humanizada para cuidar, o enfermeiro estará praticando o bom cuidado, além de utilizar o conhecimento produzido culturalmente e aplicar o julgamento ético, que implica confrontar valores, normas, interesses ou princípios (seus e do sujeito do cuidado) e, portanto, exige uma postura ética.

Como evidenciado nos dados, não basta ter uma ação de cuidado; esta ação deve produzir melhora no sentido de potencializar as habilidades, cabendo à enfermeira psiquiatra desenvolver insumos para o paciente e sua família, com suporte do serviço de saúde e utilização dos recursos comunitários, assim minimizando as desabilidades como consequência da cronificação.

O cuidado produzirá melhora quando a enfermeira psiquiatra tiver ou desenvolver a empatia, que se caracteriza pela capacidade de se colocar no lugar do outro, sendo ela natural, quando o indivíduo já a possui, ou adquirida a partir de um instrutor, de um modelo que a levará ao esperar, no qual ela acredita no potencial de melhora e não desiste, mesmo quando parece não haver qualquer possibilidade para tal.

Como foi dito, ela também deverá fazer a escuta qualificada, demonstrando encantamento pela narrativa do indivíduo, com prontidão para cuidar, que se caracteriza pela disponibilidade interna de percorrer o caminho com o paciente compartilhando espaços de vida e de sentimentos, assim podendo conhecê-lo melhor para planejar o cuidado, que acontece após a demanda explícita do paciente, respeitando a vontade, valores e necessidades do sujeito, sempre com sua participação.

Para isto, ela deverá ter motivação, ser capaz de perseverar, possuir disponibilidade interna, ser criativa e flexível, saber trabalhar em equipe, não se acomodar, ter uma postura questionadora que só será possível quando possuir o conhecimento necessário.

É preciso unir os conhecimentos empírico e científico a uma ação humanizada, que se traduz em bom cuidado¹². O cuidado prestado pela enfermeira psiquiatra é uma ação complexa, norteado por esses conhecimentos e pela sensibilidade através da solidariedade e da humanização.

6.2 O CUIDADO QUE NÃO PRODUZ MELHORA

6.2.1 Conhecimento Científico da Enfermagem

Para que o cuidado produza melhora, é necessário romper com o modelo de prática manicomial perpetuada nos hospitais psiquiátricos.

Imagine-se, agora, um homem de quem lhes são tirados, junto com seus entes queridos, sua casa, seus costumes, suas vestes, tudo enfim, literalmente tudo o que possui: será um homem vazio, reduzido a sofrimento e carência, alheio à dignidade e ao discernimento, pois a quem tudo perdeu facilmente ocorre perder a si mesmo (LEVI, 1966, *apud* BASAGLIA, 2005, p. 35).

A enfermeira psiquiatra deve atuar na redução da lógica manicomial que limita ou impossibilita a adaptação do indivíduo à doença, junto à sua família e comunidade, dificultando a articulação e circulação em sua casa, sua rede social ao trabalho produtivo.

Para alcançar a melhora, a atenção da enfermeira psiquiatra objetivará estabelecer sua prática na necessidade de cada sujeito, garantindo-lhes os direitos, favorecendo sua participação e valorizando sua decisão. Ao atuar focada na habilidade e potencialidades individuais, estará articulando o conhecimento psiquiátrico com a prática reabilitadora, respeitando culturas, valores e etnias.

O cuidado que produz melhora, está embasado na égide biológica, psicológica e social, traduzindo-se em resultado no paradigma da reabilitação psicossocial. Ele abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo porque representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999).

Portanto, o cuidado se opõe ao descuido e ao descaso, pois cuidar é

¹² As práticas reabilitadoras, criativas e sensíveis, valorizadas e nomeadas pelas enfermeiras como bom cuidado. Segundo a autora, essa expressão foi cunhado pela primeira vez pelo Prof. João Ferreira, na condição de primeiro argüidor na banca de Dissertação de mestrado da aluna Rosane Mara Pontes de Oliveira (OLIVEIRA, 2005, p.16).

uma atitude. Nesse sentido, Waldow (1999, p. 138) explica que

o cuidado, pelas suas múltiplas características e principalmente por ser interativo e não desenvolvido por máquinas, apresenta variedades nas suas expressões do cuidar. Muitas vezes, cuidadores falharão no cuidado, mesmo havendo boas intenções. Parece que o cuidado no seu sentido ideal não se processa, mas não deixa de ocorrer. Ou melhor, o cuidado não ocorre, mas as intervenções de enfermagem são realizadas.

Entende-se como cuidado que não produz melhora, aquele que não produz resultado no sentido de propiciar qualidade de vida do paciente, promovendo autonomia, melhorando a socialização e o gerenciamento da própria vida, favorecendo o exercício de cidadania, potencializando o poder de contratualidade ao indivíduo, aumentando sua possibilidade de vida.

No cuidado que não produz melhora, o foco de atenção da enfermeira pode estar voltado para a doença, e não para o indivíduo que sofre; ou para as rotinas e atividades administrativas, realização de atividades que não valorizam o doente, levando à insensibilidade ou indiferença no cuidado que antecede a demanda.

Pode acontecer por: déficit ou ausência de conhecimento para embasar a decisão, a não utilização dos princípios da reabilitação psicossocial e da Teoria do Intuir Empático; não dispor de perfil e habilidade necessários para atuar no CAPS.

Apesar da extinção progressiva do manicômio e da reformulação política gerada pela reforma sanitária, não é fácil operar mudanças no comportamento das enfermeiras; assim, mesmo em um Serviço criado para substituir a lógica manicomial, percebe-se o cuidado que não produz melhora.

Halldorsdottir (1991) *apud* Waldow (1995) descreve os comportamentos de cuidado e não-cuidado na enfermagem generalista, que influenciam na melhora ou não do paciente. Conforme a relação estabelecida pela enfermeira entre ambos, ele poderá se sentir cuidado ou não cuidado. Aqui é preciso refletir acerca deste último comportamento visto que, corroborando a autora (Op.cit.), o cuidado que não produz melhora pode ser classificado como: vida-destruição ou biocídio; vida-repressão ou bioestático; vida-neutralização ou biopassivo.

No biocídio, a enfermeira demonstra indiferença, atitudes desumanas de não cuidado ou descuido frente a situações em que o paciente se encontra em dependência e/ou carência. Esta atitude gera no paciente sentimentos de impotência, de perda, de ser traído, desvalorizado. Com a permanência desta situação, ele evolui para alienação, perda da identidade e, como consequência, ele terá sofrimento, depressão, alienação e despersonalização (perda da identidade). A observação da pesquisadora a respeito foi a seguinte:

- Enquanto a Enfermeira sai da sala, a usuária "E" fala com os usuários, que a funcionária da cozinha disse para a mesma, que está se inserindo hoje no serviço, após usuária solicitar um pouco de café, que é para a mesma tomar café no inferno. Usuária "E", após retorno da Enfermeira, relata o ocorrido e diz que irá trazer café de casa. Enfermeira orienta a usuária passar o fato para a recepção. Após relato, explica que precisa sair para atender uma urgência.

01/07/09 – O – Enf^a Esforçada

Percebe-se que a enfermeira não valorizou a queixa da usuária, tampouco demonstrou preocupação com o sentimento que esta atitude pode ter provocado, não evidenciou estranheza e permaneceu alheia. Ou seja, não usou da sensibilidade e empatia para se colocar no lugar do outro (OLIVEIRA, 2005).

A observação a seguir refere-se à situação dos usuários que são residentes do manicômio, mas passam o dia no CAPS. O Serviço encontra-se em local provisório, pois sua unidade está em obras; o espaço é reduzido, porém, os profissionais poderiam se revezar na convivência para evitar o ócio:

- Durante o período da manhã, com o sol posto, dois usuários ficam na recepção sentados ou andando pelo quintal, sem nada para fazer até a hora do almoço, quando são convidados a se sentarem a uma mesa, na parte de trás, do lado de fora em frente à porta da cozinha, enquanto a equipe permanece do lado de dentro.

24/07/09 – O – Enf^o Esperançoso

Para os pacientes que residem no manicômio e passam o dia no CAPS, um dos focos de atenção da equipe de saúde é trabalhar a socialização, promovendo a cidadania com estratégias intra e extramuros. Na observação acima, a cisão entre a equipe e os usuários não promove espaço para trocas

afetivas, adaptação efetiva às normas sociais e trabalho com valor, contrariando a literatura científica que preconiza que haja na rede de novos serviços,

espaço de sociabilidade, de trocas em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades, [...] rompendo com as práticas disciplinares, aumentando a possibilidade de recuperação do seu estatuto de sujeito de direitos. (AMARANTE, 2003 p. 32).

A descaracterização do cenário de cuidado e a desqualificação do profissional por déficit, ausência ou omissão de conhecimento, têm como consequência a iatrogenia e o cuidado que não produz melhora. Nunca é demais lembrar que o ato de cuidar da enfermeira psiquiatra implica na junção de intuição, conhecimento e criatividade (OLIVEIRA, 2001).

Na relação do tipo bioestática, a enfermeira afeta a vida do outro através da repressão, interferindo ou desordenando a energia existente. Sua ação é caracterizada por insensibilidade ou indiferença, imposição da vontade, dominação e controle; sua postura é fria e rude. O paciente sente que aborrece a enfermeira e evita chamá-la, mas a permanência deste comportamento tem como consequência o desencorajamento e a ansiedade.

- Usuário 1 fica na frente do enfermeiro com atitude alucinatória e o enfermeiro, mexendo no celular.

07/07/09 – O – Enfº Questionador

O enfermeiro demonstra indiferença à manifestação clínica do usuário ao permanecer mexendo no celular. Essa conduta fere o primeiro princípio da reabilitação psicossocial: o de que o profissional deve transmitir esperança e respeito, acreditando que todos os indivíduos têm a capacidade de aprender e crescer (WHO/ MNH/ MND/96.2, p.11).

Já na relação biopassiva, a enfermeira demonstra falta de interesse, mas essa conduta não provocará qualquer efeito na energia vital. Configura-se pela falta de abordagem positiva ou de cuidado, desatenção, não envolvimento com o paciente porque a enfermeira tem como prioridades as rotinas e tarefas a serem desempenhadas. O paciente cursará com solidão pela ausência de contato, como se observou durante a coleta de dados:

- Usuários da residência terapêutica solicitando ir para casa. Enfermeiro não interage com eles, mas comenta comigo que também gostaria de ir para casa, com uma TV de 20' disponível.

07/07/09 – O – Enfº Questionador

A valorização das práticas administrativas ou que não requerem contato com os pacientes, esteve presente pelos seguintes motivos: falta de conhecimento e habilidade para atuar na complexidade exigida no CAPS, não aplicação dos construtos da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial.

Na ação sem cuidado ocorre a desqualificação da demanda e dos gestos do paciente, com a valorização ridicularizante de atitudes e o estabelecimento de relações ambíguas, em que a enfermeira consente com a violência (DELGADO, 2001). Isto é passível de comprovação nas observações abaixo:

- Enfermeira sentada na varanda, no chão, com a usuária "D". Conversando com a usuária "D" como se estivesse conhecendo-a naquele momento e corrige o crochê.

01/07/09 – O – Enfª Esforçada

- Usuários são chamados para tomar café. Enfermeiro senta na entrada da unidade na passarela, usuários voltam com o lanche e se aproximam de nós, os enfermeiros continuam conversando sobre outros assuntos. Usuária "M" sentada na grama, de saia com as pernas abertas, usuária "M" queixando-se de otalgia. Enfermeiro alheio.

07/07/09 – O – Enfº Questionador

Ao sentarem no chão para conversar e fazer atendimento, reproduzindo o comportamento manicomial do usuário, os enfermeiros estão desqualificando o espaço do CAPS que visa a construção de práticas criativas e reabilitadoras, que poderiam auxiliar o paciente no convívio social, com isso evitando o preconceito e o estigma dos que sobrevivem ao rechaço imposto pelo manicômio.

A reabilitação psicossocial tem como objetivo minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação. A atuação do enfermeiro acontece no biológico, com auxílio e acompanhamento psicofarmacológico, atuando na equipe multidisciplinar e fazendo intervenções psicológicas. No campo psicossocial, o

intuito é minimizar as consequências físicas e comportamentais, a institucionalização prolongada no manicômio e no CAPS, assim reduzindo a discriminação e o estigma que envolvem a doença (WHO/ MNH/ MND/96.2).

Durante as entrevistas, os enfermeiros evidenciaram o que entendem por cronificação, permitindo que se observasse o distanciamento entre a prática e o discurso:

Cronificação: é um quadro de repetição do problema que leva à recorrência da doença. Cronificação se traduz em falta de oportunidade de tratamento adequado e qualificado.

02/03/10 – E – Enfª Criativa

A cronificação é muito subjetiva, vem com o tempo, quando você avalia uma pessoa e percebe que no ano passado ela permanecia mais tempo fora do CAPS e hoje está mais aqui dentro, dependente da unidade, dos funcionários, da medicação, aí você começa a perceber uma cronificação.

04/03/10 – E - Enfº Questionador

Práticas repetitivas.

09/03/10 - E – Enfº Esperançoso

Percebemos que a descaracterização do serviço e a desqualificação profissional foram marcantes para o estabelecimento e manutenção de práticas que não produzem melhora. A esse respeito, explica Saraceno (2001, p. 30) que

o problema central é o problema dos serviços, é o problema da reabilitação oferecida dentro de um sistema de serviço que permite continuamente levar em conta, contemporaneamente as variáveis que são o paciente como sujeito, o micro contexto do paciente, o macro contexto do paciente e o contexto mesmo do serviço.

Para este autor (1996, p. 17),

o processo de Reabilitação Psicossocial seria, então, um grande processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e também de plena contratualidade no cenário das relações familiares, da rede social e do trabalho com valor social.

Dos cinco sujeitos observados, três “transcreviam” a prescrição dos pacientes para os médicos, passando a maior parte do tempo nesta atividade, atribuindo tal prática ao número reduzido de psiquiatras para atender um

número grande de pacientes. A transcrição das observações feitas e da entrevista realizada confirmam o que foi dito:

- Enfermeiro fazendo prescrição para a médica assinar; faz trinta prescrições. fala de sua insatisfação em realizar essa atividade.

06/07/09 – O – Enfº Questionador

- Faço também a transcrição de receitas para os médicos.

09/03/10 – E – Enfº Esperançoso

Os enfermeiros relataram também que não sabem o que devem fazer no CAPS, e acabam sendo direcionados para realizar outras atividades, pontuando a dificuldade na condução clínica, gerando prejuízo para o profissional e para o paciente. Cauchick (2001, p. 11) alerta para o fato de que

uma intervenção psiquiátrica não dá conta da clínica das psicoses. As sessões semanais de psicanálise também não. Abordagens isoladas não criam a sustentação necessária para uma terapêutica das psicoses. Nossa prática cotidiana foi-nos mostrando a necessidade de encarar o tratamento da psicose dentro de uma rede, em que cada campo terapêutico tem um lugar fundamental em si mesmo e, paralelamente um lugar relativo aos outros pontos da trama.

Dois entrevistados relataram os respectivos pontos de vista a respeito:

Na verdade você precisa de um conhecimento teórico bom para atuar nessa área. Faço avaliação clínica, a avaliação psiquiátrica é difícil, trabalho sempre pelo senso comum, mas não dá para atuar só com o bom senso!

05/03/10 – E – Enfª Esforçada

Dificuldade de montar um projeto terapêutico, sozinho ou junto da equipe, por falta de capacitação ou inexperiência.

09/03/10 – E – Enfº Esperançoso

Na enfermagem psiquiátrica, o cuidado é concebido através da relação, e para estabelecê-lo, a enfermeira imprime sua ação de cuidado baseada em sua crença, no conhecimento que possui e no que acredita. Sendo assim, deve-se concordar com Saraceno (1996) quando afirma que a reabilitação psicossocial exige uma postura ética dos profissionais, porque exige aumento do potencial de enfrentamento de situações, postura terapêutica e ativa na intervenção, com

solidariedade, afetividade, compreensão, flexibilidade, criatividade, autonomia e cidadania.

Ao longo do tempo, a reabilitação psicossocial exigiu um desdobramento teórico, ético e filosófico complexo para alcançar os objetivos terapêuticos na enfermagem psiquiátrica, o que foi possível levando-se em conta a peculiaridade frente às novas formas de cuidar. Nesse sentido, Oliveira (2005, p. 195) refere um modelo teórico de cuidar na enfermagem psiquiátrica no CAPS, teoria descrita no referencial teórico.

6.2.2 Perfil Profissional

Dentre as ações observadas no CAPS, destacaram-se o silêncio e a não interação. Esse modelo de comportamento esteve presente nos manicômios, sendo perpetuado por muitos anos. No modelo de cuidado proposto por Oliveira (2005), essa conduta, quando adotada pela enfermeira psiquiatra, evidencia insensibilidade ao sofrimento do outro, o que contradiz o construto da **empatia** em que nos tornamos pessoas sensíveis ao sofrimento do outro, ou por convivemos com pessoas empáticas ou por aprendermos a ser empáticos a partir de nossas experiências na vida. As observações transcritas abaixo confirmam a inadequação desta conduta profissional:

Usuária "F" se oferece para ensinar ponto cruz para os demais na oficina, a enfermeira não responde; outro usuário retorna da convivência e senta ao seu lado falando sem parar, enfermeira continua fazendo crochê e não responde.

01/07/09 – O – Enf^a Esforçada

- Técnica de enfermagem conversa com Enfermeiro sobre o endereço da residência terapêutica. Enfermeiro estava jogando no celular, olha para a Técnica de Enfermagem enquanto ela falava, e volta ao jogo. Não perguntou ou respondeu, permanecendo atento ao jogo no celular.

02/07/09 – O – Enf^o Esperançoso

Ser empático implica em se importar com o outro. Os relatos a seguir demonstram que os enfermeiros entendem que ter envolvimento, responsabilidade e implicação com o usuário, com o Serviço, com os ideais da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial, favorece a melhora;

explicam que uma ação correta gera impacto no usuário, e quando negativa, favorece a institucionalização e a cronificação, portanto, não produz melhora:

Ações sem cuidados: são as ações desresponsabilizadas de assistência terapêutica e descomprometidas com o usuário.

02/03/10 – E – Enf^a Criativa

O profissional que participa de corpo presente e mente ausente, que não se envolve, não favorece a melhora. A cronificação do serviço e das pessoas. Creio que seja o fazer por fazer, sem propósito ou finalidade.

05/03/10 – E – Enf^a Esforçada

- Não fazer a evolução ou fazer mal feita.

09/03/10 – E – Enf^o Esperançoso

No **esperançar** o enfermeiro cria onde parece não haver possibilidade; é não desistir de tentar proporcionar o cuidado, é esperançar com o paciente de que é possível fazer melhor, é acreditar na promessa de um futuro sinalizando algo para além do imediatamente presente. Esperançar é aguardar com esperança que um pequeno nada ocorra (OLIVEIRA, 2005), desde que atitudes e comportamentos tenham em vista esta finalidade:

Não trabalhar com o indivíduo para ele sair e ter a vida lá fora.

04/03/10 – E – Enf^o Questionador

Diante de situações complicadas, ficar dizendo: “que é difícil e não tem jeito”, apesar de não ter tentado todas as possibilidades, ou dizer: “é muito chato!” Estagnar, quando as outras pessoas estão estagnadas.

09/03/10 – E – Enf^o Esperançoso

O conceito **tempo** é entendido como disponibilidade para que o sujeito possa querer; é o tempo interno. O tempo não é da enfermeira, mas sim do paciente, ele é sinônimo de resultado.

Como um conceito está intimamente relacionado ao outro, para que esse construto seja operacionalizado, é necessário que a enfermeira seja sensível ao sofrimento do outro, portanto, empática; que tenha habilidade de acolher e escutar com a acurácia necessária para identificar o *password*, a senha

necessária para vincular-se ao usuário. Certo é que só quando nos dispusermos a conhecê-lo, conseguiremos mensurar o tempo.

Na **escuta qualificada** a enfermeira deve demonstrar encantamento pela narrativa do paciente, que nada tem a ver com ter ou deixar de ter nexos, verdades e mentiras. Ela deve testemunhar sua fala, compartilhar com ele aquela situação de sofrimento, propor-se a dividi-la com ele:

A usuária “P” apresenta tentativas de suicídio anterior, depressão, problemas familiares (agressão física, uso de drogas) fala que desejava morrer e que está morrendo aos poucos. Enfermeiro continua preenchendo os dados de identificação, tipo de casa, escolaridade, trabalho. Usuária insiste em falar do seu sofrimento. Mostra as feridas na perna. Após terminar de preencher os dados, levanta-se para olhar a perna da usuária, agora atento à fala dela.

02/07/09 – O – Enfº Esperançoso

O exemplo contradiz outro princípio da Teoria do Intuir Empático, já que na observação não houve evidência de encantamento do enfermeiro psiquiatra quanto à narrativa da paciente. Mesmo ela insistindo em falar do seu sofrimento, com história patológica pregressa de tentativas de suicídio, ele se manteve focado no preenchimento da identificação.

A enfermeira psiquiatra com **prontidão para cuidar** fica ao lado do paciente, percorre o caminho com ele; por conhecê-lo, cria com ele um espaço de vida. No CAPS, várias são as formas de estar próximo do usuário, sendo mais utilizadas nos cenários pesquisados as que se configuram no espaço restrito, interno, das salas de atendimentos, para fins de grupoterapia, oficinas terapêuticas, consulta de enfermagem, atendimento de primeira vez ou triagem.

A convivência (espaço interno) e os espaços da comunidade (extramuros) foram pouco explorados durante a trajetória da produção de dados, porque os enfermeiros estavam envolvidos em atividades internas, e quando saíam da Unidade, faziam-no para realizar visitas domiciliares ou hospitalares de urgência.

Para a enfermeira, o dispositivo de cuidar por meio da convivência, favorece a construção do cuidado, leva ao conhecimento de como o usuário se comporta, como ele está naquele dia, como faz a abordagem e como se articula. Normalmente, na convivência ele fica mais à vontade por não se sentir

observado, avaliado.

Na fala abaixo, percebe-se que, para os entrevistados, a enfermeira não cuida bem quando, por exemplo,

Participa de corpo presente e mente ausente, não se envolve, como por exemplo: Usuária “F” se oferece para ensinar ponto cruz para outros. Enfermeira não responde.

05/03/10 – E – Enfª Esforçada

Não dá a atenção devida, protela um cuidado, não intervém quando necessário, deixa de conviver com o usuário e a família as dificuldades. Quando os profissionais ficam ou são acomodados acabam interferindo no trabalho, inclusive no meu, porque me deixa incomodado.

09/03/10 – E – Enfº Esperançoso

O cuidado pós-demanda refere-se ao cuidado que inclui o sujeito na decisão, colocando-o na condição de copartícipe, de sujeito ativo do cuidado que, na clínica de enfermagem psiquiátrica, é pós-demanda porque respeita as vontades e as necessidades do paciente, estimulando-o para a autonomia do cuidado. Nas observações a seguir, a enfermeira fica mais preocupada em conseguir as roupas do que ter a presença da usuária na atividade, deixando não só esta paciente, como os outros que estavam na oficina:

Enfermeira saiu novamente para conseguir o restante das roupas para a usuária “A” que continua ausente da oficina.

01/07/09 – O – Enfª Esforçada

Pergunta se o outro usuário está na casa para jogar xadrez com ele; já que a Enfermeira não interagiu, ele sai da oficina pela segunda vez.

01/07/09 – O – Enfª Esforçada

Em ambas as observações, a enfermeira atendeu mais à própria demanda, desconsiderando a necessidade do sujeito; não valorizou sua opinião, nem o colocou como copartícipe, apesar de relatar:

Colocar as coisas para o paciente sem saber se é bom para ele, simplesmente por saber que é bom pra você.

05/03/10 – E – Enfª Esforçada

Não seria esta uma conduta adequada porque não cabia à enfermeira decidir o que era melhor para o paciente, como acontecia no manicômio, mas deixá-lo decidir. Assim, ela seria coadjuvante e ele, sujeito.

6.2.3 Desqualificação e descaracterização

Entendemos que um dos fatores que contribui para o cuidado não produzir melhora é a dificuldade de efetivar o cumprimento da Lei 10.216/01, que propõe a substituição progressiva do manicômio (DELGADO, 2001), cuja mudança paradigmática se processará paulatinamente porque é necessário incorporar uma prática ao modelo de reabilitação. Os dados evidenciam entraves para exercitar e executar a cidadania na reabilitação psicossocial:

Podemos citar profissionais da equipe multiprofissional não capacitado, insuficiência de recursos materiais e humanos, pouca articulação com os programas da Secretaria Municipal de Saúde, pouca visibilidade do Programa de Saúde Mental, meios de informações inadequados, pouca influência da política de saúde mental, pouco investimento em cursos, seminários, congressos (capacitação profissional) e pouca valorização profissional. Potencialidades: desejo profissional.

02/03/10 – E – Enf^a Criativa

Esta desestrutura, desorganização e inobservância dos dispositivos de cuidar contribuem para uma prática assistencial fragmentada, implicando diretamente o paciente e sua família.

A falta de recursos, investimentos e profissionais leva a cronificação que pode ser da equipe, do serviço e do usuário. O despreparo é estrutural: do profissional e do programa.

09/03/10 – E – Enf^o Esperançoso

A desvalorização profissional e a descaracterização assistencial também fragmentam o CAPS como instituição, e, por conseguinte, causam prejuízo ao paciente, sua família e à comunidade.

Nas entrevistas percebemos esse movimento de curatelismo e assistencialismo que arruinam as características fundamentais do serviço substitutivo do tipo CAPS, fazendo com que por vezes o manicômio seja lembrado.

Quando fazemos trocas com alimentação, os usuários muito pobres, vão ao CAPS para almoçar.

05/03/10 – E – Enf^a Esforçada

Ir ao CAPS só para tomar medicação ou se alimentar.

09/03/10 – E – Enf^o Esperançoso

Outro aspecto abordado nesta fragmentação foi a autonomia reduzida dos enfermeiros em alguns CAPS, como apresentado a seguir:

Tudo que faço é decidido pela administradora. Eu não atuo como enfermeira no CAPS, e a equipe de enfermagem fica perdida, não sentamos para conversar, planejar e distribuir as atividades.

05/03/10 – E – Enf^a Esforçada

A falta de compreensão dos pilares fundamentais para o funcionamento do CAPS, que estão pautados no trabalho em equipe e respeito à contribuição de cada profissional, dificulta o sucesso do tratamento. No caso do enfermeiro, quando ele desconhece sua função ou abre mão dela, acaba sendo desviado para outras atividades, com isso relegando a plano secundário o conhecimento que detém e que é constitutivo do seu perfil profissional, resultando na impossibilidade de estabelecer o cuidado adequado e o tipo de relação que deseja ter com seu paciente, causando-lhe prejuízo irreparável.

O desvio de função foi identificado pela pesquisadora em três dos cinco sujeitos acompanhados, já que eles transcreviam prescrições médicas:

Enfermeiro transcreve prescrições. Enfermeiro explica que fará um grupo que é basicamente para distribuir prescrição.

06/07/09 – O – Enf^o Questionador

Copio as receitas dos usuários em CAPS e o médico assina.

05/03/10 – E – Enf^a Esforçada

Faço também a transcrição de receitas para os médicos.

09/03/10 – E – Enf^o Esperançoso

Os elementos mais frequentes no cuidado que não produz melhora envolvem o déficit ou ausência de conhecimento profissional no âmbito da enfermagem generalista, psiquiátrica e da reabilitação psicossocial. O exposto fica evidente na seguinte fala:

- Aparentemente, nós estamos mais cronificados que os usuários.

09/03/10 – E – Enfº Esperançoso

Algumas características pessoais dos enfermeiros foram determinantes na forma de cuidar ou não cuidar, tais como sensibilidade, empatia, capacidade de ser ouvinte e disposição do uso do tempo interno. Todas são imprescindíveis para dar o tom da aplicabilidade dos conceitos da Teoria do Intuir Empático.

A desqualificação profissional e a descaracterização do serviço pelo viés político ou profissional serão condições primordiais para inviabilizar a realização de um cuidado que produza melhora ou não.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, tivemos a intenção de estudar o cuidado da enfermeira psiquiatra no CAPS, da institucionalização à reabilitação psicossocial, buscando descrevê-lo, discuti-lo e, ainda, analisar suas ações de cuidado. Para alcançar o intento procuramos elucidar a trajetória da saúde mental no Brasil, percorrendo o movimento que deu origem a lógica manicomial, o processo da desinstitucionalização até a implementação da reforma psiquiátrica com a reabilitação psicossocial, o que foi possível através dos CAPS.

Nestes serviços as enfermeiras puderem reinventar sua prática de cuidar em saúde mental, antes pautada principalmente na assistência prestada com intuito de garantir as necessidades mais básicas do paciente como: higiene, medicação, alimentação e lazer; esse modelo de cuidado ficou conhecido como lógica manicomial.

Com o advento da reforma psiquiátrica, entendemos que o paciente necessita ser cuidado na tríade: biológica, psicológica e social, como proposto na reforma psiquiátrica e na reabilitação psicossocial, o paciente nesse novo paradigma passaria ser cuidado inserido em sua comunidade, em um serviço de portas abertas, o que significa mais do que o direito de ir e vir, como também o de aderir ao tratamento, de vincular-se a um profissional, buscando a melhor forma de adaptação para ser aceito.

A prática da enfermeira psiquiatra ganhou mais força e expressão no saber da enfermagem generalista do que da enfermagem psiquiátrica e de reabilitação psicossocial, o que se justifica pelo fato de nenhum dos sujeitos pesquisados possuírem especialização na área.

No grupo pesquisado, 60% iniciaram sua prática profissional nos CAPS, sem treinamento prévio. Todos os enfermeiros relatam que estão aprendendo na prática com outros profissionais, justificam que para terem identidade junto à equipe multiprofissional exercem com maior freqüência a enfermagem generalista.

Eles também apontaram para o cuidado que transforma e possibilita a adaptação, o que demonstra o surgimento do cuidado a partir do indivíduo, e o resultado esperado levando em conta o ajuste do paciente à sua família e à sociedade, não vislumbrando o isolamento e a contenção.

Dentre os enfermeiros analisados, somente um tem mais de 20 anos de formado; o restante tem entre 04 e 05 anos de exercício profissional. A maioria possui idades entre 20 e 30 anos e a maioria são mulheres o que difere da história da psiquiatria, onde os homens eram a maioria, pela necessidade de emprego da força e manutenção da ordem hospitalar.

O cuidado de enfermagem foi visto pelos enfermeiros como complexo, por perpassar por diferentes dificuldades que envolvem a relação com o paciente, família e equipe, além da política de saúde instituída,

A análise foi apresentada a partir dos dados produzidos, nos quais encontramos 436 ações realizadas pelos enfermeiros. Ao analisar os dados, esses foram agrupados, formando duas classes temáticas que se subdividiram em subclasses temáticas e seus respectivos elementos:

A primeira classe temática foi *O cuidado que produz melhora*. Com os subtemas: a) A personalidade da enfermeira, b) Aspectos relacionados ao conhecimento. E, a segunda classe temática foi *O cuidado que não produz melhora* com os subtemas: a) Conhecimento científico da enfermagem, b) Perfil profissional, c) Desqualificação e descaracterização.

No cuidado que produz melhora, a enfermeira psiquiatra aposta no potencial para mudança do indivíduo, minimizando as desabilidades; o foco do cuidado não está na redução dos sintomas, mas em oferecer suporte nas necessidades básicas, com ênfase na força e nas habilidades individuais, incrementando-as e potencializando-as. Ela trabalha para o aperfeiçoamento da aprendizagem adquirida e apoio em áreas deficitárias, até que o paciente possa habilitá-la.

Assim, os dados apontam que, a personalidade da enfermeira influencia no bom cuidado, já que a enfermeira usa a si mesmo como instrumento terapêutico, para isso, ela precisa ter conhecimento da enfermagem generalista e psiquiátrica, bem como, dos pressupostos da reabilitação psicossocial.

Para embasar o estudo utilizamos como aporte teórico a *Teoria do Intuir Empático* de Oliveira (2005), que foi estabelecida através dos pressupostos da reforma psiquiátrica e serve de modelo teórico para a prática da enfermeira psiquiatra, sendo esta teoria composta pelos construtos: empatia, escuta qualificada, tempo, esperar, prontidão para cuidar e cuidado pós demanda.

A presente teoria como norteadora da prática da enfermeira, auxilia na ação exitosa que resulta no bom cuidado.

Os enfermeiros relatam que existe um orientador para a ação que não é o diagnóstico, mas a pessoa em si e que a dor subjetiva pode demorar ser evidenciada, tal situação vai demandar da enfermeira algumas habilidades e competências, como: paciência, entendimento que a dor é do outro e não dela e por isso o tempo será do paciente e não o dela, criatividade, intuição, empatia, escuta qualificada, prontidão para cuidar, cuidado pós-demanda, esperar, tato e trabalho em equipe. Ela precisa ser dinâmica, levando em consideração a cultura, a educação e a percepção que o outro tem de si e do mundo.

O conhecimento apareceu nas duas classes temáticas, sendo que no cuidado que produz melhora, a enfermeira usará o conhecimento associado à sensibilidade e intuição necessária para ser aplicada de forma eficiente com o paciente, sua família e a comunidade. Ter conhecimento leva o enfermeiro a se questionar qual sua função junto à equipe, o que poderá fazer para ajudar a melhorar a vida dos pacientes e famílias que estão sob seus cuidados. O cuidado prestado pela enfermeira psiquiatra é uma ação complexa que para produzir melhora deve unir o conhecimento empírico e o científico a uma ação humanizada que se traduza em bom cuidado.

No cuidado que não produz melhora, percebemos o déficit ou ausência de conhecimento para embasar a decisão do enfermeiro, pois não são utilizados os princípios da reabilitação psicossocial e da Teoria do Intuir Empático.

Dentre as ações observadas no CAPS, destacaram-se o silêncio e a não interação, esse modelo de comportamento esteve presente nos manicômios, sendo perpetuada por muitos anos. Essa conduta, quando adotada pela enfermeira psiquiatra, evidencia insensibilidade ao sofrimento do outro, o que contradiz os constitutivos da teoria do intuir empático.

A desvalorização profissional e a descaracterização assistencial também fragmentam o CAPS como instituição, e, por conseguinte, causam prejuízo ao paciente, sua família e à comunidade, dificultando a efetivação da Lei 10.216/01.

Acreditamos que o método adotado foi adequado para estudar o objeto e objetivos propostos.

A partir da produção dos dados e da análise das ações das enfermeiras, foi possível evidenciar aspectos subjetivos e obscuros da prática profissional. Para realizá-lo, a enfermeira deve ter motivação, ser capaz de perseverar, possuir disponibilidade interna, ser criativa e flexível, trabalhar em equipe, não se acomodar e ter uma postura questionadora.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O Homem e a Serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008a.

AMARANTE, P. (Coord.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008b.

AMARANTE, P. (Coord.) **Loucos pela Vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009.

ANDRADE, R.L.P.; PEDRAO, L.J. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. v.13, n.5, p. 737-742, 2005.

ANTHONY, W; COHEN, M.; FARKAS, M. **Psychiatric rehabilitation**. Boston: Arcata Graphics, 1992.

BARTON, R. **La neurosis institucional**. Madri: Paz Montalvo, 1974.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, F. (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Trad. Heloísa Jahn. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

_____. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica**. Franco Basaglia; Paulo Amarante (org.); Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BERGER, P; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc> (acesso em 12/07/08).

_____. **Portaria nº 224/MS**, de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre as diretrizes e normas para a oferta de serviço de saúde mental. 1992. Disponível em: <http://www.mp.sc.gov.br/portal/site/conteudo/cao/ccf/quadro%20sinotico%20sus/portaria%20sas-ms%20n%C2%BA%20224-92%20-%20diretrizes%20e%20normas%20saude%20mental.pdf> (acesso em 12/07/08).

_____. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5. ed. Brasília – DF: MS, 2004a. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/legislacao/mental.php> (acesso em 12/07/08).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS**: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília-DF: MS, 2004b.
www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf (acesso em 12/07/08).

_____. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 5, Ano III, n. 5, outubro, 2008**. Brasília, 2008. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 22p. Disponível em www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental (acesso em: 20/01/09).

BRUNNER, R.; ZELTNER, W. **Dicionário de psicopedagogia e psicologia educacional**. Petrópolis: Vozes, 1994.

CAPLAN, B.R.; CAPLAN, G. **Helping the helpers not to harm**: iatrogenic damage and community mental health. EUA: Brunner-Routledge, 2001.

CARVALHO, S. S. **Acompanhamento terapêutico - que clínica é essa?** São Paulo: Annablume, 2004.

CORBANI, N. M. S. **Humanização do cuidado de enfermagem: Que é isso?** São Paulo, 2006. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2006.

DELGADO, P. **Projeto de Lei nº 3.657/89**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989. Disponível em:
http://www.exclusion.net/images/pdf/248_hagap_legge_salute_mentale_brasile.pdf (acesso em: 12/07/08 07/09)

DELGADO, P.G.G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N.R. (Orgs.). **Cidadania e Loucura**. Políticas da Saúde Mental no Brasil. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

DOMINGUES, T.A.M.; CHAVES, E.C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 39 (especial), p.580-8, 2005.

DORSCH, F.; HACKER, H.; STAPF, K.H. **Dicionário de Psicologia Dorsch**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

EVARISTO, P. **Gestão da psiquiatria na comunidade**. Trad. M. Alice Pereira. Itália/Mimeografado, 1998.

FERREIRA, S.F.; LUIS, M.A.V. Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.2,p.209-16, abr/jun. 2004.

FERREIRA, A.B de H. **Novo Aurélio Séc.XXI**: dicionário da língua portuguesa. 2004.[versão eletrônica].

FOUCAULT, M. Soberania e disciplina. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal; Petrópolis: Vozes, 1996.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência Saúde Coletiva** (*online*), v. 14, n. 1, p. 297, 2009.

_____. **Reabilitação psicossocial**: dimensões teórico-práticas do processo. Erechim (RS):FAPES, 2001.

HOFFMAN, M. L. **Desarrollo moral y empatía – implicaciones para la atención y la justicia**. Barcelona: Idea Book . (2002). [[Links](#)] International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, <<http://www.uspra.org>> (acesso em 21/01/09).

HALLDÓRSDÓTTIR, S. Five basic modes of being with another. In: GAUT, D.A; LEININGER, M.M. (Eds). **Caring: the compassionate healer**. New York: National League for Nursing, 1991, p. 95- 108

HOFFMAN, M. L. **Desarrollo moral y empatía – implicaciones para la atención y la justicia**. Barcelona: Idea Book . (2002). [[Links](#)] International Association of Psychosocial Rehabilitation Services

JAPIASSÚ, H; MARCONDES, D. **Dicionário Básico de Filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

KANTORSKI, L. P. et al. Saberes e estudos teóricos em enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 408-419, 2004.

LACAN, J. **O Seminário. Livro 3: As psicoses**. Rio de Janeiro: Zahar. (1955-56/1985).

LOBIONDO, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOYOLA, C.M.D . Apresentação. In. Compreensão e crítica por uma clínica de enfermagem psiquiátrica. Rio de Janeiro: CUCA /UFRJ. **Cadernos do IPUB / UFRJ**, n. 19, p. 7-10, 2000.

LOYOLA, C.M.D; ROCHA, S. (Org.). **O caminho das pérolas**: novas formas de cuidar em saúde. São Luís: Unigraf, 2002.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MIRANDA, C.M.L.; ROCHA, R.M.; SOBRAL, V.R.S. O ensino, a pesquisa e a assistência de enfermagem psiquiátrica. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.193-197, jul./dez.1999.

MORRIS, C. (Ed.). **Academic press dictionary of science and technology**. EUA: Academic Press, 1992.

NETO, D.L. et al. Atenção à Saúde Mental no Amazonas, Brasil: um olhar sobre os Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.1, n.2, p.23-37, out/dez., 2009.

OLIVEIRA, R.M.P de. **Pintando novos caminhos: visita domiciliar em Saúde Mental**. 2001. 235 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

_____. Ambiente terapêutico em internação psiquiátrica. In: FIGUEIREDO , Nélia M.A et al. **Práticas de Enfermagem: Ensinando a Cuidar de Clientes em Situações Clínicas e Cirúrgicas**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.

_____. **Por uma Clínica de Enfermagem Psiquiátrica: o intuir empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra**. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2005, 229 p. Tese (Doutorado em Enfermagem)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE / ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 14 de novembro de 1990. Caracas, OMS/OPAS,1990.

PADILHA, K.G. A prática de enfermagem em UTI e as ocorrências iatrogênicas: considerações sobre o contexto atual. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.3, p.49-56, 2000.

PAULIN, L.F.; TURATO, E.R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História Ciências Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, Aug. 2004 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200002&lng=en&nrm=iso (acesso em: 22 ago.09).

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M.H.T. **Trabalho em equipe e processo grupal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PEREIRA, A.C. et al.. Introgenia em cardiologia, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 75, n.1, 2000.

PITTA, A. M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.

POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRATT, W. et al. **Psychiatric rehabilitation**. London (GB): Academic Express; 1999.

ROCHA, R. M. et al. **Enfermagem psiquiátrica e atenção psicossocial**. In: Paradigma de Atenção Psicossocial - Conferência de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IPB / TeCora, 1998.

ROCHA, R. M.. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto & contexto - enfermagem**. [online], v.14, n.3, p. 350-357, 2005.

_____. **Enfermagem em Saúde Mental**. 5.ed. atual. ampl. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008.

ROTELLI, F.; LEONARDS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2001.

SILVA FILHO, J. F.; LEIBING, A. G. A psiquiatria, sua história e seu futuro no Brasil. **Cadernos do IPUB / UFRJ**, Rio de Janeiro, n.14, p.14, 1999.

STUART, G. W.; LARAIA, M.T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e práticas**. 4. ed. Rio de Janeiro. Reichimann & Affonso, 2002.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness**. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VASCONCELOS, E.M. **Abordagens psicossociais** [V. II]: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008.

VIANA, D. L.P.; SILVA, R.C.L.; SILVA, C.R.L. **Dicionário Ilustrado de Saúde** São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

WALDMAN, M.A.P.; ELSEN, I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.14, n.3, p.341-349, jun.-set., 2005

WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER D.E.. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WALDOW, V.R. **O resgate necessário**. Porto Alegre. Sagra-Luzzatto. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Care for the mentally ill**. WHO Collaborating Centre, Douglas Hospital Centre. Montreal, CA.1987.

WHO/ MNH/ MND/96.2. **Psychosocial rehabilitation a consensus statement**. Disponível em:

<http://www.who.int/mas/mnh/mnd/psr.htm>. <http://www.who.int/mas/mnh/mnd/psr.htm>. (Acesso em: 20 jan. 2009).



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96- Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **“O processo de cuidar da enfermeira psiquiatra nos Centros de Atenção Psicossocial: da institucionalização à reabilitação”**, que tem como objetivos: Descrever o cuidado da enfermeira psiquiatra no CAPS; Discutir o cuidado da enfermeira psiquiatra no CAPS e Analisar as ações de cuidado da enfermeira. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, descritiva, conduzida pelo enfoque da Teoria do Intuir Empático.

A pesquisa terá duração de 02 anos, com término previsto para o primeiro semestre de 2010.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por um pseudônimo, de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, e os resultados divulgados em eventos e / ou revistas científicas.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também naquela em que trabalha.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista aberta, que será gravada em MP4 para posterior transcrição, que será guardada por cinco anos e incinerada após esse período.

Você não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionados à sua participação. O benefício relacionado a sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem psiquiátrica.

Você receberá uma cópia deste Termo onde constam telefone / e-mail do pesquisador responsável e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Desde já agradecemos!

Rosane Mara Pontes de Oliveira
Pesquisadora Principal EEAN/UFRJ
Cel: (21) 99735004
E-mail: rosane.mara@terra.com.br

Paula Cristina da Silva Cavalcanti
Mestranda EEAN/UFRJ
Cel: (24) 98326048
E-mail: paulacristinadasilva@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148 ramal 228.

Rio de Janeiro, ____ de _____ 2009.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

 E E A N	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA	
--	--	---

Protocolo nº 09/2009

Título do Projeto: O PROCESSO DE CUIDAR DA ENFERMEIRA PSQUIATRA NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO À REABILITAÇÃO.

Pesquisadora Responsável: Paula Cristina da Silva Cavalcanti

Instituição onde a pesquisa será realizada: CAPS – VOLTA REDONDA

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 16/04/2009

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada pelos membros do Comitê de Ética e Pesquisa, em 26 de maio de 2009.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (hum) ano e/ou ao término da mesma, com um CD, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 27 de maio de 2009.


 Maria Aparecida Vasconcelos Moura
 Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ