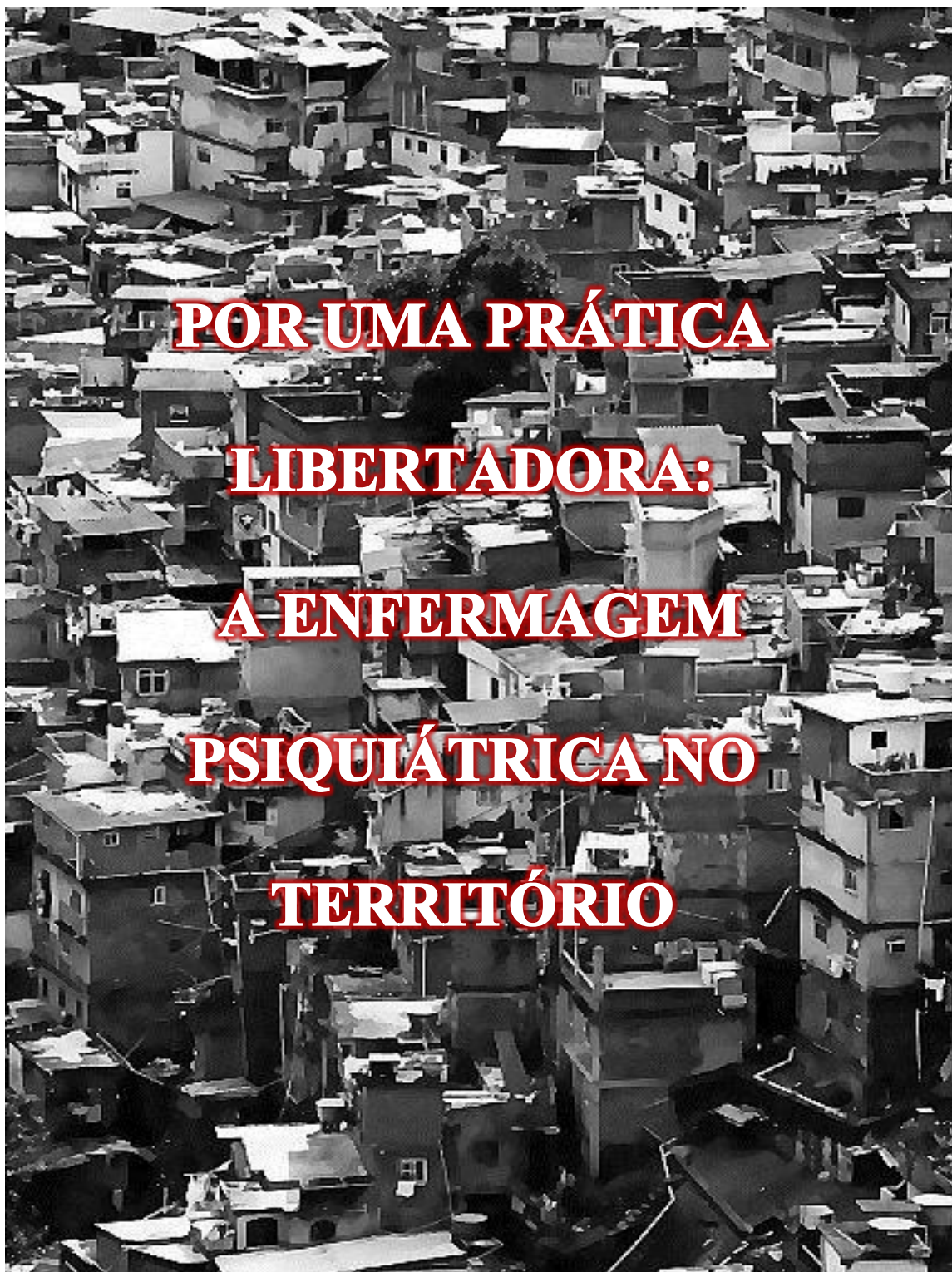


UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

VIRGINIA FARIA DAMÁSIO DUTRA



**POR UMA PRÁTICA
LIBERTADORA:
A ENFERMAGEM
PSIQUIÁTRICA NO
TERRITÓRIO**

Rio de Janeiro, 2015

POR UMA PRÁTICA LIBERTADORA:
A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NO TERRITÓRIO

VIRGINIA FARIA DAMÁSIO DUTRA

Tese de Doutorado submetida ao Corpo Docente da Escola de Enfermagem Anna Nery / Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ, como parte dos requisitos à obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosane Mara Pontes de Oliveira

Rio de Janeiro, 2015

POR UMA PRÁTICA LIBERTADORA:
A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NO TERRITÓRIO

VIRGINIA FARIA DAMÁSIO DUTRA

Tese de Doutorado submetido ao Corpo Docente da Escola de Enfermagem Anna Nery / Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ, como parte dos requisitos da primeira etapa para a obtenção do título de Doutor.

Avaliado por:

Prof^a. Dr^a. Rosane Mara Pontes de Oliveira
Presidente - Orientador

Prof. Dr. Pedro Gabriel Delgado
1^a Examinador

Prof. Dr. Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos
2^o Examinador

Prof^a. Dr^a. Edna Gurgel Casanova
3^a Examinadora

Prof. Dr^a. Maria Angélica de Almeida Peres
4^o Examinador

Prof^a Dr^a. Jaqueline da Silva
1^a Suplente

Prof.Dr^a. Rosane Mello
2^a Suplente

Rio de Janeiro, 2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UFRJ / BASE MINERVA

D978pr Dutra, Virgínia faria Damásio

Por uma prática libertadora: a psiquiátrica no território./Virgínia

Faria Damásio Dutra.— Rio de Janeiro, 2015.

178 f. : Il.; 30 cm

Tese (Doutorado)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 2015.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosane Mara Pontes de Oliveira.

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Psiquiatria comunitária. 3. Saúde mental. 4. Assistência centrada no paciente. 5. Serviço comunitário de saúde. I. Oliveira, Rosane Mara Pontes de . II. Título.

CDD. 610.73

Agradecimentos

À vida

Às pessoas que fazem parte da vida

E as pessoas que investiram na minha vida.

RESUMO

DUTRA, V. F. D. **Por uma prática libertadora: a enfermagem psiquiátrica no território.** Rio de Janeiro, 2015. Tese de doutorado (Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

A enfermagem psiquiátrica nasceu com a demanda da instituição psiquiátrica hospitalar, dentro do movimento de internação, perpassou pelo ambulatório e hospital dia e se reinventou com o nascimento e a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial. Para tal, precisou-se transformar e adotar a complexidade da contemporaneidade e atuar em diferentes espaços e considerar as mudanças na forma de existir e sofrer das pessoas. A partir do Referencial Teórico Intuir Empático (OLIVEIRA, 2005), constituído pelos constructos teóricos: escuta qualificada, empatia, prontidão para cuidar, cuidado pós-demanda, esperar e tempo, foi proposto incluir outros elementos relacionados ao fenômeno da inclusão do território na prática de enfermagem. Este estudo teve como objetivos: desenvolver, em parceria com as enfermeiras, um processo de construção do conceito de território para a clínica de Enfermagem Psiquiátrica inovadora a fim de sustentar o cuidado no CAPS III do município do Rio de Janeiro; e avaliar as mudanças na prática dos sujeitos da pesquisa refere nte ao cuidado psiquiátrico na perspectiva territorial. O caminho metodológico escolhido foi a Pesquisa Convergente-Assistencial pela oportunidade de construir junto com os atores sociais da enfermagem que atuam em Centro de Atenção Psicossocial, emoldurado pela abordagem psicossocial, constructos ligados à prática da enfermagem psiquiátrica no território. Os resultados apontaram quatro categorias: Por um Cuidado Ampliado de Enfermagem Psiquiátrica; Investimento no Sujeito Social; Cuidado afetivo; e Olhar Ampliado. Os sujeitos do estudo descreveram as práticas da enfermagem que acontecem no interior do CAPS e no território, nas discussões subsequentes, como também ressaltaram que o trabalho acontece de dentro para fora dos serviços, ou de fora para dentro, na dinâmica da construção clínica do cuidado para vida do sujeito. É notório o investimento no sujeito social através dos constructos: escuta qualificada, esperar, tempo, empatia e intuição. Constrói-se projetos terapêuticos embasados na atenção às necessidades da vida, na subjetividade dos sujeitos atendidos e na complexidade da Abordagem Psicossocial. A tese defendida confirmou que a construção do constructo território na clínica de Enfermagem Psiquiátrica, em parceria com as enfermeiras do CAPS III, modificou a prática da enfermagem sustentada na persp'ectiva territorial. A prática da enfermagem psiquiátrica no CAPS estudado se sustenta nos constructos do Intuir Empático e inclui o constructo mediar a autonomia. Isto significa que a partir do constructo esperar, as enfermeiras empoderam o sujeito social para usufruir da liberdade e autonomia inerente da condição de ser humano.

Descritores: Enfermagem Psiquiátrica. Psiquiatria comunitária. Saúde Mental. Assistência Centrada no paciente. Serviço Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

DUTRA, V. F. D. **By liberating practice: the psychiatric nursing in the territory.** Rio de Janeiro, 2015. Tese de doutorado (Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

Psychiatric Nursing was born with the demand of hospital psychiatric ward, within the movement hospitalization, pervaded the clinic and hospital day and reinvented itself with the birth and expansion of mental health services. For such, it had to be transformed and adopt the complexity of contemporary and act in different spaces and consider changes in the way of living and suffering people. From the Theoretical Intuit Empathic (OLIVEIRA, 2005), consisting of theoretical constructs: qualified listening, empathy, readiness to take care, after-care demand, and to hopes and time, it was proposed to include other elements related to the phenomenon include the territory in practice nursing. This study aimed to: develop, in partnership with the nurses, a construction process the concept of territory for innovative psychiatric nursing to support clinical care in CAPS III in the city of Rio de Janeiro; and evaluate changes in the practice of the research subjects related to psychiatric care in the territorial perspective. The methodological approach chosen was the Convergent Care Research for the opportunity to build with social actors of nursing who works in psychosocial care center, framed by the psychosocial approach, constructs linked to the practice of psychiatric nursing in the territory. The results showed four categories: The Extended Care Psychiatric Nursing; Investment in Social Subject; Affective care; Look Expanded. The subjects described the nursing practices that happens inside the CAPS and in the territory, in subsequent discussions, and also stressed that the work happens from the inside out of service, or from the outside out inside, in the dynamics of the construction of clinical care for life the subject. It is clear investment in social subject through the constructs: qualified listening, to hopes, time, empathy and intuition. It builds grounded therapeutic projects in attention to the needs of life, the subjectivity of the subject treated and in the complexity of Psychosocial Approach. The thesis defended confirmed that the construction of the territory construct in psychiatric nursing clinic, in partnership with the nurses CAPS III, modified the practice of nursing in sustained territorial perspective. The practice of psychiatry nursing in CAPS study is based on constructs of IntuitEmpathic and includes the construct mediate autonomy. This means that from the construct to hopes, nurses empower the social subject to take advantage of the inherent freedom and autonomy of the human condition.

Keywords: Psychiatric Nursing. Community psychiatry. Mental Health. Centered Care patient. Community Health Service.

RESUMÉ

DUTRA, V. F. D. **Pour une pratique libératrice: l'infirmière psychiatrique sur le territoire.** Rio de Janeiro, 2015. Tese de doutorado (Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

L'infirmière psychiatrique est née à la demande de l'institution hospitalier psychiatrique au sein du mouvement d'hospitalisation, il a couru à travers la clinique et hôpital jour et s'a réinventé avec la naissance et l'expansion des les Centres d'Attention Psychosociale. Pour cela, il a fallu transformer et adopter la complexité de la contemporanéité et d'agir dans différents espaces et considérer les changements dans la façon de vivre et souffrir de les personnes. À partir du Référentiel Théorique Intuit Empathique (OLIVEIRA, 2005), constitué par les constructions théoriques: écoute qualifiée, empathie, promptitude de prendre soin, soin après-demande, l'espoir et les temps, il a été proposé d'inclure d'autres éléments liés à l'inclusion du phénomène de territoire dans la pratique d'infirmier, Cette étude a été comme objectif: développer, en partenariat avec les infirmières, un processus de construction du concept de territoire pour la clinique d'Infirmier Psychiatrique innovatrice afin de soutenir les soins en CAPS III dans la municipalité de Rio de Janeiro; et d'évaluer les changements dans la pratique des sujets de recherche lié à des soins psychiatriques en perspective territoriale.

Le chemin méthodologique choisi a été la Recherche Convergente-Assistentielle pour l'opportunité de construire ensemble avec les acteurs sociaux de l'Infirmier qui travaillent dans le Centre d'Attention Psychosocial, encadré par l'approche psychosociale, structures liées à pratique d'infirmier dans le territoire. Les résultats ont évoqués quatre catégories: Par un Soins Élargi d'Infirmier Psychiatrique; Investissement dans le Sujet Social; Soins affectif; et Regard Élargi. Les sujets de l'étude ont décrit les pratiques d'Infirmier qui arrivent au sein de le CAPS et dans le territoire, dans le discussions qui ont suivi, ainsi que ont souligné que le travail se passe de l'intérieur vers l'extérieur des services, ou de l'extérieur vers l'intérieur, sur la dynamique de la construction clinique de soins pour la vie du sujet. C'est notoire l'investissement dans le sujet social à travers de constructions: écoute qualifiée, l'espoirs, le temps, l'empathie et l'intuition. Ils développent projets thérapeutiques enracinés en attention aux besoins de la vie, à la subjectivité des sujets aidés et à la complexité de l'approche psychosocial. La thèse défendue a confirmé que la construction de la structure territoriale dans la clinique d'Infirmier Psychiatrique, en partenariat avec l'infirmières du CAPS III, a modifié la pratique de l'infirmier soutenue en perspective territoriale. La pratique d'infirmier psychiatrique dans le CAPS étudiée est basée sur les structures de l'Intuit Empathique et comprend l'estructure pour médiatiser l'autonomie. Cela signifie que de l'estructure d'espoirs, les infirmières autonomisent le sujet social pour profiter de la liberté et autonomie inhérente de la condition de l'être humain.

Descripteurs: Infirmier Psychiatrique. Psychiatrie communautaire. Santé Mental. Assistance Centrée sur les patients. Service Communautaire de Santé.

ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Quadro 1: Resumo esquemático dos movimento da Reforma Psiquiátrica.	21
Quadro 2: Etapas da PCA	69
Quadro 3: Desenho das Etapas Metodológicas.	71
Quadro 4: O sentidos das práticas no Território.	81
Quadro 5 Nomenclatura das práticas das enfermeiras do CAPS Maria do Socorro	84
Quadro 6: Resumo das categorias, subcategorias e relação com Referencial Teórico.	124
Quadro 7: Descrição dos objetivo das práticas	139
Quadro 8: Princípios básicos para serem aplicados na comunidade pelos serviços de Saúde Mental.	142
Quadro 9: Princípios teórico-metodológicos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde.	147
Quadro 10: Exemplos de Práticas promotoras de vida, observada no CAPS	151
Tabela 1: Classificação por temática e datas das teses e dissertações.	31
Tabela 2: Perfil das Enfermeiras, sujeitos do Estudo.	79
Figura 1 – Teoria do Intuir Empático	59
Figura 2: O Esperançar e o investimento ao ser Humano.	103
Figura 3: Afeto a partir da tríade acolhimento, vínculo e cuidado.	106
Figura 4: O encontro do cuidador e a pessoa cuidada na perspectiva ampliada.	109
Figura 5: A relação afeto e cuidado.	110

LISTA DE SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

CNS – Conferência Nacional de Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

PCA – Pesquisa Convergente-Assistencial

PTS – Projeto Terapêutico Singular

TR – Técnico de Referência

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1.1. Problemática do Estudo.....	12
1.2. O Cuidado no Campo Psicossocial	19
1.3. O Cuidado e a enfermagem Psiquiátrica	25
1.4. Objeto de Estudo, Questão Norteadora, Tese e objetivos	26
1.5. Justificativa.....	27
1.6. Contribuição	28
CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	30
1.1. AS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NA TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA: ESTUDO DAS TESES E DISSERTAÇÕES.....	31
1.2. AS PRÁTICAS TERRITORIAIS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	42
CAPÍTULO 2 – RERERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO	55
2.1. O INTUIR EMPÁTICO NA CLÍNICA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NO TERRITÓRIO	56
2.2. A PESQUISA CONVERGENTE – ASSISTENCIAL - PCA	64
CAPÍTULO 3 – DESCRIÇÃO DO CAMPO E DOS SUJEITOS.....	68
3.1. DESENHO DO ESTUDO.....	69
3.2. CAMPO DO ESTUDO	69
3.3. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CAPS Maria do Socorro	71
3.4. OS SUJEITOS DO ESTUDO: As Enfermeiras	75
3.5. COLETA DE DADOS	76
CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÕES DOS RESULTADOS	81
4.1. 1ª Categoria - POR UM CUIDADO AMPLIADO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: Prontidão para cuidar.....	82
4.2. 2ª Categoria - INVESTIMENTO NO SUJEITO: esperar, tempo, escuta qualificada e cuidado pós-demanda	94
4.3. 3ª Categoria - CUIDADO AFETIVO: empatia, intuição.....	102
4.4. 4ª Categoria – OLHAR AMPLIADO	107
CAPÍTULO 5 – O CUIDADO NO TERRITÓRIO	123
5.1. A ABORDAGEM PSICOSSOCIAL E A PERSPECTIVA TERRITORIAL ...	124
5.2. DO HOMEM AO SUJEITO SOCIAL.....	130
5.3 O CASO ROCINHA	133
5.4 O CUIDADOS NO TERRITÓRIO.....	136
5.5 A PERSPECTIVA PRODUÇÃO DE VIDA	144
5.6. A CLÍNICA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NO TERRITÓRIO	151
5.7. MEDIAR A AUTONOMIA.....	156
CONCLUSÃO.....	160
REFERÊNCIAS	165
Anexos.....	175

INTRODUÇÃO

1.1. Problemática do Estudo

A clínica de enfermagem psiquiátrica representa o aparato técnico, científico e tecnológico da prática no campo da saúde mental. A ideia da clínica, sustentada em Foucault (2008), significa estar próximo (do grego *Klinê*, leito) para ouvir, observar e compreender como ajudar a pessoa que necessita.

Para Foucault (2008), o nascimento do hospital como instrumento terapêutico aconteceu no século XVIII, fundamentado na prática de visitas, observações sistemáticas e comparações entre hospitais. Enquanto que a medicina moderna e científica, ligada à economia do capitalismo, tornou-se medicina social por ter suas raízes na ciência de Estado (Alemanha), no enfoque na urbanização (França) e a medicina dos pobres e operários (Inglaterra). A medicina moderna é individual em apenas um aspecto: a relação médico-paciente. Assim, as demandas da medicina social estão além do cuidado do corpo do indivíduo, pois envolvem o social, a subjetividade, o desenvolvimento de potenciais de saúde e bem-estar coletivo.

Historicamente, a psiquiatria tornou-se objeto da medicina após o movimento de internação dos “loucos” nos grandes asilos e o enfoque clínico da loucura por Philippe Pinel. Inicialmente, o internamento era considerado caritativo, assim como qualquer assistência a internos. A gênese da enfermagem psiquiátrica no Brasil acontece com o primeiro hospital para doentes mentais da América Latina: Hospital Nacional dos Alienados, a partir da necessidade de cuidados intra-hospitalar. Como a laicização da assistência psiquiátrica, após o advento da República, rompeu-se assistência realizada pelas religiosas e deu espaço a enfermagem psiquiátrica. (PERES, 2008)

No entanto, a internação no hospital psiquiátrico estava centrada às questões do corpo (alimentação, higiene etc.) e do ambiente (ordem, controle etc.). E os avanços aconteceram no sentido de acompanhar a terapêutica proposta pela psiquiatria. Para Krischbaum (2000), o trabalho da enfermagem psiquiátrica avança com características diversificadas e heterogêneas devido aos novos equipamentos que surgiram com a restauração da assistência psiquiátrica no Brasil com objetivo de substituir gradativamente o hospital psiquiátrico.

Assim, de uma prática tipicamente de custódia desenvolvida nas instituições hospitalares passou-se ao cuidado de enfermagem voltado para reabilitação psicossocial daqueles que sofrem psiquicamente. A enfermagem nos hospitais dia, por exemplo,

passou a responsabilizar-se por projetos terapêuticos, coordenação de atividades grupais e individuais, como também produzir uma transformação no modo de aprender e intervir, o que levou a enfermagem a buscar na clínica fundamentos para a realização do cuidado em saúde mental. (KIRSCHBAUM, 2000)

No Brasil, a partir da década de 70, como processo de crítica ao modelo hospitalocêntrico, dentro do movimento da Reforma Psiquiátrica, as discussões da enfermagem passam avançar no sentido de prestar um cuidado mais efetivo, o qual deve contribuir para o bem-estar. Em pesquisa realizada na Base de teses e dissertações da Capes sobre Enfermagem psiquiátrica, observou-se que: 1) Até a década de 90, as publicações, em sua maioria, importavam-se com as ferramentas e delineamento da clínica da enfermagem psiquiátrica; 2) após década de 90, fortalecem os estudos sobre os hospitais dia e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e a importância da transformação do fazer da enfermagem psiquiátrica essencialmente focado no usuário do serviço de saúde, agora cidadão; 3) após o ano 2000, observa-se o enfoque das publicações nas relações da rede de cuidados para assegurar o direito a saúde e atender a complexidade da demanda de cuidado dos que sofrem psiquicamente.

Resumidamente, a enfermagem psiquiátrica nasceu com a demanda da instituição psiquiátrica hospitalar dentro do movimento de internação, perpassou pelo ambulatório e hospital dia e se reinventou com o nascimento e a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Para tal, precisou-se transformar e adotar a complexidade da contemporaneidade e atuar em diferentes espaços.

Neste processo de transformação da prática de enfermagem psiquiátrica, passou-se a criticar a assistência, exclusivamente realizada no interior de uma instituição, como insuficiente para alcançar a reabilitação psicossocial e/ou o mais alto nível de saúde possível para a pessoa cuidada. Ao considerar as demandas existenciais da pessoa cuidada e as articulações necessárias para atendê-las, o trabalho da enfermagem grita por ações para além do interior do serviço e que envolvam o contexto social do usuário. Considerando o homem como ser complexo, bio, psíquico, social, histórico, a clínica da enfermagem psiquiátrica é também a clínica da vida, com todo tipo de sofrimento que possa acontecer enquanto se vive. Assim, é preciso considerar a pessoa, o contexto em que vive e seus problemas de saúde, é o que chamamos de clínica ampliada (BRASIL, 2007).

A partir da década de 90, o termo território começa aparecer nos documentos oficiais das Políticas Públicas, conferências e legislação. Segundo Brasil (2005, p. 26),

“O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos”.

A noção de território aparece pela primeira vez na II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNS) (BRASIL, 1994) como forma de dar à distritalização em saúde mental um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico e ainda garantir a criação de mecanismos de avaliação da qualidade dos serviços que enfatizem o conhecimento da realidade local e da natureza do cuidado prestado. Na III CNS (BRASIL, 2001), esse conceito aparece frequentemente no intuito da garantia da criação de uma rede de atenção às pessoas com transtornos mentais de acordo com suas necessidades, considerando os dados epidemiológicos e a realidade local de cada município, enfocando: atenção integral, território, acesso, gratuidade e intersetorialidade. Entende-se assim: a rede como um conjunto de unidades e ações articuladas em um território, na qual contempla a singularidade de cada território, além de valorizar os saberes e as experiências das pessoas.

Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora (BRASIL, 2005, p.25 e 26):

“A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico é crucial para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Esta rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede se conforma na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. (...) É, portanto, o fundamento para a construção desta rede a presença de um movimento permanente, direcionado para os outros espaços da cidade, em busca da emancipação das pessoas com transtornos mentais. (...) É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais”.

Considerando o território como a designação do espaço geográfico, somado ao espaço simbólico, aos saberes e práticas culturais e a tudo que acontece naquele espaço, a problemática do estudo concentra-se no fato de que, na construção da clínica da enfermagem psiquiátrica, a questão do território não é considerada, ou seja, na transição paradigmática do campo da saúde mental e nos avanços da enfermagem psiquiátrica, faz-se necessário incluir a lógica do território nas suas práticas.

Considera-se, neste estudo, práticas territoriais como sendo as ações de saúde que se movimentam de dentro do CAPS para fora ou que acontecem totalmente imersas no território, com objetivos de fortalecer a saúde dos cidadãos no contexto em que vivem. As ações de cuidados territoriais são aquelas centradas na promoção de vida comunitária ou individual e, conseqüentemente, no desenvolvimento de possibilidades locais de desenvolvimento. Assim, são atividades com a finalidade de proporcionar ao usuário e/ou comunidade autonomia, cidadania e bem-estar.

A expressão territorial aproxima-se da ideia de uma assistência que acontece no contexto de vida dos cidadãos cuidados, mas diverge do termo Psiquiatria Comunitária, que surgiu no contexto nos Estados Unidos, baseado no movimento Psiquiatria Preventiva. Esse movimento foi um dos programas da Política de Saúde do Presidente Kennedy, dividida em três programas: prevenção primária (reduzir os transtornos mentais numa comunidade); prevenção secundária (reduzir a duração dos transtornos mentais); e prevenção terciária (reduzir a deterioração dos transtornos mentais). (SOARES, 1997)

A reforma psiquiátrica aconteceu em outros países como França, Inglaterra, Espanha, Portugal, e trouxe na sua essência a mudança do hospital psiquiátrico como centro da assistência psiquiátrica, a inclusão de práticas comunitárias. No entanto, a Reforma Psiquiátrica Brasileira está fundamentada na Psiquiatria Democrática Italiana, que se sustenta na perspectiva do território.

Nas publicações de teses e dissertações do Portal CAPES (maio de 2012), com a expressão enfermagem psiquiátrica, encontramos 288 publicações, destas, 110 tinham como tema práticas no campo da saúde mental e 11 abordavam a construção teórica desta prática, mas não falavam verticalmente a questão das práticas territoriais no campo da saúde mental. Estas publicações abordam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de base territorial, a articulação dos serviços de enfermagem com outros serviços de saúde, experiências de cuidados exitosas, o trabalho em grupos, ferramentas para a prática de enfermagem em saúde mental, tais como: comunicação e relacionamento terapêutico, acompanhamento terapêutico, visita domiciliar, acolhimento, escuta, atividade física, entre outras.

Existe uma preocupação com as práticas de enfermagem psiquiátrica que atendam a exigência das políticas atuais de saúde mental (serviços de base territorial, conceito ampliado de saúde etc.), ou seja, preocupa-se com as demandas psicossociais de cuidado dos usuários, mas não deixam claros conceitos e práticas de cuidados no território. Estudos que abordam os subsídios teóricos e a clínica da enfermagem

psiquiátrica não trazem diretamente as práticas de cuidado valorizando as questões territoriais para o bem-estar daqueles que cuidamos.

Na busca na Biblioteca Virtual de Saúde (julho 2012) com a expressão enfermagem psiquiátrica, foram encontradas 16474 publicações. Utilizando os filtros: tipo-artigo, texto completo, assunto principal enfermagem psiquiátrica, ano 2001 a 2011, foram localizados 384 artigos. Destes, 17 publicações têm como assunto principal cuidado de enfermagem, sendo que apenas sete tratam da enfermagem que atua em serviços de base territorial ou práticas relacionadas com essa perspectiva. Entre os temas que sustentam o cuidado de enfermagem, dos sete artigos estão: referencial humanístico, reabilitação psicossocial, abordagem a família, visita domiciliar, atuação da enfermagem nos CAPS e outros serviços abertos.

Em um estudo bibliográfico, de natureza qualitativa, nas bases de dados SCIELO (Brasil) LILACS E PsycINFO, utilizando os termos saúde mental e cuidado (ou mental health e care), foram analisadas 249 publicações. Nas publicações latinas e brasileiras, prevalecem os assuntos: estratégias de assistência, políticas para atenção em saúde mental, demanda da população para cuidados em saúde mental, ética e rede de cuidados na comunidade. Na base de dados PsycINFO, de origem norte-americana prevalecem os assuntos: neuroanatomia cerebral, marcadores biológicos nos problemas de saúde, papel do otimismo/pessimismo/afeto na saúde mental, saúde mental de grupos, ocorrência de transtornos mentais em determinados grupos, violência, dependência e comportamento de grupos (DUTRA, 2011). Assim, fica evidente que a proposta de atenção à saúde mental brasileira está mais próxima do cuidar, enquanto que a norte-americana está voltada para o tratamento, mesmo que as duas se preocupem de modos diferentes com o cuidar e o tratar. E, ainda, observa-se uma preocupação latina e brasileira quanto ao cuidado territorial.

No entanto, no Brasil, o processo de transmutação das práticas hospitalares para práticas psicossociais acontece envolto por conflitos, avanços e retrocessos. Torna-se muito difícil para a enfermagem adotar as perspectivas contemporâneas, considerando suas experiências históricas da modernidade, onde o poder e os prestígios são opostos. Para Foucault (2008, p. 114), “a verdade aí não é aquilo que é, mas aquilo que se dá: acontecimento”. E este se produz movido pelo que se buscava, o qual acontece numa relação ambígua, reversível e que luta belicosamente por controle, dominação e vitória: uma relação de poder.

Um estudo de Zerbetto, Efigênio, Santos e Martins (2001), com objetivo de discutir o trabalho de profissionais de enfermagem em um CAPS, concluiu que os

fatores predisponentes para as dificuldades no cotidiano do trabalho permeiam as dimensões teórico-conceituais (concepção de processo saúde-doença mental, Reforma Psiquiátrica e território). Enquanto as dificuldades que envolveram o âmbito técnico-assistencial abrangem, principalmente, as relações da enfermagem com os familiares dos usuários.

Neste estudo, os profissionais de enfermagem consideraram a Reforma Psiquiátrica somente no âmbito da organização estrutural dos serviços e das técnicas terapêuticas. Quanto ao território, a compreensão dos entrevistados refere-se à área geográfica como regionalização do serviços e constituição da rede de atenção. Quanto às atividades desenvolvidas pela enfermagem, envolvem: medicação, cuidados com o corpo, atividades em grupo, consulta de enfermagem, acolhimento, triagem e ambiência. Ou seja, não apontam atividades fora da instituição ou busca de possibilidades fora do CAPS. As relações estabelecidas dentro da instituição ou com familiares dos usuários são apontadas como dificuldades.

Deste modo, Zerbetto, Efigênio, Santos e Martins, (2001, p. 107) ressaltam que a ampliação da dimensão epistemológica do território possibilitaria uma melhor intervenção técnico-assistencial. Dessa maneira, a enfermagem amplia seu campo de intervenção (inclusão de outros cenários) para uma abordagem mais efetiva na rede social a partir do investimento nos vínculos significativos para o usuário. Para tanto, faz necessário a ‘desinstitucionalização’ dos profissionais do CAPS.

Corroborando com os resultados deste estudo, Abuhab, Messenberg, Fonseca, Aranha e Silva, e Santos (2005), em um estudo sobre o trabalho em equipe no CAPS, afirmam que os entraves localizam-se nas dificuldades de cada membro da equipe em superar sua própria visão pessoal sobre o trabalho. No entanto, concordam que, para a proposta de reabilitar pessoas, são necessárias reuniões da equipe, com organização e reflexão pessoal e coletiva dos participantes. Mas o que fica evidente é a ambivalência dos trabalhadores do CAPS III estudado em relação à reunião diária da equipe e ao engajamento no trabalho em equipe multiprofissional, isto é, reconhecem os dispositivos como instrumentos de coesão e também como inoperantes.

No entanto, Krischbaum (2009), em um estudo sobre as concepções dos trabalhadores de enfermagem para desenvolver os cuidados aos sujeitos psicóticos num Centro de Atenção Psicossocial, encontrou uma diversidade no modo de conceber as finalidades e as características do objeto ligadas aos saberes que embasam a formação de cada concepção, a saber: se inspira na Atenção, na Reabilitação Psicossocial e na Psicanálise; ressignifica princípios de vertentes da Reabilitação e resgata aspectos do

tratamento moral; e traduz a ideia de núcleo e campo profissional. Conclui-se o estudo reafirmando a necessidade de investimento na produção de um *corpus* conceitual e de práticas que possibilitem mudanças de posição dos trabalhadores na produção de serviços do CAPS.

Uma investigação de Kantorski, Hypolito, Willrich e Meirelles (2010) sobre a atuação do enfermeiro em um CAPS divide as atividades em dois tópicos: Meios de trabalho do enfermeiro ressignificados no modo psicossocial (atividades de administração e medicação, cuidado com a higiene pessoal, atividades burocráticas etc.) e Meios de trabalho do enfermeiro construídos no modo psicossocial (atividades de acolhimento, atenção individualizada, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, assembleias, reunião de equipe, visitas domiciliares, atividade de lazer/socialização, etc.). As atividades realizadas no modelo hospitalocêntrico continuam, no entanto necessitam ser ressignificadas, por exemplo, a medicação não é mais um meio básico para o tratamento, mas é necessária para minimizar sintomas para facilitar a participação do sujeito em atividades terapêuticas propostas no modelo psicossocial. Ambos os tópicos da atuação se sustentam no olhar ampliado do enfermeiro, com objetivos voltados para as necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico, visto como centro da terapêutica.

Considerando o movimento da Reforma Psiquiátrica como dinâmico e permanente nos eixos teórico-conceituais, técnico-assistenciais, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2007), espera-se que nos quatro eixos sejam perpassadas as transformações mentais dos atores do campo da saúde mental e da sociedade. Entretanto, tal processo acontece em relações ambíguas de conflito, com desconstruções, ressignificações e invenções, numa perene busca de evolução sociocultural.

A clínica da enfermagem psiquiátrica ou a clínica do bom cuidado define-se por Teoria do Intuir Empático (OLIVEIRA, 2005), a qual é constituída pelos constructos teóricos: escuta qualificada, empatia, prontidão para cuidar, cuidado pós-demanda, esperar e tempo. O bom cuidado acontece com a atitude humana sustentada nestes conceitos num processo dinâmico e indivisível. E mesmo o “bom cuidado” da enfermagem psiquiátrica transformou-se com as demandas da Política de Saúde do Brasil e foi necessário incluir outros elementos relacionados ao fenômeno da inclusão do território na prática de enfermagem, isto é, o lugar de ação da enfermagem psiquiátrica teve sua gênese hospitalar, perpassou pelo CAPS e agora assume o

território. No entanto, a perspectiva da lógica do território não está claramente contemplada na Clínica de Enfermagem Psiquiátrica.

1.2. O Cuidado no Campo Psicossocial

A II Conferencia Nacional de Saúde Mental, no seu texto final, aponta a necessidade de romper com a usual hegemonia e a concepção compartimentalizada do sujeito com as dissociações (mente/corpo, trabalho/prazer). Assim, fez-se necessário construir: 1) mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico; 2) diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental; 3) uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas.

A II CNSM (BRASIL, 1994, p. 7) dá forma ao campo psicossocial quando afirma que:

“A atenção integral em saúde mental deverá propor um conjunto de dispositivos sanitários e socioculturais que partam de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenção (educativo, assistencial e de reabilitação). Deve referir-se aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação. A rede de atenção deve substituir o modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços, diversificada e qualificada, através de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidades de atenção intensiva em saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tenham como princípio a integridade do cidadão. Os serviços devem transformar-se em verdadeiros laboratórios de produção de saúde e de vida, nos quais seja resgatada a história e a cidadania dos indivíduos”.

No texto da II CNSM, além das configurações do aparato físico da atenção psicossocial e definir a rede de saúde mental, aponta-se a relação dos serviços como dispositivos estratégicos, lugares de sociabilidade e produção de subjetividade articuladas aos recursos do território. E, ainda, traz como um imperativo quanto aos modos de cuidar em saúde mental: a produção de saúde e vida, ou seja, a rede de atenção à saúde é composta por um aparato objetivo e um subjetivo: a rede de serviços; as redes de apoio; as relações humanas; as oportunidades do território; as produções socioculturais e, conseqüentemente, de produção de saúde e subjetividades.

Os CAPS, como dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica, organizam a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais e são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado, dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica, entre outras responsabilidades (BRASIL, 2004).

Outro conceito para as práticas em saúde mental é clínica ampliada, como espaço que valoriza a pessoa, o contexto em que se vive e seus problemas de saúde. A ideia é justamente ampliar (de clínica enquanto individual) para a vida em sociedade. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p.12) define clínica ampliada como:

“Um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular;
Assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde;
Buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade;
Reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas”.

Um aspecto fundamental da clínica ampliada, além da busca de autonomia para os usuários, é equilibrar o combate à doença com a produção de vida. Nos Serviços de saúde mental, essa ideia de clínica vem sendo reconstruída nas práticas de atenção psicossocial, provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais, como nos coloca o Manual do CAPS (BRASIL, 2004, p.17):

“O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial também tem revelado outras realidades, isto é, as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço”.

Nessa proposta, ampliam-se os espaços em que se atende, num exercício de pensar em redes comunitárias e solidárias em busca de fortalecimento não mais de corpos, mas de famílias, grupos e comunidades. Assim, constitui-se num processo permanente de construção de reflexões e transformações que acontece ao mesmo tempo no fazer dos profissionais e na vida das pessoas.

O norteador deste conceito é o princípio da integralidade. Através do qual, o conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema, as

transformações de práticas, de valores culturais e sociais, estão além do cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais, estão simplesmente onde a clínica ampliada acontece.

Analisando a publicações do Ministério da Saúde, nas últimas décadas da Reforma Psiquiátrica, foi realizado um resumo esquemático sobre a questão do território.

Quadro 1: Resumo esquemático dos movimentos da Reforma Psiquiátrica. Fonte: (DUTRA, 2010).

	1ª Fase (1978- 1991)	2ª fase (1992-2000)	3ª fase (2001 - atual)
O movimento da Reforma Psiquiátrica	Prevalece as críticas ao Modelo Hospitalocêntrico	A implantação, a regulamentação e o fortalecimento da Rede extra-hospitalar de atenção em saúde mental	A Reforma Psiquiátrica depois da lei 10.216: os direitos de cidadania dos usuários e a integralidade
Conferências	1887– I Conferência Nacional de Saúde Mental	1990 - Declaração de Caracas e 1992 - II Conferência Nacional de Saúde Mental	2001-III Conferência Nacional de Saúde Mental / 2010 IV Conferência Nacional de Saúde Mental
Tema CNSM	Por uma sociedade sem manicômio	Reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil	Cuidar Sim, Excluir não / Intersetorialidade
Resumo da CNSM	Criticava o modelo e buscava formas terapêuticas de assistência	Fortalecimento da rede de saúde mental	Direitos, cidadania, controle social/ Extrapolam-se os limites do campo saúde mental
Lugar da pessoa que sofre psicologicamente	Hospital psiquiátrico	Nos Serviços de saúde mental	A complexidade do Território
Enfermagem	Enfermagem psiquiátrica	Enfermeira especialista em saúde mental	Agente de cuidados no território

O quadro esquemático destaca-se três momentos da Reforma Psiquiátrica: a crítica ao modelo hegemônico hospitalocêntrico; a construção da rede extra-hospitalar como lugar para atendimento daqueles que sofrem psicologicamente; e a busca por cidadania e pelos direitos à saúde através da intersetorialidade e os recursos do território. Deste modo, a partir do progresso do movimento da Reforma Psiquiátrica, o lugar de produção de saúde mental (ou produção de vida) é a complexidade do território onde se vive.

Em meados da segunda fase, percebeu que a institucionalização estava apenas mudando de instituição (hospital Psiquiátrico-CAPS), então houve um movimento para extrapolar o atendimento que acontecia no CAPS e na rede de saúde mental para

alcançar as redes do território. Visando o cuidado que envolve a dinâmica da vida (não só a pessoa em sofrimento) e, conseqüentemente, inclui os serviços territoriais, os seus recursos e a produção de vida.

A enfermeira psiquiatra não está mais cercada por paredes, normas e rotinas institucionais, ela está onde vive/sofre a pessoa que demanda cuidados. Fez-se necessário a construção de outros modos, outros valores, outros recursos em prol do mesmo objeto da enfermagem psiquiátrica: cuidar daqueles que não conseguem fazê-lo sozinhos.

A lógica do território substancia-se nos modos de expressão cultural, a oferta, a organização, a distribuição e o acesso aos serviços, modos de produção de sentidos ao lugar que se habita, portanto, é nele também que se produzem modos alternativos, linhas de fuga, de criação de novos territórios existenciais, espaços de afirmação de singularidades.

A questão do cuidado nos territórios perpassa pela vida emergida na dinâmica deste, assim como nos modos de fazer daqueles que propõe cuidar. A saúde apresenta um complexo viver que envolve as dimensões biológicas, sociais, psíquicas, econômicas, entre outras necessidades valorizadas pelo grupo. A rede de cuidado no território compreende uma trama de relações sociais pautadas na intenção de aumentar o nível de saúde naquele território. As ações envolvem alianças, negociações, superações e mudanças, pautadas no relacionamento entre pessoas: atores sociais ou instituições. Desse modo, a técnica envolve várias dimensões, em interações simultâneas permeadas de conflitos e transcendência.

Para estudar o espaço onde se constitui as práticas de cuidado, optou-se por Milton Santos (1979), o qual afirma que o território constrói o sujeito. Através do movimento se faz a ciência humana, ou seja, a forma com ocupamos o espaço, ressignificando a cada instante. O território engloba as características físicas de uma dada área e também as marcas produzidas pelo homem. Há uma inseparabilidade estrutural, funcional e processual entre a sociedade e o espaço geográfico.

A partir da noção de espaço como um conjunto indissociável de sistemas de objetos e de sistemas de ações, criam-se categorias analíticas, as quais são denominadas como: paisagem, configuração territorial, divisão territorial do trabalho, espaço produzido ou produtivo, rugosidades e formas de conteúdos. (SANTOS, 1979)

Dessa maneira, entre os recortes espaciais de problemas da região e do lugar, das redes e das escalas, impõem-se uma realidade do meio com seus diversos conteúdos (artifícios e complementaridade) entre a tecnosfera e a psicofera (SANTOS, 1979). O

conteúdo geográfico do cotidiano inclui-se entre esses conceitos operacionais próprios da realidade do espaço geográfico juntamente com a questão de uma ordem mundial e uma ordem local. O resultado desse processo complexo causa reflexos no modo de vida que acontece no território, seja de forma civilizatória ou de forma violenta. A técnica é oferecida como um sistema realizado combinadamente através do trabalho, as formas de escolha, dos momentos e os lugares do seu uso (SANTOS, 2010).

Mesmo considerando o território como um espaço geográfico com sua história, seus saberes, práticas e valores, não é possível pensá-lo de forma isolada, visto que o processo social está em constantes inter-relações com outros territórios, espaços, tempos e culturas. Assim, um território sofre constantemente modificações realizadas pelas relações entre seus atores ou deles com outros territórios, assim como as práticas de cuidado reproduzem novos modos de viver.

A proposta de Reabilitação Psicossocial surge ainda nos moldes hospitalocêntrico, mas ganha forças com as críticas. Saraceno (1999) ressalta que seria compreendida pelo conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo, conseqüentemente, suas desabilitações e a deficiência, podendo, também, no caso do transtorno mental, diminuir o dano. Goldemberg (1994) analisa histórias de usuários de serviços de saúde mental que aumentaram as desabilidades a partir das restrições das instituições que deveriam ajudá-los a viver melhor. O autor faz ainda uma comparação com as experiências de atendimento para reabilitação em três países: França, Portugal e Itália. Essa análise, respectivamente, nos chama atenção pelas particularidades de cada território: as possibilidades terapêuticas de viver em uma instituição complexa, a valorização da maneira que as pessoas vivem nas cidades e a mudança radical do hospital para a comunidade.

Para que ocorra uma efetiva reabilitação, é importante a reinserção da pessoa na sociedade da forma que lhe é mais significativa. Para tanto, a reabilitação envolve os profissionais, todos os atores do processo de saúde doença, ou seja, toda a comunidade. Reabilitar é melhorar a capacidade do portador de transtornos mentais, seja através da aprendizagem, do trabalho, da socialização e da adaptação de forma mais naturalizada possível.

O que provoca sofrimento psíquico ou contribui para o desencadeamento do transtorno mental são situações difíceis, nestas ocasiões, as capacidades de enfrentamento se encontram reduzidas. Assim, isolar a pessoa em sofrimento reafirma a incapacidade para a vida, então, o caminho da reabilitação é o oposto: ajudá-lo a participar ativamente da sociedade. A reabilitação é ampliada de acordo com as

possibilidades de novas ordenações para a vida. Desse modo, não se ancora as expressões aptos e não aptos, seja, no âmbito pessoal, social ou familiar, aposta-se no potencial humano para se reinventar mesmo com adversidades.

O foco da reabilitação consiste na reconstrução, um exercício pleno de cidadania. Saraceno (1999) define três eixos nos quais se constroem o aumento da capacidade contratual dos usuários: a moradia, a troca de identidades e a produção e troca de mercadorias e valores. Quanto à moradia, as pessoas habitam um lugar com um grau evoluído de propriedade. Habitar o local onde se vive representa um grau maior de contratualidade em relação ao material simbólico dos espaços e dos objetos. A terapêutica envolve a busca por uma noção de casa que é construída com base nos significados dos usuários. No segundo eixo, troca de identidades, trata-se de eventos considerados singulares para quem os realiza cotidianamente: trocar palavras, discutir assuntos, frequentar uma praça junto com outras pessoas, nos quais se constrói a noção de identidade. O autor argumenta que desabilitação é também empobrecimento da rede social, perda quantitativa e qualitativa desde o relacionamento familiar e da rede social.

Quanto ao terceiro eixo, produção e troca de mercadoria e valores, o trabalho aparece como indicador do funcionamento social e da faculdade intrapsíquica de adaptação. A produção de redes e oportunidades de trocas gera trabalho, bens, comunicação e relações, reforçando as redes sociais do usuário. O trabalho contempla os valores econômicos da nossa sociedade.

Ao valorizar-se, paralelamente, no cuidado em saúde mental, a dignidade, a cidadania, a humanização, a escuta, o autocuidado, a autorecuperação, o relacionamento terapêutico, as possibilidades de trocas, o cuidado está tomando um novo rumo. A proposta de reabilitação é composta de um conjunto de atividades, como oficinas, trabalhos em grupo e individuais, passando por atividades como teatro e artes plásticas, visitas domiciliares, atendimento aos familiares. Essas atividades devem ser feitas por um profissional capacitado que saiba realizar a integração, trocas sociais e afetivas, melhorar a autoestima, entre outros benefícios. A restituição da subjetividade destes usuários estaria ligada à recuperação da contratualidade, ou seja, da posse de recursos, materiais e afetivos, para as trocas sociais.

1.3. O Cuidado e a enfermagem Psiquiátrica

O Cuidado inclui as ações para manter, conservar, recuperar e desenvolver o ser humano. O objetivo é auxiliar a pessoa a alcançar uma melhor condição de vida, seja melhorando a saúde do corpo, o nível de bem-estar, a saúde mental e a vida comunitária. No entanto, o cuidado profissional, como forma de auxiliar a pessoa nas grandes passagens da vida, ocorre quando ela própria ou seus próximos não conseguem fazê-lo, valorizando a pessoa e o crescimento humano na reconstituição da sua condição de saúde. (COLIERE, 1999)

Para Carvalho (2006):

“A enfermeira como fulcro de um processo do qual emerge a prática de enfermagem entendida como a ciência e a arte de ajudar a indivíduos, grupos e comunidades em situações nas quais não estejam capacitadas a promover o autocuidado para alcançar seu nível ótimo de saúde”.

A enfermagem psiquiátrica propõe ajudar as pessoas a alcançar seu melhor nível de bem estar, seja no âmbito individual ou coletivo e para tal, utiliza-se dos recursos disponíveis e necessários a cada caso. Assim, o cuidado a uma pessoa em sofrimento mental a envolve, a família, ou amigos, os vizinhos, os recursos do bairro onde mora (comércio, serviços de saúde, serviços de assistência social, laser, entre outros) e demais estruturas conforme as suas afinidades e história de vida.

A Enfermagem Psiquiátrica inclui os recursos teóricos para os enfermeiros que atuam nos serviços da rede de saúde mental ordenem as práticas de cuidado individual e práticas de saúde coletivas, além de buscar na multidisciplinariedade subsídios para o cuidado. Mesmo considerando os conhecimentos da enfermagem moderna e atual do campo da saúde mental, não está declarado a inclusão do território (ou mesmo questões sociais) na prática da enfermagem, mesmo sendo fundamentada no humanismo.

Oliveira (2005) questiona se as dificuldades das enfermeiras em nomear a ação de cuidado (hospitalar) estariam assentadas em conceitos e práticas históricas da formação que privilegiam aspectos técnicos e da doença, abandonando aspectos do humano. Aponta ainda que as ações de cuidado acontecem, mesmo sem fundamento claro para as enfermeiras, e constata que estas ações não são planejadas e acontecem mediadas pela necessidade de resolução das necessidades da pessoa cuidada, como se não fosse parte do fazer da enfermagem psiquiátrica.

Na busca de recursos teóricos para enfermagem psiquiátrica, Oliveira (2005) propõe o Intuir Empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra que conjugam ciência, intuição e arte. A proposta teórica aponta um cuidado

criativo, sensível e singular que implica no movimento de investir na pessoa cuidada. Para tal, utiliza-se da experiência, conhecimento, empatia e solidariedade. A enfermeira psiquiatra se importa e utiliza-se da: escuta qualificada, prontidão para cuidar, tempo, esperança e da empatia.

Com objetivos de aumentar os níveis de bem-estar daqueles que cuidamos, considerando as singularidades e a complexidade dos seres cuidados, isso remete ao imperativo de produção de vida e subjetividade proposta também pela Política de Saúde do Brasil. Faz-se necessário esclarecer que a enfermagem psiquiátrica, historicamente, se ocupa deste imperativo, no entanto, ainda não deixa clara a questão das práticas territoriais como forma de produção de vida e subjetividade.

Martines e Machado (2010) compreendem que a noção de subjetividade estende a todos que estão envolvidos na produção cotidiana do cuidado que se encontra em territórios específicos. A produção de cuidados e subjetividades perpassa os espaços, a relação, a recuperação/retomada da vida, traduzidos na produção de sentidos a partir dos aspectos sociais, históricos, políticos, econômicos, institucionais e suas ações estruturantes das subjetividades dos homens.

Deste modo, a produção de subjetividade não se constrói no plano individual, porque o sujeito é social, ela implica em coisas anteriormente significadas a respeito das necessidades do sujeito (hábitos, modos de compreender e de viver), é um processo de negociação em torno das intenções de cada sujeito. Assim, o caráter dessa ação é relacional e contingente de identidades e historicidade dos indivíduos e grupos.

As autoras compreendem as conexões entre a produção de cuidado e subjetividade na tensão de duas forças: a dicotomia do ser-fazer técnico e o cuidado sensível; e a dimensão global, da integralidade, da intersubjetividade, do ser social e o cuidar em relação. As vias de produção de cuidado são resultantes de forças e recursos que agem e reagem nesse território de produção num conjunto dinâmico de intenções e significações reelaboradas no plano da subjetividade.

1.4. Objeto de Estudo, Questão Norteadora, Tese e objetivos

O objeto de estudo compreende as práticas de cuidado territoriais dos enfermeiros que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial III.

Questão norteadora: qual a contribuição da construção compartilhada do constructo teórico baseado na prática das enfermeiras no território para a Clínica de Enfermagem Psiquiátrica?

Objetivos:

1. Desenvolver, em parceria com as enfermeiras, um processo de construção do conceito de território para a clínica de Enfermagem Psiquiátrica inovadora para sustentar o cuidado no CAPS III do município do Rio de Janeiro;
2. Avaliar as mudanças na prática dos sujeitos da pesquisa referentes ao cuidado psiquiátrico na perspectiva territorial.

A tese a ser defendida é que a construção do constructo território na clínica de Enfermagem Psiquiátrica, em parceria com as enfermeiras do CAPS III, modifica a prática da enfermagem sustentada na perspectiva territorial.

1.5. Justificativa

Considerando: a Lei N° 10.216, de 06 de Abril 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Nesta, são direitos da pessoa portadora de transtorno mental: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; entre outros direitos.

E a Portaria n° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que determina que os Centros de Atenção Psicossocial III (Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes) devem possuir as seguintes características: a) constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e fins de semana; b) responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território; c) possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; d) coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; e) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial; f) realizar e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos

essenciais para a área de saúde mental; g) estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, o qual fará o suporte de atenção médica.

Nesta mesma portaria, a assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades: a) atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); b) atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c) atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; d) visitas e atendimentos domiciliares; e) atendimento à família; f) atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social; g) acolhimento noturno, nos feriados e fins de semana, com no máximo cinco leitos, para eventual repouso e/ou observação; e h) os pacientes assistidos receberão refeições.

As práticas dos enfermeiros que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial III utilizam-se do território na busca de cuidado ampliado e integral. As mudanças no campo psicossocial das últimas três décadas conduziu a enfermagem psiquiátrica a transformações das suas práticas, bem como a ampliação da clínica da enfermagem psiquiátrica.

A relevância deste estudo está na construção teórico e na reflexão da prática de enfermagem psiquiátrica no principal serviço da rede de saúde mental. É relevante por promover a discussão que corresponda ao contexto atual, por tratar da enfermagem na transição paradigmática no campo da saúde mental e abordar a inclusão do elemento lógica do território na clínica de enfermagem psiquiátrica.

1.6. Contribuição

A contribuição para a assistência está ligada aos modos de cuidados dos enfermeiros do CAPS, isto é, na reflexão sobre o fazer dos enfermeiros voltada para a autonomia e protagonismo do usuário.

Colabora para a construção teórica da enfermagem psiquiátrica, na discussão dos elementos construtivos e, principalmente, na transversalidade do território em todos os âmbitos do cuidado, e para a reflexão da enfermagem psiquiátrica fora do hospital psiquiátrico, ou seja, o cuidado de enfermagem nos diferentes lugares: CAPS, domicílio, espaços dos bairros, entre outros onde os usuários possam estar.

Coopera para o ensino da enfermagem psiquiátrica ampliada e integral, de maneira a produzir definições e discussões mais concretas na prática da enfermagem

psiquiátrica. A prática de enfermagem voltada para autonomia e protagonismo dos usuários no território facilita o entendimento do cuidado ampliado e contribui para a autonomia da enfermagem. Dessa forma, constrói a identidade do enfermeiro perante a sociedade como um profissional que se ocupa do bem-estar da comunidade, prestando cuidado ampliado.

Trabalhar sob a lógica do território significa ampliação da ideia de promoção da saúde mental na comunidade e não apenas o cuidado daquela pessoa que procurou o serviço de saúde. Logo, é possível descobrir recursos escondidos no território e aproveitar as relações estabelecidas na comunidade para aumentar o nível de saúde da comunidade.

Entende-se por lógica do território como uma filosofia de profissionais e/ou serviços para atender as demandas de cuidados, valorizando a subjetividade e o protagonismo do cidadão atendido, considerando o contexto sociocultural em que vive e utilizando os recursos profissionais, institucionais e, principalmente, os territoriais. Pensar sob a perspectiva do território significa considerar a diversidade histórica e cultura em que está inserido. Trabalhar sob esta lógica envolve a construção compartilhada de cuidado, saber, possibilidades, etc.

CAPITULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Este Capítulo traz a análise do contexto atual das práticas da Enfermagem Psiquiatra no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Para tal, foi realizado um estudo das teses e dissertações, com o descritor: Enfermagem Psiquiátrica, publicadas no portal CAPES, e uma busca na base de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde) com as expressões saúde mental e território. Nesta análise, optou-se pelo uso do descritor e das expressões considerando as particularidades de cada base de dados e a necessidade de abrangência ao assunto.

A escolha do Banco de Teses e Dissertações CAPES se justifica pela representação desta instituição na produção de conhecimento no Brasil e a escolha do descritor se justifica pela centralidade da temática estudada. No entanto, na segunda busca, com objetivo de alcançar as publicações mais próximas da prática da enfermagem nesta área, optou-se pelas expressões: saúde mental e território, pela ausência de descritores que representassem a prática da enfermagem no campo psicossocial. As tentativas de buscas apontam evidências de que nem sempre os estudos sobre as práticas da enfermagem no campo da saúde mental utilizam o descritor enfermagem psiquiátrica.

1.1. AS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NA TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA: ESTUDO DAS TESES E DISSERTAÇÕES¹

Com objetivo de analisar as práticas da enfermagem psiquiátrica na transição paradigmática do Campo da Saúde Mental documentadas nas teses e dissertações do portal CAPES e discutir as possíveis mudanças das práticas de enfermagem psiquiátrica, realizou-se de um estudo bibliográfico, o qual é concebido como aquele que explica um problema a partir de estudos já realizados e publicados, geralmente, busca conhecer ou analisar as contribuições culturais ou científicas existentes sobre um determinado assunto ou tema (GIL, 2010). A Pesquisa realizada no banco de teses e dissertações da CAPES (<http://www.capes.gov.br/servicos/banco-de-teses/>), em maio de 2012, utilizando a expressão enfermagem psiquiátrica, obteve-se 288 produtos.

Alguns passos para a seleção do material e contextualização: 1) seleção do material do site; 2) leitura dos títulos e resumos; 3) tratamento dos dados com planilha Excel; 4) marcação dos textos de acordo com a temática em prática, abordagem teórica, percepção/representação social, ensino, saúde do trabalhador, história, família/usuário, dependência química e outros; 5); seleção dos produtos que abordam as práticas; 6) anotações depois de ter o material criticamente; 7) análise e transcrição dos dados para o relatório de pesquisa.

Os dados foram tratados e submetidos à análise temática (BARDIN, 2011), em três etapas: 1) pré-análise -exploração do material e o tratamento dos resultados 2) tratamento dos resultados - codificação e a inferência, 3) categorização, interpretação e informação. Posteriormente foi realizada uma crítica e comparação entre núcleos temáticos com o processo histórico da Política de Saúde no Brasil. Após a coleta de dados e a construção das planilhas Excel, o material foi lido e relido até que fosse possível o envolvimento com a ideia, grupos, buscando inclusive a dimensão subjetiva incorporada nos produtos. Todos cento e dez produtos selecionados com o tema prática em enfermagem psiquiátrica foram utilizados na análise, mas para fins didáticos, nem todos foram referenciados, foi necessário fazer opções sobre os dados mais relevantes.

Inicialmente dedicou-se a classificar os períodos e as temáticas, com vista a compreender o processo histórico das práticas de enfermagem psiquiátrica. Essa contextualização temática ocupou-se principalmente das temáticas adotadas nas teses e dissertações nos períodos estabelecidos. O resultado da busca foram 288 produtos

¹ Este estudo foi Adaptado as normas e publicado em: DUTRA, V. F. D. e OLIVEIRA, R. M. P. Psychiatric nursing practices in the paradigmatic transition: a study of theses and dissertations. J. res.: fundam. care. online 2014. out./dez. 6(4):1719-1731.

distribuídos nas temáticas: 110 práticas, 37 percepções e representações sociais, 30 ensino, 25 sobre o usuário dos serviços de saúde mental, 21 saúde do trabalhador, 11 família, 10 dependência química, e 20 outros (ética, doenças infecto-contagiosas, etc). No entanto, apenas os 110 produtos sobre a temática “prática” foram selecionados para análise.

Tabela 1: Classificação por temática e datas das teses e dissertações. (Rio de Janeiro, 2012)

Temática	Até 1990	1991-00	2001-10	Total
Ferramentas para o cuidado de enfermagem	1	16	19	35
Papel do enfermeiro psiquiátrico no hospital	2	3	5	10
Práticas hospitalar	2	4	10	16
Transição do modo hospitalocêntrico para psicossocial	0	9	21	30
Rede comunitária	0	0	11	11
Outros	1	1	5	7
Total	6	33	71	110

Na tabela 1, fica evidente o crescimento da produção científica de teses e dissertações no período. É importante destacar que, com advento da Reforma Psiquiátrica e a proposta de mudanças na atuação de todos os profissionais envolvidos, alguns estudos deixaram de utilizar a expressão enfermagem psiquiátrica ou a utiliza para reportar-se à prática de enfermagem hospitalocêntrica. Mas esta é, ainda, o descritor utilizado para a descrição da especialidade da enfermagem no campo da saúde mental. No entanto, não aparece na busca produtos de importantes instituições formadoras no Brasil.

Ficou evidente a preocupação dos produtos com o papel da enfermagem, ou seja, a busca pela crítica do que se faz e a conceitualização da enfermagem psiquiátrica nos três períodos. Soma a essa temática a preocupação dos estudos quanto ao fazer da enfermagem, seja no hospital psiquiátrico, nos ambulatórios, ou no CAPS.

As práticas da enfermagem psiquiátrica são frequentemente tratadas através das ferramentas (estratégia grupal, comunicação terapêutica, cuidado domiciliar, acompanhante terapêutico, acolhimento e escuta, sistematização da assistência, etc.) que os enfermeiros utilizam para realizar o cuidado, principalmente nos estudos que tiveram como cenário o hospital, ambulatório e hospital dia. Nas três décadas, aparecem o relacionamento terapêutico, a consulta de enfermagem, o trabalho grupal, ou seja, a enfermagem psiquiátrica teve sua origem no hospital e tem mantido suas práticas,

porém, adaptadas à nova ordem: a Política de Saúde no Brasil. No entanto pode-se destacar que, na década de oitenta, prevalecem estudos sobre a prática hospitalocêntrica (ou ambulatório ligado ao hospital), na década de noventa, prevalecem estudos sobre as ferramentas para o cuidado, seja no hospital ou outros serviços, após 2001 o maior número de estudos centra-se na transição paradigmática, incluindo a rede de cuidados.

A Reforma psiquiátrica não propôs que as práticas/estratégias que tiveram sua gênese no hospital psiquiátrico deixassem de existir, mas orientou que estas ocorram em ambientes promotores de saúde, com a participação de todos envolvidos no cuidado, centralizada no trabalho terapêutico para enriquecer a existência global, complexa e concreta dos usuários⁸. O grande desafio da clínica de enfermagem psiquiátrica na atualidade é incorporar os conceitos de cidadania, autonomia, poder de contratualidade, participação social e cuidados. No entanto a dinâmica das relações que ocorrem na trama do território permite inovar que a forma de existir e significar seja para os usuários, seja para os serviços ou profissionais.

Fica evidente a mudança paradigmática dos produtos analisados no grupo temático sobre a rede, com onze estudos, que extrapolam os serviços de saúde mental e trazem as possibilidades de articular e cuidar da saúde mental em outros espaços: atenção básica e comunidade. Destes estudos seis têm como objeto as relações entre CAPS e Estratégia Saúde da Família, observa-se que ambos estão no mesmo território visando ampliar o potencial de cuidar daqueles que ali vivem. A mudança paradigmática afirma o cuidado e produção de saúde construída junto com a comunidade, utilizando-se dos múltiplos saberes, disciplinas e recursos do território.

É próprio do momento de transição, incertezas, retrocessos, discordâncias. Mas, na atual conjectura da saúde mental, o diálogo, as trocas, as conexões permitem as reflexões capazes de modificar o pensar e fazer dos serviços. É realmente grandioso para profissionais e usuários da saúde mental superar o empobrecimento da socialização, o despreparo para a vida profissional e social, o estigma da loucura e de quem trabalha com a loucura, a baixa autoestima das pessoas à margem da sociedade ou dos centros de excelência.

Sobre a clínica de enfermagem psiquiátrica, nas décadas de 80 e 90, no objeto das pesquisas prevalecia os elementos, as ferramentas ou estratégias que constituem a clínica. Após 2001, prevalecem estudos que tem como objetos os serviços, a rede de saúde, o cuidado ampliado e as conexões entre serviços, disciplinas e pessoas. A enfermagem nas décadas de 80 e 90 ocupou-se de formas de cuidar formatadas pelas

instituições em que estavam inseridas e após 2001 apontam marcas de um cuidado construído, amplo, que envolve o contexto de vida das pessoas cuidadas.

O conteúdo dos produtos foi analisado no intuito de compreender a clínica de enfermagem psiquiátrica nas últimas décadas. Para tal adotamos o agrupamento dos núcleos de sentidos e na classificação dos elementos construtivos, estes foram reagrupados em duas categorias temáticas: as práticas hospitalocêntricas e as práticas psicossociais.

As Práticas Hospitalocêntricas

A unidade de significação denominada ferramentas para o cuidado de enfermagem inclui uma gama de práticas de enfermagem e constitui a perspectiva teórica da clínica de enfermagem psiquiatria. Nos produtos analisados, utiliza-se: acolhimento, acompanhamento terapêutico, atendimento domiciliar, comunicação terapêutica, consulta de enfermagem, cuidado transdimensional, encontro interativo, escuta, estratégia grupal, gerenciamento de caso, humanização, imaginação, intuir empático, lúdico no cuidado psiquiátrico do núcleo de Convívio, relacionamento terapêutico ou interpessoal e sistematização da assistência.

Comunicamos continuamente e a enfermeira psiquiátrica utiliza conscientemente da comunicação como estratégia para o cuidado. Castro (2003), concluiu que os aspectos não-verbais tanto nas interações ocorridas entre os enfermeiros e usuários, quanto no contexto que os envolvia, não contemplam os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Como por exemplo, o uso do espaço físico, portas trancadas, acesso negado a pátios, controle do uso de telefones e banheiros, os locais nem sempre adequados onde ocorreram as interações observadas, o tempo utilizado nestas interações, entre outros. Constatou-se que os enfermeiros daquele estudo não estavam atentos para perceber a comunicação não-verbal na assistência, evidenciando uma contradição entre o discurso e a prática, comprometendo, assim, a principal tônica da Reforma Psiquiátrica: a humanização.

O relacionamento terapêutico interpessoal, relação de ajuda ou relação enfermeiro-paciente fundamenta-se na ideia da interação consciente da enfermagem com objetivo de ajudar o outro a aumentar o nível de bem estar. O objetivo da relação enfermeira-pessoa cuidada é o entendimento do problema, das condições para solução e acreditar no aprendizado da pessoa cuidada. O relacionamento interpessoal se verifica em três eixos: conhecer a si mesmo, conhecer o outro e aplicabilidade nos contextos de

vida das pessoas envolvidas (CARDOSO, 2004). Na prática, o relacionamento interpessoal possibilita o refinamento do cuidado do outro, mas desperta para outras articulações segundo as necessidades daquele que se objetiva ajudar, corroborando os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Silva (2003), em um estudo guiado pela pergunta: quais são as práticas do enfermeiro de instituições psiquiátricas? Os resultados trazem: o acolhimento e a escuta às pessoas que chegam; o encontro interpessoal enfermeiro/cliente; integração dos saberes com o fazer; e o trabalho em equipe. O cuidado de enfermagem em saúde mental que é interpessoal, sensível, criativo, compartilhado, tecnológico, além de valorização da pessoa.

Um estudo sobre a consulta de enfermagem em um ambulatório psiquiátrico, JOIA (2000), afirma que com o uso do processo de enfermagem contribuiu para uma visão global do paciente e melhor conhecimento do seu problema, no entanto, afirma que os produtos ligados à sistematização da assistência têm trazido questões do modelo biomédico, construídos para o hospital psiquiátrico. Neste estudo, as intervenções propostas no plano assistencial foram consideradas eficientes, mas mostrou haver necessidade de se revisar o roteiro. Ou seja, uma dicotomia: global e centrado no modelo biomédico.

A prática do acompanhante terapêutico retoma a dicotomia, aparece inicialmente, como estar junto em diferentes momentos da vida, uma espécie de coletor de dados, sem exercer intervenção, realizar acompanhamento nas tarefas diárias nos hospitais, ou substituir a internação psiquiátrica hospitalar pela domiciliar. Posteriormente, a estratégia foi utilizada também nos hospitais-dias como forma de construir uma conexão na vida extramuros e foi se reconstruindo como estratégia terapêutica a partir da valorização dos potenciais terapêuticos dos diferentes espaços comunitários. Nesta perspectiva, o vínculo terapêutico permite o usuário inscrever sua subjetividade na realidade compartilhada e responsabilizar-se pela sua existência (FIORATI, 2001).

Na perspectiva da reabilitação psicossocial, o acompanhamento terapêutico favorece as trocas sociais por meio dos encontros e contato com a cidade. O acompanhamento promove a saúde nos espaços abertos, sem demarcações territoriais, ou seja, transita pela cidade com amplo campo de negociação e exercício de poder de contratualidade e cidadania. A estratégia cria novas formas de existência, modos de subjetivação e possibilidades de organização temporal e espacial. Deste modo, a estratégia que nasce no hospital, toma dimensões psicossociais.

O atendimento domiciliar é apresentado em três vertentes: um programa multiprofissional de atendimento domiciliar para desinstitucionalização (MISKULIN, 1998), visita domiciliar de egressos da internação psiquiátrica (OLIVEIRA, 2001), atendimento domiciliar ao portador de transtorno mental (TONELLI, 2004). No entanto, o programa de atendimento tem baixa adesão e necessidades de outras articulações, ainda pouco explorado pela enfermagem, talvez pela viabilidade e estruturação. A visita domiciliar ressaltou a importância da participação da família e do sujeito no processo contínuo de cuidado, permitindo à enfermeira construir um cuidado criativo, solidário e sensível, que possibilite aos sujeitos novos contratos com a vida.

Na análise dos três estudos fica evidente que a questão problema dos atendimentos, ou visitas domiciliares está na fragmentação: característica hospital psiquiátrico. Essa estratégia da prática da enfermagem psiquiátrica é importante, mas não efetiva se separada de outras propostas de cuidado, ou outros dispositivos promotores de saúde.

Práticas com iniciativas socializadoras representam ações inovadoras na enfermagem, tais como: encontro interativo (CASTELO-BRANCO, 1999); núcleo de Convívio (CAPOCCI, 2002); estratégia grupal (SPADINI, 2007); e gerenciamento de caso (REINALDO, 2004). O encontro interativo inspirado nos relacionamentos interpessoais representa um espaço com a proposta de vivenciar um grupo de troca de experiências, objetivo da implementação de encontro interativo foi a valorização da necessidade de falar desta clientela, considerando o preparo para alta hospitalar. O núcleo de convívio foi uma experiência hospitalar com internos-moradores, com intuito de criar novas modalidades de assistência voltadas para o potencial saudável do sujeito em sofrimento psíquico, representa a construção de um lugar de socialização na instituição.

O trabalho grupal representa uma modalidade potencialmente terapêutica e eficaz, possibilita relacionamentos entre membros e coordenador do grupo, trazendo grandes benefícios. Entretanto os resultados do estudo, apontaram para a necessidade de um investimento na formação do enfermeiro em relação à proposta grupal e principalmente incentivo das instituições dos profissionais ao trabalho com grupos e motivação do próprio enfermeiro.

O gerenciamento de casos¹⁶, baseado em experiências de outros países para contrapor-se ao hospital psiquiátrico tradicional, constituiu uma opção para a atenção à saúde mental viável e possível, baseada no preparo do doente mental como responsável pelo seu cuidado, pela sua manutenção na comunidade e contato com o serviço de

saúde. A estratégia de atenção em saúde empregada foi o gerenciamento de casos comunitário e intensivo, do tipo clínico com ênfase nas dificuldades apresentadas pelos pacientes (REINALDO, 2004).

As quatro iniciativas de práticas socializadoras da enfermagem psiquiátrica demonstram a relevância para o cuidado, no entanto elas se encontram aprisionadas por instituições e preceitos do modelo em que estão inseridos, os quais limitam a autonomia e potencial terapêutico das trocas sociais na construção do processo terapêutico da pessoa cuidada. O encontro interativo, o núcleo de convívio e a estratégia grupal ligadas ao hospital mostraram eficazes para melhorar o bem estar, mas tiveram seus limites.

A Imaginação (TAVARES, 1998) e o lúdico (ALVES, 1999) no cuidado psiquiátrico avançam para o cuidado poético, divertido, criativo e sensível.

Tavares (1998, p. 10) ressalta que:

“O cuidar é construído pela enfermeira no instante da interação - criação muito mais metabolizada do que pensada e tem no corpo seu suporte; cuidar em psiquiatria implica em união de elementos dispersos; é a busca da integração do seu próprio ser, correspondendo à perspectiva holística, que compreende a realidade em totalidades integradas, onde cada elemento de um campo considerado reflete e contém todas as suas dimensões; cuidar em enfermagem é a dinâmica de ações complementares em busca de uma unidade ativa que una intelectualidade e criatividade. (...) cuidar é a possibilidade de promover o crescimento, a autonomia e o desenvolvimento dos inumeráveis estados do ser (...), implica em espera, expectativa e esperança”.

O cuidado transdimensional, (BORGONO, 2001), foi utilizado como estratégia de cuidado dos trabalhadores de enfermagem com objetivo de investir em potencial humano no cuidado hospitalar. Mesmo sendo uma experiência de cuidado das enfermeiras, o referencial teórico utilizado aposta na intuição, criatividade e na subjetividade humana para o potencial terapêutico dessa estratégia. O autoconhecer e autotransformar vêm sendo ressaltados como imprescindível na prática da enfermagem psiquiátrica, um movimento de valorizar o humano das práticas.

O intuir empático é uma proposta teórica para a clínica da enfermagem psiquiátrica construída a partir do estudo da prática da enfermagem psiquiátrica hospitalar para o bom cuidado. Esta é constituída por seis constructos dinâmicos e intencionais: escuta qualificada, cuidado pós-demanda, prontidão para cuidar, tempo, esperar e empatia. A enfermagem psiquiátrica carrega consigo habilidades e decisões para o cuidado. Utiliza-se da sua experiência para, no momento exato em que demanda o cuidado, a pessoa possa intervir de forma personalizada, porque ela acredita no potencial humano e espera o tempo de que a pessoa cuidada necessita para

desenvolver níveis maiores de bem-estar. A empatia, elemento chave da clínica, pressupõe o exercício da enfermeira de tentar estar com a pessoa cuidada, compreender sob sua ótica a experiência vivida. A partir da empatia os outros elementos se colocam num processo dinâmico de cuidados.

As práticas psicossociais

No período de 2001 a 2010, houve a inversão da temática das publicações: enquanto nas décadas anteriores os estudos estavam em sua maioria atrelados ao hospital psiquiátrico, nesta prevalecem as práticas de atendimentos fora da instituição hospitalar. Considerando a Reforma psiquiátrica Brasileira (BRASIL, 2005) um processo dinâmico de: crítica ao modo hospitalocêntrico (fase 1- 1979 a 1987), construção e fortalecimento da rede de saúde mental (fase 2- 1988 a 2000); e busca dos direitos de cidadania dos usuários e a integralidade da assistência (fase 3- a partir de 2001). Considerando a lei 10216 de 06 de abril de 2001, que dispõe dos direitos dos portadores de transtorno mental e redireciona o modelo de atenção em saúde mental (para psicossocial) torna-se necessária mudança na estruturação dos serviços de saúde mental e a transformação da ação de todas as profissionais do campo da saúde mental.

No processo de mudança nas práticas de atenção em saúde mental, fizeram-se necessárias práticas para a desinstitucionalização psiquiátrica, reinserção social, reabilitação psicossocial daqueles que sofreram grandes perdas pelo adoecimento psíquico ou internação prolongada. Criaram-se formas de atenção psicossocial no território: iniciaram-se no interior dos hospitais, continuam nos serviços de rede saúde mental e se fortalecem junto aos recursos da comunidade. Os estudos mostram que as práticas de enfermagem abordam a transição paradigmática e a relações com os demais dispositivos do território.

O território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. Dessa forma, o paradigma emergente do campo da saúde propõe serviços que prestam atendimento de qualidade, sem a finalidade de institucionalização, priorizam o protagonismo dos usuários e buscam nos recursos territoriais atender as demandas individuais dos usuários e promoção coletiva de saúde. (BRASIL, 2005)

É importante ressaltar que a enfermagem psiquiátrica tem sua gênese hospitalar, e ao longo dos processos de transformação da Reforma Psiquiátrica

construiu mudanças e inovações na prática. Esse fenômeno da transformação social e profissional requer tempo, mesmo com investimentos na formação profissional, na reflexão da prática e construção social. No movimento para produzir conhecimentos sobre a transição paradigmática, temos teses e dissertações que procuram analisar a Reforma Psiquiátrica dentro e fora do hospital psiquiátrico.

Aguiar (1995) em um estudo intitulado: ‘A reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da casa de saúde Anchieta e núcleos de atenção psicossocial’ constatou que de forma diferente em ambos os serviços a enfermagem estava em busca: de um lugar ao sol; de “um jogo de cintura” para construir uma relação com outros; de papel a ser construído/desconstruído na prática concreta. Assim, o estudo faz uma reflexão acerca dos mecanismos de aceitação/negação do papel de mantenedoras da ordem a respeito do enfrentamento dos estereótipos atribuídos às enfermeiras, chegando a uma compreensão de que o ser enfermeira no cotidiano das duas instituições constitui-se num constante vir a ser, portanto, é continuamente reinventado.

Damolim (1998) em um estudo sobre a prática dos enfermeiros do Rio Grande do Sul revelou que o processo de trabalho tem como objeto o sujeito na sua existência-sofrimento, tendo como finalidade a ampliação da capacidade de autonomia. Como instrumental de trabalho, os enfermeiros desenvolvem um conjunto articulado de ações individuais e coletivas no qual as singularidades são contempladas num projeto terapêutico individualizado, intervindo no poder contratual desses sujeitos. No entanto o processo avançou entre conflitos e resistências.

Tonelli, (2004), estudou “o cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar ao portador de transtorno mental e sua família” e deparou com a falta de engajamento em atividades de sua comunidade ou de atividades da vida diária, no seu próprio núcleo familiar, o despreparo do cuidador familiar, o estigma dos transtornos mentais na sociedade e a baixa autoestima do usuário. Mesmo assim, o estudo ressalta que os pressupostos da Reforma Psiquiátrica modificaram positivamente as práticas de assistência. O estudo destaca a necessidade de ações articuladas com diversos profissionais e serviços e recursos comunitária para promoção da saúde.

Quanto ao cuidado para a desinstitucionalização psiquiátrica, Damásio (2006), estudou a complexidade do processo de saída da internação em instituição manicomial de longa permanência. O cuidado para a desinstitucionalização articula-se entre diversos profissionais, serviços e setores para viabilizar a vida das usuárias na comunidade. O processo de saída das ex-internas aconteceu em três etapas: cuidados ainda no hospital para despertar o querer sair de alta (a diferenciação da instituição manicomial); cuidados

para viabilizar a alta (operacionalizar os direitos de cidadania das ex-internas); e cuidados para ajudá-las a retomar a vida na comunidade.

O cuidado em saúde mental centra-se na emancipação, ‘empoderamento’ e autonomia dos usuários dos serviços e propõe provocações à prática: o acesso a rede de serviço de saúde e aos espaços sociais e comunitários; a articulação destes espaços; desvelar caminhos que atenda as necessidades individuais dos usuários; produção de projetos de vida; interações com o território as quais propõe espaços de interlocuções e formatação dos projetos de vida; diversidades de conexões que atravessem a produção de significados e escolhas essenciais para vida; estratégias para reconstrução de conexões em busca de consolidar a cidadania de cada usuário; entre outros (SENA, 2010).

No entanto, ao analisar as representações sobre os usuários, as famílias, a prática dos trabalhadores e o serviço, Pinho (2009), constatou que a relação com os usuários se estabeleceu pela benevolência, a atenção à família foi representada pelo distanciamento, as práticas de saúde mental estiveram marcadas pela incerteza e a organização do serviço representou inovação (acesso, rede, inserção na comunidade). Os trabalhadores vivem um paradoxo: por um lado ofertam práticas inclusivas e por outro se responsabilizam pelo afastamento das famílias do serviço. O discurso mostra dificuldade para estabelecer limites precisos sobre a prática: primeiro se perde no discurso da equipe multiprofissional e depois nos modos como o trabalhador se inclui no discurso.

Castro (2007), descreve a atuação da enfermeira no CAPS em: Atendimento individual (acolhimento, consulta de enfermagem, triagem, administração de medicação, etc.); atendimento grupal (Grupos operativos, educacional, orientação, relaxamento e oficinas de); atendimento à família (consultas, grupos e visitas domiciliares); atividades comunitárias; e atividades burocráticas-administrativas (controle da medicação, encaminhamentos para reuniões de equipe, supervisão dos profissionais de nível médio, confecção de laudos, solicitação de material, escada da enfermagem, entre outras).

Os ensaios de mudança paradigmática na prática de enfermagem no campo psicossocial incluem produtos com temáticas sobre a rede e atenção básica. As ações de saúde mental realizadas pela equipe da Estratégia Saúde da Família envolvem: acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos, reunião de equipe, consultas e grupos terapêuticos. Mielke (2009) . O mesmo estudo aponta como facilidade para tais ações a proximidade da teoria e prática na formação e como

dificuldades a fragmentação da rede de saúde, agravada pela quantidade insuficiente de serviços de saúde mental e as dificuldades de articulação dentro da rede. Desta forma, um serviço territorial está conectado a outros serviços, que por sua vez estão conectados a outros territórios, por exemplos, aos centros formadores.

Se não aliar teoria e prática, a formação dos profissionais não produz mudanças paradigmáticas efetivas²⁹, principalmente se considerar como práticas psicossociais de saúde mental a produção de saúde que se constrói na trama do território. A constituição da equipe por trabalhadores de diferentes profissões ou diferentes setores enriquece a prática em saúde mental, favorece a inovação da assistência e possibilita o intercâmbio de experiências, saberes e fazeres.

A prática da enfermagem psiquiátrica tem sua gênese no hospital, no entanto carrega sua essência de cuidado, sem a roupagem da instituição, com novos conceitos e novos arranjos. O protagonismo dos usuários faz-se presente nas publicações, reafirmando o humanismo e a busca constante de novas formas de produção de saúde.

O cuidado prestado pela enfermagem psiquiátrica é personalizado, singular, tecnológico e humano. O pressuposto para cuidar em saúde mental é a capacidade dos usuários em reconstruir maneiras mais saudáveis de viver, nos mesmos cenários em que construíram suas histórias de vida. Utiliza como ferramentas os elementos significativos para o usuário, portanto o saber também está com ele. Antes de atender um usuário, não é possível prever o que fazer. Mesmo assim, todas as ideias ou práticas após o encontro são discutidas e analisadas e possivelmente mudadas.

As publicações têm, inicialmente, como cenário o hospital e pouco a pouco aparecem publicações que envolvem outros cenários em que vivem os usuários dos serviços de saúde mental. De início, preocupam-se com o cuidado hospitalar, perpassa os CAPS e começam a se ocupar de temas que envolvem qualidade de vida e cidadania dos usuários. As temáticas emergentes se configuram em redes comunitárias de cuidados visando à cidadania e ao bem-estar, entre elas: rede de cuidados, inclusão social, bem-estar das famílias e ações para promoção da saúde mental na atenção básica.

As temáticas emergentes aborda o cuidado de Enfermagem Psiquiátrica de forma ampla e adota a lógica do território visando aumentar os níveis de saúde. A lógica do território sustenta na trama de relações, saberes e fazeres da comunidade para o desenvolvimento coletivo e individual. O enfermeiro psiquiatra constrói e acompanha Projetos Terapêuticos que realmente potencializem a produção de vida dos sujeitos cuidados, sustentados nos recursos do território. Portanto, a enfermagem Psiquiátrica vive uma transformação em termos conceituais, técnicos, políticos, éticos e práticos.

1.2.AS PRÁTICAS TERRITORIAIS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL²

Com o objetivo de identificar as práticas de cuidados territoriais no campo da saúde mental, a partir das publicações brasileiras, realizou-se uma revisão integrativa de estudos científicos publicados no período entre 2001 a 2011 na Biblioteca Virtual da Saúde e na Base de dados LILACS, utilizando as expressões Saúde mental e Território, em Setembro 2012, conforme Galvão, Sawada, Mendes (2003).

A Base se justifica pelas particularidades do campo psicossocial no Brasil e América Latina, ao passo que estudos da América do Norte, Europa e o Oriente utilizam-se de outras abordagens e apresentam realidades distintas. O período pós-lei 10.216 representa a concretização e efetivação de uma política discutida e construída a partir da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. As etapas da revisão integrativa da literatura estão alicerçadas em uma estrutura de trabalho definida por um protocolo previamente elaborado, as quais foram adotadas visando manter o rigor científico, a saber: 1) seleção da pergunta de pesquisa: como se fundamenta a enfermagem psiquiátrica no território? ; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados; e 6) reportar de forma clara a evidência encontrada.

Os critérios para a inclusão dos artigos foram apenas: texto completo disponível online, publicados no período 2001 a 2011, conter no assunto saúde mental e território/comunidade/grupos sociais. Foram incluídas todas categoriais de publicações. E os de exclusão: repetidos, editoriais, reflexão e fuga do objetivo. A busca resultou em 63 artigos e, destes, 11 artigos foram excluídos por terem sido publicados no período de 1980 a 2000.

Procedeu-se a leitura minuciosa de cada resumo dos artigos selecionados e, em seguida, a leitura do texto na íntegra. Nesta etapa, foram excluídas 19 publicações devido ao fato de suas temáticas serem divergentes do nosso objetivo, a saber: dificuldades dos profissionais, psicanálise, população indígena, enfoque em doenças, perfil epidemiológico, deficiência física e hospital psiquiátrico. Das 33 publicações analisadas, todas optaram pela abordagem qualitativa, sendo 24 artigos e nove teses ou dissertações. Quanto ao tipo de estudos, dez declararam-se ser descritivos exploratórios;

² Este estudo encontra-se em avaliação na Revista AQuichan.
<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/issue/current>

cinco avaliativos; quatro bibliográficos; três etnográficos; cinco outros; e seis não deixaram claro o tipo do estudo.

Optou-se pela análise temática (CAMPOS, 2004). Para sistematizar a análise dos estudos, foi utilizado um quadro com título, autores, fontes, objetivos, tema principal, resumo, principais resultados e observações importantes. Posteriormente, foi realizada a síntese dos núcleos temáticos, a categorização e a descrição dos resultados, e a descrição da análise. A leitura das publicações ocorreu de forma exploratória, analítica e interpretativa. O material analisado resultou em três categorias temáticas: O conceito de território na construção do campo psicossocial; Atenção Básica e Saúde Mental: imersas no mesmo território; A integralidade: a invenção de estratégias para promoção de saúde mental, as quais estão descritas a seguir.

O conceito de território na construção do campo psicossocial

O conceito de campo psicossocial surge da busca de uma nova psiquiatria, quando a clássica não mais era eficiente para atender as demandas atuais. Na verdade, as críticas ao hospital psiquiátrico surgem com o nascimento do próprio hospital e foram muitas as tentativas de reformar o hospital, até que se ampliou a discussão pela humanização do atendimento, superação do conceito de doença mental como incapacidade e cidadania dos que sofrem psicologicamente (MENDES e YASSUÍ, 2009). O estudo demarca a ruptura com a psiquiatria hegemônica (afinada com a biologia, com a normatividade e a instituição) e a abertura para o modo psicossocial (que volta para as respostas localmente construídas e se afina como o homem). A nova psiquiatria rompe com o conceito de comunidade e envereda-se pelo território.

A partir da década de 90, a Política Pública do campo da saúde mental trazia no seu bojo propostas inovadoras e estratégias de cuidados aos que sofrem psicologicamente. A estratégia principal, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), expandiu pelo Brasil a fora como objetivo de prestar atendimento ambulatorial personalizado aos portadores de transtornos mentais graves, gerenciar a rede de saúde mental, promover saúde mental da comunidade, promover a inserção social e a cidadania, entre outros. O CAPS preconiza a interdisciplinaridade e a orientação territorial (MENDES e YASSUÍ, 2009; ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

No contexto político da redemocratização do país e nas lutas pela revisão dos marcos conceituais, das formas de atenção e de financiamento das ações de saúde mental, surge o CAPS Luís da Rocha Cerqueira juntamente com os Núcleos de Atenção

Psicossocial (NAPS), inaugurados a partir de 1989, em Santos, os quais irão se constituir em referência obrigatória para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio em nosso país (NUNES et al, 2008). Conceber os CAPS como dispositivos estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental configura simbólica e numericamente a aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental como uma necessidade para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006). Dessa maneira, a prática de cuidados territoriais foi gerada através da junção de ações, serviços e articulações entre pessoas e setores. Tais práticas sustentam-se na demanda dos usuários ou do território com vistas na produção de saúde ou, no mínimo, de encontrar maneiras de minimizar o problema vivenciado pelo usuário.

A mudança do conceito de saúde mental abandona a assistência centrada na doença e adota o enfoque na produção de saúde, no resgate da cidadania e na participação social. Assim, ampliou os espaços terapêuticos para o território e passou-se a buscar a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. As ações terapêuticas ocorrem nas inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica. O cuidado, nesta perspectiva, exige conhecimento técnico e comprometimento sociopolítico, habilidade em lidar com a diferença e responsabilidade com a vida de cada pessoa que o busca, motivação profissional e valorização do seu trabalho. A solidez está alicerçada no questionamento, na reflexão e, sobretudo, nas relações interpessoais dialógicas. Essas características articulam-se com o compartilhamento das ideias da Reforma Psiquiátrica e com uma prática cotidiana crítica, reflexiva e criativa (NUNES et al, 2008).

A constituição do cuidado territorial envolve uma trama de relações desde as interpessoais, as interinstitucionais até as intersetoriais. Portanto, a constituição de uma rede de atenção deve levar em consideração não somente as unidades de saúde mas também uma rede comunitária mediada por canais de comunicação entre seus constituintes, numa relação de parceria na construção de bem-estar. No entanto, tem em instituições de parceria intersetorial, tais como igrejas, escolas e justiça, importantes pontos de produção de cuidado, ou seja, parcerias intra e interinstitucionais necessárias segundo as demandas do usuário ou grupo (ALVES e SILVEIRA, 2011).

Quando as pessoas que estiveram internadas por longas datas estão fora do hospital, acabam ficando restritas ao ambiente doméstico, sem ter oportunidade de expandir os laços de amizade e desenvolver habilidades sociais. Observa-se a dificuldade em formar redes sociais fortalecidas e a fragilidade da rede familiar de

portadores de transtorno mental em desinstitucionalização. Na relação com vizinhos ou pessoas do mesmo bairro, há, ao mesmo tempo, disposição para ajuda mas também medo de reações agressivas e receio de mais crises. Para o fortalecimento do usuário de saúde mental e sua família no território, faz-se necessária a construção de estratégias pelos serviços de saúde que os encorajem, os auxiliem, os orientem e, principalmente, façam a ponte entre os recursos do território. A partir dessa construção, as relações de aversão pelo estigma ou o medo das crises vão abrindo espaços para solidariedade e trocas sociais mais efetivas (ALVES e SILVEIRA, 2011).

A proposta dos serviços substitutivos, para Nicácio (2003), aconteceu no complexo processo de desconstrução de saberes, instituições, valores e cultura. Assim, estes serviços comunitários tornaram-se substitutivos ao hospital e propuseram a invenção de uma nova realidade que possibilitasse a criação de novos diálogos com a complexidade da existência-sofrimento, de itinerários de exercício de direitos e de um novo lugar social para a experiência da loucura.

Deste modo, a lógica do território privilegia a organização dos serviços, mas há um amplo campo a ser discutido e analisado quando o foco volta-se para os aspectos sociológicos da experiência dos usuários. E, ainda, deve-se ampliar para uma perspectiva mais compreensiva e estruturada através de relações e vivências que os sujeitos estabelecem com o seu território (SANTOS e NUNES, 2011).

Entende-se por território: a base do trabalho, local de residência, espaço de trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influi. É no território que se inscreve uma identidade social, uma prática social, a construção histórica e a identidade coletiva dos sujeitos sociais. E assim a identidade de cada ator social está relacionada a maneira que estabelece relações dentro do território. A relação com o território é certamente um dos fatores que problematizam o universo cultural, simbólico e estético desses sujeitos. À medida que vivem, busca-se satisfazer suas necessidades, faz-se trocas e escreve-se histórias e, conseqüentemente, a história do território. Portanto, a pessoa é um ser social repleto de significações construídas ao longo da vida (SANTOS e NUNES, 2011).

Entre os princípios do campo psicossocial trazidos nos artigos analisados, estão incluídos: desinstitucionalização, interdisciplinaridade responsabilização, participação social, suporte social, itinerância, articulação, integralidade, protagonismo das pessoas cuidadas.

Para Silva (2009), há um apelo pela responsabilização no cenário contemporâneo da Reforma Psiquiátrica que a dimensiona como: a tomada de

responsabilidade do serviço pelo território, o aumento da responsabilidade do profissional pelo processo de trabalho e a possibilidade do sujeito advir como responsável por sua própria condição. Para tanto, na “diretriz governamental de tomada de responsabilidade dos serviços pelo território, ocorre uma mudança da lógica de demanda e oferta de atendimento” (SILVA, 2009, P.149).

Os profissionais dos CAPS representam um mediador com usuários, familiares, rede social, instituições, recursos sociais, instâncias de direitos, visando fortalecer os usuários dos serviços de saúde mental para aumentar sua autonomia e potencial de interação no território e também reúnem as estratégias necessárias na negociação para cada necessidade apresentada. As mediações negociadas visam ajudar os usuários a se fortalecerem socialmente, encontrar os recursos/suportes sociais do território, compreender o processo democrático, aumentar sua autonomia e construir novos modos de viver naquele território.

Para atender a mudança da proposta hospitalocêntrica para a proposta psicossocial, fez-se necessário ocupar-se daqueles que encontravam internos: a desinstitucionalização. O processo complexo de reconstrução de identidade, história de vida e estrutura social para viver na sociedade, acontece da mesma forma resgatando fragmentos de subjetividade e reconstruindo outras possibilidades de vida. E para dar respostas a tantos problemas para a complexidade da vida dos usuários, o campo psicossocial apropriou-se de várias disciplinas: sociologia, geografia, psicologia, biologia, antropologia e tantas mais necessárias. Quando estas se reúnem numa reunião de equipe, por exemplo, pratica-se a interdisciplinaridade (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Para a complexidade da saúde mental, os espaços nos quais se atende se constroem na dinâmica dos espaços em que se vive: moradia, rua, espaços comuns, instituições, CAPS e todo território. Surgem tecnologias como: articulação, cartografia e itinerância. Na rede, as articulações são os nós da trama, ou seja, negociações estabelecidas por serviços, profissionais, usuários e recursos do território.

Segundo Lemke e Silva, (2011), a itinerância é um modo de operacionalizar o cuidado no território e faz considerar o problema da percepção do movimento. Esse conceito de práticas de cuidado se decompõe em três elementos: 1) O movimento realizado no ato de ir ao encontro do usuário; 2) Os movimentos que os trabalhadores produzem ao acompanharem o usuário no processo de construir seu pertencimento a um território; 3) O movimento de desestabilização que a invenção de novos caminhos produz no pensamento e no real social. Os autores adotam o conceito de agenciamento

de Guattari por ajudar a pensar o movimento dos usuários na construção ou ampliação de seus territórios existenciais e modo pelo qual o desejo como força em estado bruto se territorializa.

Considerando que o campo psicossocial, resultado das transformações ao longo do movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, também traz nos seu bojo os princípios do sistema Único de Saúde: integralidade, universalidade, equidade e controle Social. As práticas territoriais são parte do objetivo maior da Política de Saúde no Brasil: a produção de saúde. Entre as estratégias de cuidado territorial, estão: acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos, consultas, grupos terapêuticos, busca ativa no território, cuidado ampliado, encontro, inclusão social (MIELKE e OLSCHOWSKY, 2011; LEMKE e SILVA, 2011; MIELKE, 2009; ANTONACCI e PINHO, 2011).

Atenção Básica e Saúde Mental: Imersas no mesmo Território

Na década de 90, após a consolidação da Política de Saúde: SUS, com seus princípios e diretrizes, adotou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) para a mudança do enfoque curativista para a promoção da saúde. Portanto, é “uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade” (BRASIL, 20012, p. 1).

A ESF e a rede de saúde mental são estratégias da Política Pública que trazem o conceito de território no bojo da construção teórica e prática. Além dos princípios e diretrizes do SUS, têm em comum concepção de cuidado personalizado, com enfoque na subjetividade e nas necessidades múltiplas e complexas do cidadão atendido no contexto onde vive. Para tal, sustentam o direito à saúde de todo o cidadão, a acessibilidade à rede de saúde, a participação em todas as decisões dos serviços e trabalham em equipe multiprofissional considerando os múltiplos saberes e as múltiplas disciplinas.

Delfini et al (2009), com objetivo de relatar uma experiência de parceria entre um CAPS de três equipes da ESF, descreveram as estratégias: reuniões de equipe, (nas quais há capacitação, discussão de casos), acolhimento, elaboração de projetos

terapêuticos e visitas domiciliares. Os resultados apontam que o trabalho conjunto dos dois serviços enriquece ainda mais a prática e possibilita uma rede maior de cuidados no território. No entanto, fez-se necessário a criação de novas propostas e iniciativas inovadoras à medida em que se estabelecia a interação com os casos e o território.

Temos duas questões em pauta quanto à saúde mental na Atenção Básica: assistência às pessoas em sofrimento psíquico grave ou persistente e a promoção de saúde mental das pessoas que transitam no território. Na literatura analisada, muito se fala das estratégias para atender aos usuários do serviço especializado de saúde mental e alguns chegam a justificar a necessidade de tais estratégias na Atenção Básica devido à ineficiência do serviço especializado em Saúde mental. No entanto, ambas as estratégias da rede foram idealizadas com recursos materiais, humanos e afetivos para promoção de saúde. Portanto, não se trata de uma ou outra, mas de fortalecer a rede de cuidados e as oportunidades de subjetivação e transformação do seu nível de saúde de um território (MUNARI et al, 2008).

As ações de atenção e promoção à saúde mental envolvem: acolhimento, escuta, vínculo, visita domiciliar, discussão de casos, consulta médica e grupos terapêuticos, projeto coletivo de cuidados ampliados voltados para prevenção, promoção e proteção da saúde mental no território; apoio institucional; estratégias de atenção especializada combinadas com atenção básica; e arranjos diferenciados em que o profissional atua como facilitador segundo as necessidades apresentadas. Estas estratégias têm em comum a valorização do indivíduo em sofrimento psíquico como protagonista de sua existência, considerando sua subjetividade, sua história e seus projetos de vida (RAMOS e MASSIH, 2010; LIMA JUNIOR et al, 2010).

Com objetivo de prestar apoio matricial, a partir de suporte técnico-pedagógico e retaguarda especializada às equipes da Estratégia Saúde da Família pela equipe de referência em saúde mental, foram realizadas reuniões teóricas, discussão de casos e visitas domiciliares. Os resultados apontaram que o apoio matricial propiciou a construção coletiva de saberes em saúde mental, garantia espaço de cuidado aos Agentes Comunitários de Saúde, fomento e construção de redes cotidianas de apoio, articulação entre saúde mental e saúde da família de forma a favorecer o exercício da cidadania e a autonomia dos sujeitos (SILVA et al, 2011).

Nessa experiência, destacou-se o processo dinâmico e cotidiano de construção e reconstrução de conceitos e modos de fazer/relacionar no território. Entendeu-se que os projetos terapêuticos se constroem de maneira integrada num processo de

corresponsabilização e ao final percebeu-se a ampliação do conceito que se tinha de saúde. Desta forma, favorece as relações em redes e valoriza-se a solidariedade.

A parceria entre CAPS e ESF enriquece a prática e possibilita uma rede maior de cuidados no território. Criar novas propostas e iniciativas inovadoras, segundo as necessidades das pessoas atendidas, concretiza a produção de saúde e desenvolvimento social da comunidade. Portanto, Delfini e Sato (2009, p.1490) afirmam que “transitar pelo território subjetivo das pessoas e modificá-lo é também formar relações de confiança e vínculo, cuidado, disponibilidade, afetividade”.

A integralidade: a Invenção de Estratégias para Promoção de Saúde Mental

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorre concomitante ao da Reforma Sanitária, os quais formularam leis para garantir a integralidade, acesso universal à saúde, equidade, participação social, além de assegurar os direitos dos portadores de transtornos mentais. Para atender tais princípios, as esferas governamentais adotaram medidas para reorganização dos espaços de produção da saúde, bem como adoção de novos conceitos e práticas que atendessem ao ‘utópico’ conceito de saúde.

No município de Cascavel-PR, por exemplo, para a assistência ao portador de transtorno mental, foram implantados: ambulatório especializado, serviço de urgência, Centro de Atenção Psicossocial para adultos, crianças e usuários de álcool e drogas, todos estruturados com suporte assistencial das Unidades Básicas de Saúde. Esta última, realizada pelo profissional de referência no intuito de dar assistência necessária à demanda de sofrimento psíquico e fortalecimento dos vínculos entre os serviços complementares e Atenção Básica (REIS, 2009).

Assim, se faz necessário ampliar as antigas grandes estruturas hospitalares ou ambulatoriais da saúde e atenção a saúde mental para construção de unidades/modos de atendimentos territoriais para garantir acesso, respostas reais as demandas e produção de saúde. Entre as estratégias a adotada atualmente, envolver o domicílio, seja em visitas ou assistência específica, tem permitido alçar posições mais integrais na assistência à saúde. Deste modo, no campo da atenção psicossocial, o cuidado é orientado para o território, preocupando-se com o cotidiano e a inserção na sociedade.

Segundo um estudo que avalia o cuidado do portador de transtorno mental no domicílio pela família:

“o cuidado se organiza nas dimensões psicossocial, clínica e afetiva, possibilitando a construção de um cuidado ampliado a integral. As facilidades do cuidado envolvem o cuidar em casa, cuidado clínico e os apoios à família, amigos, igreja, a ESF, Grupo Evolução, escuta e fé. Foram consideradas dificuldades a sobrecarga, as interferências e o preconceito”. (LAVALL, 2010, p. 10)

Este estudo avalia que o cuidado realizado pela família no domicílio deve ser valorizado e articulado ao trabalho dos profissionais e dos serviços na construção da atenção psicossocial no território. Ressalta que as dificuldades não são passíveis de serem minimizadas sem o investimento na construção social, seja na esfera do Estado, seja nas possibilidades territoriais. A construção social da saúde está na perspectiva da integralidade da Política de Saúde do Brasil.

Utiliza-se dos conceitos itinerância e cartografia como um modo de operacionalizar o cuidado no território, sendo que a noção de território se tornou um princípio organizador dos processos de trabalho nas políticas de Atenção Básica e Saúde Mental. Ambos os conceitos traduzem-se em movimento, dinamismos e produção de relações nos contextos existenciais dos cidadãos que são alvos da saúde. Assim, é possível explorar a potência política do movimento e transformar o território dos usuários num laboratório de invenção de vida. Aspirando a integralidade, o cuidado deve ser contextualizado ao modo de vida dos usuários, deslocando a tônica da demanda para as reais necessidades de saúde, de modo a estabelecer como objeto de intervenção um sujeito em sofrimento no seu contexto de vida (LEMEK e SILVA, 2011).

Arango (2007), como objetivo de analisar as diferentes concepções da saúde, discute o direito a saúde e o conjunto de qualidades básicas necessários para que o indivíduo desenvolva suas potencialidades no ser e no fazer, assim como os conceitos de mínimo vital, qualidades de vida, saúde em sua perspectiva de capacidade e dignidade. Desta forma, a saúde integra o conjunto de capacidades que facilita o desenvolvimento do ser humano nas diferentes facetas, incluindo a qualidade de vida e acesso aos serviços de saúde.

As Práticas de Cuidados Territoriais: Algumas Reflexões

A análise faz referência às questões da transição paradigmática, como nos dois conflitos: o psiquiatra no CAPS (MENESES e YASSUÍ, 2009) e os modelos adotados pelos profissionais no ato do cuidado (NUNES et al, 2008). No primeiro, para os psiquiatras, geralmente formados nos grandes hospitais:

“os variados saberes locais são uma ameaça ao saber psiquiátrico medicamente constituído” (...) as respostas, antes fáceis no interior do hospital, têm variadas implicações no território e adquirem uma complexidade para a qual o psiquiatra não se encontra preparado”. (MENESES e YASSUÍ, 2009, p. 217)

Somando-se a esse dilema, a sociedade também traz contradições acerca da figura do psiquiatra, ora espera respostas da psiquiatria clássica, ora a valorização enquanto ser humano-psíquico-social. No segundo conflito, o profissional no campo psicossocial tem como principal elemento ele próprio, no entanto,

“Identifica-se a coexistência de três modelos de cuidado nesse CAPS: o modelo biomédico humanizado, o psicossocial com ênfase na instituição e o psicossocial com ênfase no território”. (NUNES et al, 2008, p. 188)

Assim, a construção de práticas territoriais (para fora do CAPS) acontece juntamente com os processos de transformação da sociedade, propostos pela Reforma Psiquiátrica, permeados por conflitos e tensões vislumbradas principalmente no campo ideológico. Desde os primórdios da enfermagem, defende-se apostar no poder vital para a pessoa se reconstruir-se e a relação terapêutica como forma de ajudar o outro alcançar níveis melhores de saúde. No entanto, na contemporaneidade, a enfermagem soma-se a estes, os desafios de reunir: a essência da enfermagem, dos constructos da Reforma Psiquiátrica e do Sistema Único de Saúde.

Considerando os resultados das publicações analisadas, observa-se o território sendo apontado na implantação da proposta psicossocial evidenciado pelas temáticas apresentadas: as ideias de território e rede na construção do campo psicossocial; a relação ente Atenção Básica e saúde Mental visando o cuidado ampliado aos cidadãos; e a abordagem da integralidade e a promoção de saúde mental nas práticas realizadas no território. Deste modo, temos dois eixos: o cuidado territorial de saúde mental ao cidadão atendido pela Atenção Básica em parceria dos serviços especializados de saúde mental; e o cuidado ampliado e territorial pelos CAPS aos usuários com sofrimento psíquico grave, com vistas à emancipação.

No primeiro eixo, a atenção à saúde mental de todos os cidadãos, realizada pela Atenção Básica, aponta-se resultados como:

- ✓ Espaços voltados à saúde mental no contexto da atenção básica contribuirão para a efetivação de práticas e construção de novos saberes para a produção de saúde e vida no território existencial dos sujeitos (ANTONACCI e PINHO, 2011).
- ✓ As Unidades Básicas possuem estratégias semelhantes no atendimento de saúde mental à população, estruturando, a partir do acolhimento, o fluxo do usuário nos

serviços. As estratégias utilizadas são: reuniões de equipe, nas quais há capacitação, discussão de casos, acolhimento e elaboração de projetos terapêuticos, e visitas domiciliares conjuntas (MIELKE e OLSCHOWSKY, 2011).

- ✓ O trabalho conjunto ESF e CAPS enriquece ainda mais a prática e possibilita uma rede maior de cuidados no território(MIELKE e OLSCHOWSKY, 2011).
- ✓ Os registros em prontuário podem constituir os atores e instâncias sociais citados como envolvidos no campo da saúde mental, enredando-os na malha administrativa construída como rede de suporte social(SILVA, 2009).
- ✓ O apoio matricial propicia a construção coletiva de saberes em saúde mental, de cuidado aos Agentes Comunitários de Saúde e fomenta a construção de redes do cotidiano, estimulando a articulação entre saúde mental e saúde da família de forma a favorecer o exercício da cidadania e a autonomia dos sujeitos sobre sua própria saúde (SILVA et al, 2011).
- ✓ Rede e território são conceitos fundamentais para o entendimento do lugar e articulações dos CAPS e isso se aplica também à sua relação com a rede de atenção Básica de Saúde (SILVA, 2009).
- ✓ Os profissionais das equipes Atenção Básica necessitam de retaguarda assistencial e orientações técnicas de equipes especializadas em saúde mental para a realização de ações de saúde mental no território (apoio matricial) (MIELKE e OLSCHOWSKY, 2010) .

No segundo eixo, o cuidado territorial aos usuários com sofrimento psíquico grave, evidencia-se resultados como:

- ✓ O cuidado territorial está na intersecção da clínica especializada e os contextos das práticas relacionadas à vida dos usuários(MIELKE e OLSCHOWSKY, 2011).
- ✓ As práticas itinerantes passaram a ter uma importância estratégica na desinstitucionalização das práticas e na construção da integralidade do cuidado (LEMKE e SILVA, 2011).
- ✓ Abordagem grupal favorece a o fortalecimento dos vínculos e dos laços de confiança entre profissionais e usuários, o que proporcionou a reconstrução das relações sociais (MIELKE, 209). E as atividades comunitárias, coordenadas pelos CAPS, permitem a ampliação das relações sociais.

- ✓ O ‘técnico de referência’ toma por responsabilidade o processo de negociação, divisão e delegação de encargos pelo cuidado em saúde mental, entre profissionais, familiares, usuários e membros da comunidade (SILVA, 2009).
- ✓ O engajamento, o vínculo e a implicação, do profissional de referência são técnicas cujas funções terapêuticas e administrativas são articuladas.
- ✓ As relações interpessoais e interações sociais são compreendidas como a base do existir humano e antecedem mesmo as técnicas terapêuticas, inscrevendo-se na dimensão cidadã e política do cuidado (NUNES et al, 2008).
- ✓ Mudanças significativas têm acontecido no campo da saúde mental, quanto ao conceito de Saúde Mental e o abandonando a assistência centrada na doença, para focar a promoção da saúde, o resgate da cidadania e a participação social (ALMEIDA e TREVISAN, 2011).
- ✓ Percebe-se que familiares e vizinhos de pacientes psiquiátricos têm sido instigados a participar da política pública, principalmente no lugar de suporte social, considerados parceiros (SILVA, 2009).

Portanto, as abordagens e os elementos da prática territorial, propostas nas publicações analisadas, abarcam os elementos diversos do campo psicossocial: estratégias, princípios, ação dos profissionais, recursos territoriais, cidadania, emancipação dos sujeitos etc. Isto é, as práticas territoriais trazem um único imperativo: valorizar o usuário como ser social, cidadão, autônomo, único, capaz de elevar seus níveis de saúde. Para tal, as práticas devem acontecer de dentro para fora dos serviços, ou seja, no território onde os usuários vivem. O *modus operandi* desta proposta é a relação, assim pode-se dizer que o profissional ocupa-se permanentemente da negociação com pessoas ou recursos do território.

Por sua vez, a enfermagem psiquiátrica atrela à clínica a valorização do contexto em que os usuários vivem, as suas interações sociais significativas, os recursos territoriais necessários à emancipação e autonomias dos usuários. O grande desafio para a enfermagem, seja nos CAPS ou ESF, é romper com as práticas historicamente hospitalocêntricas pautadas em procedimentos técnicos, fragmentados e autoritários centrados na ‘doença’.

No entanto o conceito de território assume esse papel central na transformação em relação a ‘loucura’, visto que é o trabalho no campo social que possibilita a inclusão e o resgate da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico. É através do território, entendido como um conjunto de forças sociais, que são produzidos mecanismos de inclusão e exclusão, com possibilidade de acionamento ou reformulação, que essa

transformação cultural acontece (OLIVEIRA, 2004). Assim, as ações territoriais dos profissionais de saúde mental vislumbram a produção de saúde mental e ativação de recursos escondidos.

CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO

Neste capítulo, apresentaremos o Referencial Teórico e Metodológico. Inicialmente, abordaremos o Intuir Empático (OLIVEIRA, 2005), apontando os constructos teóricos e a Clínica de Enfermagem Psiquiátrica. Considerando a enfermagem como arte e ciência, nos remetemos ao exercício de debruçarmos a construção da prática da Enfermagem Psiquiátrica a partir dos alicerces teóricos e os eixos operacionais que sustentam a terapêutica que acontece no serviço de saúde mental. Partimos do pressuposto de que a enfermagem tem historicamente negado a nomeação de práticas de cuidados essenciais para a vida humana.

O referencial teórico da clínica de Enfermagem Psiquiátrica representa a sustentação que provoca discussões acerca da prática junto aos sujeitos que executam a tal clínica de forma a ampliar as possibilidades de vida aos sujeitos cuidados. O referencial teórico é ao mesmo tempo apresentado e construído com os sujeitos à medida que a discussão nos traz outros olhares, assim como a relação com as experiências dos sujeitos nos remete a outros suportes teóricos.

Desta forma, partimos da apresentação do referencial Intuir Empático, nos retroalimentamos das discussões dos sujeitos do cuidado e retomamos a construção teórica da Clínica de Enfermagem Psiquiátrica. Para essa dinâmica, adotamos a Pesquisa Convergente Assistencial como caminho para construção da referida Clínica, agora com a perspectiva territorial. O referencial de pesquisar-cuidar foi escolhido na expectativa de que o processo de construção conjunta de um referencial para Enfermagem Psiquiátrica território.

2.1. O INTUIR EMPÁTICO NA CLÍNICA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NO TERRITÓRIO

Para Abbagnano (2007, p.1122), teoria é: “Uma hipótese ou um conceito científico”. Alligood e Tomey, (2002, p.07) acrescentam que a Teoria: “é um grupo de conceitos relacionados que sugerem ações para conduzir a prática”, e Teoria de Enfermagem: “É um grupo de conceitos relacionados que provêm dos modelos de enfermagem”.

Alligood e Tomey, (2002) e George (2002) concordam que a Teoria de Enfermagem é um conjunto de conceito e definições, relações e premissas ou proposições derivadas de modelos de enfermagem ou de outras disciplinas e projetar uma visão teológica e sistemática dos fenômenos através da concepção de inter-relações específicas entre os conceitos para fins de descrever explicar, prevendo e/ou prescrição.

Apoiada nestes autores, as Teorias possuem as características de:

- ✓ Relacionar os conceitos de tal forma a criar uma maneira diferente de olhar para um fenômeno particular;
- ✓ Possuir natureza lógica;
- ✓ Ser generalizável;
- ✓ Possuir bases de hipóteses que podem ser testadas;
- ✓ Possuir um corpo geral de conhecimento dentro da disciplina que através da pesquisa são validá-los;
- ✓ Ser usada pelos profissionais para orientar e melhorar a sua prática;
- ✓ Reconhecer outras teorias validadas, leis e princípios;

Na prática, as Teorias têm a finalidade de:

- ✓ Auxiliar os enfermeiros para descrever, explicar e prever experiências cotidianas;
- ✓ Servir para orientar a avaliação, intervenção e avaliação dos cuidados de enfermagem;
- ✓ Fornecer uma base racional para a recolha de dados válidos e confiáveis sobre o estado de saúde dos clientes, que são essenciais para a tomada de decisão eficaz e implementação;
- ✓ Ajudar a estabelecer critérios para medir a qualidade dos cuidados de enfermagem;
- ✓ Ajudar a construir uma terminologia de enfermagem comum o uso na comunicação com os outros profissionais de saúde. As ideias são desenvolvidas e palavras definidas;

- ✓ Melhorar a autonomia da enfermagem definindo suas próprias funções independentes.

Nesta perspectiva, buscamos na Teoria do Intuir Empático sustentação científica para a prática da Enfermagem Psiquiátrica no território. Partiu-se do pressuposto do cuidado de enfermagem sustentado nos constructos: intuição, empatia, escuta qualificada, tempo, esperar e prontidão para o cuidado. No entanto, esta Teoria, ainda em construção, deixou em aberto o fenômeno prática no território.

O Intuir Empático na Clínica de Enfermagem Psiquiátrica, proposto por Oliveira (2005), define os constructos da Teoria do Intuir Empático, como:

Intuição - Forma de contato direto ou imediato da mente com o real, capaz de captar sua essência de modo evidente, mas não necessitando de demonstração.

Empatia - 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.

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.

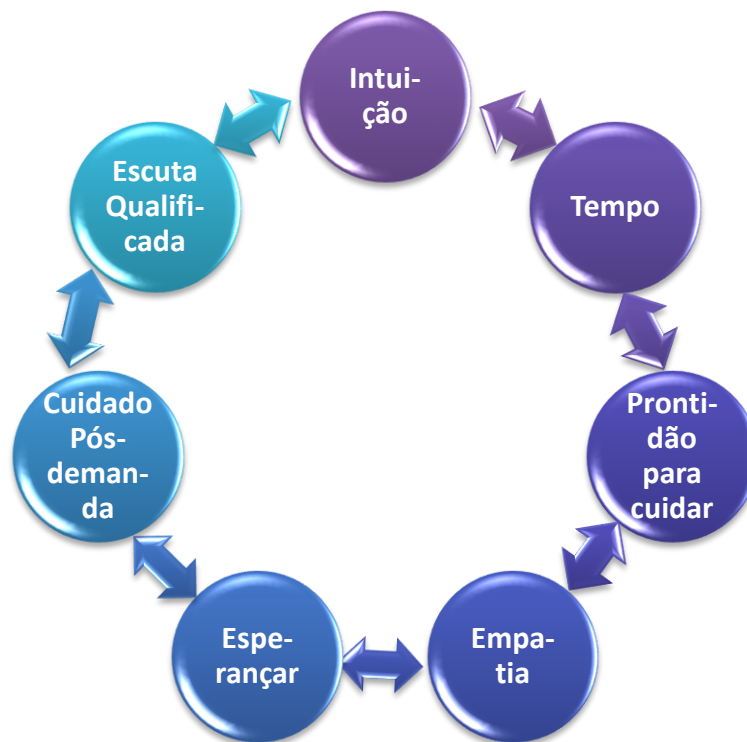
Tempo - É do sujeito que sofre, e não da enfermeira que cuida; ele é interno e está muito mais relacionado com confiança, com querer e sentir-se acolhido do que com o avançar dos ponteiros do relógio.

Esperar - 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.

Prontidão para cuidar - A enfermeira está ao lado do paciente, faz o caminho com ele, conhece e cria com ele um espaço de vida.

Estes elementos são dinâmicos, interdependentes, singulares e simultâneos na prática da Enfermagem. Os elementos se articulam de forma desorganizada para as tomadas de decisão ligadas ao cuidado. A figura 1 apresenta a dinâmica dos elementos do Intuir Empático.

Figura 1 – Teoria do Intuir Empático. Fonte: OLIVEIRA, (2005) e CAVALCANTI, (2010, p. 35).



Considerando o processo dinâmico do Intuir Empático e a característica de estar aberto para questões que não foram respondidas, este estudo buscou apoiar no Intuir Empático para construir constructos da Enfermagem Psiquiátrica. Ou seja, a partir do fazer dos enfermeiros, propusemos discutir e teorizar a Clínica de Enfermagem Psiquiátrica no território.

Segundo Oliveira (2005. P.71),

“A Enfermagem se instrumentalizou, ao longo de sua história, através de técnicas, de estudos epistemológicos, diferentes tecnologias e métodos e compreender esses processos tornou-se especialmente necessário, inclusive para romper com a visão preconceituosa sobre o equívoco da dicotomia teoria/prática. A Enfermagem como uma ciência em construção vem unindo esforços para buscar um corpo de conhecimento próprio para aplicar à sua prática e, esses conhecimentos são geralmente expressos em termos de teorias. A assistência à saúde se constitui num campo institucionalizado, o que significa dizer que se subordina a um padrão normativo constituído pela ciência, pela economia, pela política, pela moral. Equivale dizer que se constitui num fenômeno social.”

A Enfermagem Psiquiátrica está em constante construção, seja nas discussões de diversos atores sociais que vivenciam o cuidado, seja na elaboração teórico-científica.

Entretanto, compreender este fenômeno social é aumentar a consciência da prática, que se constrói nas demandas de cuidados por sujeitos de um determinado território. E ao mesmo tempo, tomar consciência da construção contínua da prática, sustentada na ciência.

A Relação Teoria e Prática na Enfermagem Psiquiátrica

Embora os constructos do Intuir Empático estejam didaticamente edificados e dispostos em fileira, na prática do cuidado, eles estão conectados, são interdependentes, dinâmicos e são o arcabouço do cuidado de enfermagem psiquiátrica. Deste modo, o intuir empático representa a dualidade humana na relação enfermeira e cidadão de direito na busca por cuidado, na sua essência.

A máxima desse pressuposto teórico é o investimento no sujeito. E investe-se no sujeito capaz de funcionar socialmente. Ou seja, acredita-se que o sujeito, mesmo com suas diferenças e/ou dificuldades é parte do corpo social (familiar, grupal etc.) e pode encontrar seu modo de estar ali, mesmo que necessite de auxílio para fazê-lo. As formas, subjetiva e social, de ser e estar no mundo, mas construída no processo histórico dos grupos. Assim, o cuidado requer considerar este sujeito social, histórico e único no seu processo de existir e se reconstruir.

No entanto, o sofrimento psíquico atravessa a existência do sujeito de forma avassaladora modificando as expectativas próprias e sociais, acrescentando estigmas e rótulos limitantes que afastam o sujeito do seu ser. Mas, a mesma sociedade que rotula, limita e exclui também representa a possibilidade de reconstrução do *status* de sujeito cidadão. A proposta do cuidado de enfermagem é justamente intervir nesta contradição, do sujeito porque acredita que ele pode galgar melhores níveis de bem-estar: individual e grupal.

As marcas do sofrimento psíquico no sujeito social se apresentam como desistir de si mesmo, abandono da sua subjetividade, fragmentação do ser, a não expressão (desejos, pontos de vista, fala, vontade etc.), a fuga, a exclusão, entre outras. Assim, o cuidado perpassa importar e investir neste sujeito de maneira tão intensa que isso o afete a acreditar também em si mesmo. Na prática, é oferecer e construir junto com o sujeito possibilidades de fazer algo por ele mesmo, ao ponto que o sujeito experimente outra forma de estar e vivenciar a condição de cidadão social de direito.

O Intuir Empático na prática é o exercício da Enfermagem Psiquiátrica para investir no sujeito social e fortalecê-lo para a vida autônoma e cidadã. Para Abbagnano

(2007), *práxis* é a transcrição da palavra grega que significa ação, enquanto marxista designa o conjunto de relações de produção de trabalho que constitui estrutura social e a ação transformadora que a revolução deve exercer sobre tais relações. Para o Marxismo, é preciso explicar a formação de ideias a partir da *práxis material* e que, por conseguinte, formas e produtos da consciência só podem ser eliminados por meio da imersão prática das relações sociais existentes, e não por meio da crítica intelectual.

Na prática, o investimento no sujeito acontece nas relações cotidianas do sujeito social enquanto se administra a dicotomia ideias e prática social. Seja acreditar no sujeito e colocá-lo na condição de trocas sociais, seja emprestar um pouco de si (enfermeira) para que o sujeito experimente existir de outra forma ou tantas outras formas de colocar a ideia de cidadão de direito em ação.

O cuidado acontece nas relações em que a enfermeira psiquiatra se importa através da ação de esperar, escutar e cuidar. Porém, estas ações estão permeadas por intuição, empatia e respeito ao tempo e à liberdade de ser cada sujeito. Estes constructos são ao mesmo tempo práticos e afetivos. São práticos na medida em que se sustentam na ação de ajudar o outro a atender suas necessidades emergentes e básicas e afetiva por adentrar campos, tais como das emoções, dos significados que nos faz mover, dos sentimentos que nos constitui historicamente, dos desejos de vir a ser melhor, da figura de ideal de ser social, entre outros campos profundos da existência humana.

A clínica da Enfermagem Psiquiátrica é explicada à luz do Intuir Empático:

“O intuir empático” constitui-se num processo dinâmico e pessoal, uma vez que é a partir dele que a enfermeira constitui sua ação de cuidar de pacientes com transtornos psiquiátricos. Assim ao estudar o intuir empático da enfermeira na perspectiva do Interacionismo Simbólico, tivemos como foco central a ação da enfermeira, seu olhar e seu ambiente, o que, no nosso ponto de vista, constitui-se no seu mundo. Procuramos conhecê-la e compreendê-la sob o ponto de vista de quem vive nele.” (OLIVEIRA, 2005, p. 195).

O Interacionismo simbólico tem origens na corrente filosófica Pragmatismo e tem como premissas, segundo Oliveira (2005, p. 25):

“A primeira premissa afirma que os seres humanos agem em relação às coisas com base no significado que elas têm para eles. Estas coisas incluem o que o ser humano pode encontrar no seu mundo, ou seja, objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos, instituições, atividades e situações da vida diária. A segunda premissa, afirma que o significado de tais coisas é derivado ou decorre da interação social que cada ser humano tem com o outro. Na terceira premissa, que estes significados são tratados e modificados através de um processo de interpretação, usado pela pessoa ao lidar com as coisas que ela encontra.”

Nesse contexto, o cuidado, sob a lente do modelo teórico Intuir Empático, se constrói a partir dos significados e das ressignificações que os sujeitos trazem,

resultantes da interação social e do processo contínuo de interpretação que acontece enquanto se exercita os atos de cuidar e existir.

O ponto inicial para compreender o fenômeno “O Intuir empático como estratégia de cuidado da enfermeira psiquiatra” está em considerar o que é empatia e o que é intuição.

Empatia foi definida como a capacidade para ingressar na vida de outra pessoa, perceber adequadamente seus sentimentos atuais e seus significados; um elemento essencial no processo interpessoal; forma a base para uma relação de ajuda; a tendência para sentir o que sentiria caso estivesse na situação e circunstância experimentadas por outras pessoas (OLIVEIRA, 2005).

A intuição no “Intuir Empático” é um componente importante no julgamento clínico e na tomada de decisões, sendo, portanto, imprescindível para uma maior qualidade do cuidado de enfermagem; é um instrumento cognitivo importante que pode ser usado por indivíduos e grupos com vistas a encontrar soluções para problemas complexos na prática clínica, seja no gerenciamento, educação e pesquisa em enfermagem; os conhecimentos e sentimentos que possibilitam a tomada de decisão sem recurso do processo analítico consciente; é, ainda, o ato de ver, perceber, discernir; percepção clara e imediata, discernimento instantâneo; visão (OLIVEIRA, 2005).

Nessa perspectiva, cuidar é o ideal moral da Enfermagem cujo fim é a proteção, promoção e a preservação da dignidade humana. O ponto de partida é o afeto, o desejo, um desejo, uma intenção, um compromisso que se manifestam em atos concretos - atos de cuidar.

“Pode-se dizer que o cuidado da enfermeira psiquiatra se constitui a partir da experiência, conhecimento e empatia. Fizemos um esforço de tentar vislumbrar os signos que essas palavras contém, a fim de clarear e a ideia sobre a clínica de Enfermagem Psiquiátrica. Os construtos escuta qualificada, tempo, esperar, prontidão para cuidar, cuidado à *posteriore*, secretariado da loucura e empatia é uma tentativa de traduzir melhor a especificidade e a natureza da clínica da Enfermagem Psiquiátrica.” (OLIVEIRA, 2005, p. 216)

A ação da enfermagem acontece no raciocínio clínico do Processo de Enfermagem, através do uso da ciência e arte, pela constituição de uma unidade entre teoria (premissas e proposições), tecnologia (método e artefatos) e interação (relação intersubjetiva). As fases do Processo de Enfermagem, descritas pelos padrões de prática da Enfermagem Clínica Psiquiátrica e de saúde mental, consistem em avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (OLIVIERA, 2005).

A atitude de cuidar se traduz no investimento ao sujeito, atitude de ajudá-lo a se reconstruir enquanto sujeito social, consciente da sua condição de cidadão de direito.

Mas esta atitude de cuidar se traduz na relação interpessoal, através do processo dinâmico de interpretação dos significados e interação social. Ele não está imbricado na condição humana, é introduzido no processo de formação para o cuidado, edificado nas experiências profissionais, sustentado no conhecimento e se amplia nas relações humanas.

Segundo Travelbee (1979, p.4 e 5), a Enfermagem Psiquiátrica se define como:

“Un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera profesional ayuda a una persona, familia o comunidad con el objeto de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y sufrimiento mental e si es necesario contribuye a descubrir un sentido a estas experiencias.”

Para a autora, a enfermeira psiquiatra realiza atividades que criam um marco terapêutico dentro do qual o sujeito pode se desenvolver como ser humano. Por exemplo, ajudar o sujeito a respeitar a si e os outros; ajudar a obter gozo e prazer nas relações sociais; ajudar a fazer parte da comunidade; proteger o sujeito de si e dos outros; definir limites se necessário; colaborar com membros de outras equipes de saúde; enfim, um processo em construção.

Nessa proposta, a relação pessoa-pessoa com fins terapêuticos tem três condições: compromisso emocional (capacidade de transcender-se e importar-se com a outra pessoa, em um nível maduro de ajuda); aceitação do outro e uma atitude de não julgar (se não consegue aceitar alguém, reconhecer honestamente e buscar parcerias); objetividade na relação interpessoal (mesmo sendo impossível, deve-se buscar um grau razoável através de metas estabelecidas para a interação). Em um segundo processo, a clínica de Enfermagem Psiquiátrica trabalha ações práticas, subjetivas e afetivas de investir no sujeito social a partir das suas demandas.

A Prontidão Para Cuidar

A enfermagem tem sua gênese na prática e o seu fazer se constituiu nos procedimentos técnicos: Colière (2001) a chama de paramédica; e Kirschbaum (2000) resume o seu fazer em ações complementares ao ato médico. Assim, na atualidade, os teóricos da Enfermagem esforçam-se para abarcar as premissas científicas contemporâneas para a Enfermagem.

A enfermagem paramédica, ou complementar aos atos médicos, protege-se na disciplina médica e não necessita de raciocínio clínico, autonomia, corpo teórico definido etc. A Enfermagem Psiquiátrica hospitalar protege-se na instituição e seus protocolos em uma zona de conforto de ação. A ideia da reabilitação já parte da condição de desabilidade. No entanto, se considerarmos a condição da Política de Saúde

Mental para esse novo modo de produzir saúde, dentro da perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos sujeitos entre si, a Enfermagem Psiquiátrica necessita vestir-se de todo aparato contemporâneo científico para atuar de forma ampla, singular e terapêutica.

Atualmente, o cuidado de Enfermagem Psiquiátrica assumiu a complexidade da promoção de bem-estar do sujeito social. Mas, considerando que esse processo encontra-se em plena construção, ocorre divergências quanto ao entendimento da sociedade sobre o ser e fazer da Enfermeira Psiquiatra. Divergência na percepção da sociedade (usuários, equipe de saúde, serviços da rede, instituições) quanto à identidade e à prática da Enfermagem Psiquiátrica. Esse fato é mais um percalço no caminho de uma especialidade da enfermagem em construção.

Logo, é um constante exercício de Prontidão para o Cuidado na dinâmica da construção da enfermagem psiquiátrica. A enfermeira sai da proteção instituída para um lugar em que o usuário encontra-se no seu lugar de proteção: sua moradia, seu território. Ou seja, ela sai do lugar de conforto para refazer-se no caminho do outro.

Nesse sentido, a prontidão para atender o outro faz exigências, como políticas públicas adequadas, número de profissionais para atender à demanda de uma determinada área programática, qualidade de parceiros para o cuidado dentro da rede comunitária, condições para o cuidado no ato da demanda, tempo e disponibilidade interna para cuidar e um contínuo processo de desenvolvimento social.

A prontidão para o cuidado necessita de um olhar refinado, que não segrega diferentes, mas inclui singulares. O cuidador está constantemente disponível a discutir e repensar seus valores na expectativa de melhorar as relações interpessoais e terapêuticas, em um exercício de autoconscientização. Estar aberto a aceitar o outro sempre, segundo Travelbee (1979), é impossível. Mas admitir e considerar a sua limitação são atitudes de reconstrução. Enquanto que direcionar o cuidado daquele usuário que não é aceitável para outra enfermeira é uma atitude de zelo pelo usuário. Além de permitir um exercício de autorreflexão e autoconhecimento da cuidadora para superar crenças ligadas ao descuidado.

O cuidado só é possível pela condição humana. Assim, cansar-se, irritar-se e sofrer é do humano, mas assumir uma atitude de ser honesto consigo mesmo e autocuidar faz parte do processo de cuidar. O cuidado acontece no respeito e na liberdade de ser na sua essência. Afastando disso é descuido e desumano. Em uma relação de cuidado, ambos são sujeitos de direito: ativo, livre, autônomo e criativo.

2.2. A PESQUISA CONVERGENTE – ASSISTENCIAL - PCA

A escolha pela PCA como referencial metodológico para este estudo deve-se à possibilidade de estreita relação com a situação social, com vistas a buscar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações nesta situação social. Com a PCA será possível desenvolver o processo de pesquisa com os atores sociais, no movimento em que prestam os cuidados no CAPS III, permitindo, assim, articulações entre teoria e práticas de ação da enfermagem.

A problemática estudada centra-se no fato que a prática de cuidados pela enfermagem psiquiátrica transformou-se com as demandas da Política de Saúde do Brasil e foi necessário incluir outros elementos relacionados a fenômeno da inclusão do território na prática de enfermagem. Mas a perspectiva da lógica do território não está claramente contemplada na Clínica de Enfermagem Psiquiátrica. Todavia, os serviços de base territorial foram implantados e a enfermagem tem construído tais práticas. A PCA se aplica por possibilitar a sua convergência com a prática profissional da enfermagem no pensar/fazer dos cuidados no território.

A PCA, segundo Trentini e Paim (2004), foi inspirada na Pesquisa-Ação (de Kurt Lewin) e no Processo de Enfermagem. Assim, ocorre uma ponte interativa: as informações obtidas pela pesquisa influenciam a prática assistencial em renovação e as informações obtidas na prática alimentam as indagações processadas pela pesquisa.

A Pesquisa Convergente-Assistencial sempre requer participação ativa dos sujeitos de pesquisa: está orientada para resolução ou minimização de problemas na prática ou para realização de mudanças ou introdução de inovações nas práticas de saúde o que poderá levar à construção teórica; portanto a pesquisa convergente compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada numa relação de cooperação mútua. (TRENTINI e PAIM, 2004, p. 24).

Para a PCA, o tema que relaciona teoria e prática propõe outra maneira de agir dos enfermeiros: cuidar, pesquisar; cuidar, ensinar e pesquisar. Deste modo, o pesquisador coloca-se em compromisso com a construção de conhecimentos para a renovação das práticas assistenciais do campo estudado. Assim, a PCA adota um desenho metodológico de proximidade e afastamento diante do saber-fazer assistencial, em um processo no qual as informações obtidas pela pesquisa influenciam a prática assistencial em renovação e informações obtidas pela prática alimentam as indagações

processadas pela pesquisa. Esse movimento crítico constitui uma ponte interativa: pesquisa e prática assistencial.

A PCA sustenta-se nos pressupostos: o contexto da prática assistencial suscita inovação; o contexto da prática assistencial é um campo fértil de questões abertas de pesquisa; o espaço das relações entre pesquisa e a assistência vitaliza-se simultaneamente; A PCA implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial; e o profissional de saúde é potencialmente um pesquisador (TRENTINI e PAIM, 2004).

O pesquisador segue normas de rigor científico em relação à obtenção de dados, registro e análise da informação, ao mesmo tempo em que age conforme exigências da prática, ou seja, o compromisso ético com o usuário do serviço. Resumindo, o método enfatiza o ‘pensar’ e o ‘fazer’; valoriza o saber pensar, o saber fazer e o aprender pensar a prática, ou seja, o refazer no sentido da inovação e reconstrução do conhecimento. O pesquisador, inserido no campo da prática assistencial, coloca-se em compromisso com a construção de conhecimentos novos para a renovação das práticas assistenciais.

Para esta pesquisa foi escolhida a abordagem qualitativa por permitir um caminho mais flexível e, conseqüentemente, mais fiel no que se refere à singularidade e aspectos da vida descritos pelos sujeitos. A abordagem qualitativa, neste estudo, possibilita uma compreensão detalhada dos significados e da expressão da vida das pessoas.

Acredita-se que o pesquisador, nesta abordagem, encontra as ferramentas necessárias para apreender os significados ocultos no universo do objeto de pesquisa em sua relação com os atores sociais por valorizar o subjetivo nos comportamentos humanos, bem como o que é expresso nas falas, nos sentimentos e nas crenças (MINAYO, 2000).

Na pesquisa qualitativa, a realidade não é uma entidade fixa, é uma construção dos indivíduos que participam da pesquisa, esta realidade só existe dentro de um contexto e nele muitas construções são possíveis. As falas e as interpretações são as chaves para a compreensão dos fenômenos de interesse e as interações subjetivas são as principais maneiras de acessá-los.

O Campo de Estudo de estudo compreendeu um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) do município do Rio de Janeiro e seu território de abrangência, mediante autorização do serviço e a viabilidade para o trabalho conjunto: pesquisa e assistência. Os CAPS são serviços de base territorial destinados à atenção as pessoas em sofrimento psíquico graves segundo suas necessidades, são substitutivos ao hospital psiquiátrico

(do antigo modelo) e compreendem o principal serviço de saúde mental da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005).

Os sujeitos do estudo foram os profissionais de enfermagem, nível superior, que trabalham no CAPS III e pactuam da decisão do CAPS III em repensar a ação dos profissionais no território. Assim, foram incluídos na pesquisa os sujeitos que concordaram em participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na primeira etapa foi realizado o reconhecimento do fazer e dos sujeitos do estudo através de observação e entrevista aberta. Para a entrevista, elaborou-se duas questões com objetivo de compreender a ação da enfermagem no CAPS III: Quais atividades você realiza dentro do CAPS? E quais atividades você realiza no território? Em uma segunda etapa, foram elaborados encontros educativos, chamados Grupos Educativos (GE), segundo a proposta da PCA, a partir da análise dos dados coletados na primeira etapa. Nos encontros, foram abordados a ação, o suporte teórico e a autoanálise dos sujeitos enquanto agentes de cuidados no território, como também a questão teórico-prática.

À luz do método, a abordagem dos sujeitos sobre o seu fazer foi delimitando para o referencial teórico. Deste modo, os dados da primeira etapa orientaram o desenvolvimento da segunda: os Grupos Educativos e a análise dos dados.

Fases do PCA - Concepção da Pesquisa

Para compreender a questão das práticas territoriais no campo psicossocial e a produção de cuidado pela enfermagem psiquiátrica, foi realizada uma revisão bibliográfica com a finalidade de mapear as práticas atuais da enfermagem no campo psicossocial em duas etapas: artigos científicos e teses/dissertações.

Instrumentação - Decisões Metodológicas

O espaço que aconteceram as entrevistas e os GE foi o Centro de Atenção Psicossocial III: auditório, consultório, sala de oficina ou refeitório, conforme disponibilidade. A Técnica de Produção dos Dados selecionada: entrevistas individuais com os enfermeiros, discussão com o grupo sobre a problemática, observação participante, gravação e transcrição dos GE e auto-observação.

Instrumentos para coleta de dados: roteiro de entrevista semiestruturada, roteiro para observação, gravador, diário de campo e roteiro de auto-observação nos encontros reflexivos.

Perscrutação

Inicialmente, realizamos aproximação com a equipe de enfermagem visando esclarecimentos e sugestões; depois, entrevistas individuais com os sujeitos para identificar perfil, a prática e a eleição dos temas para os encontros. Posteriormente, realizamos a produção dos dados de pesquisa.

A análise se deu da transcrição das entrevistas, gravações e diário de campo. Análise: 1) quadros, planilhas; 2) triangulação das entrevistas, discussões convergentes e as observações; e 3) triangulação com as produções nos GE, as avaliações e demais dados. Os encontros educativos foram negociados com os sujeitos e obedeceram aos objetivos do estudo.

Quadro 2: Etapas da PCA (Rio de Janeiro, 2014)

ETAPAS	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	ANÁLISE	CONCLUSÕES
Primeira	Investigar as ações de cuidado das enfermeiras no CAPS III	Entrevista e observação	Análise de discurso	Descrição das práticas realizadas
Segunda	Desenvolver, em parceria com as enfermeiras, um processo de construção do conceito de território para a clínica de Enfermagem Psiquiátrica inovadora para sustentar o cuidado no CAPS III do município do Rio de Janeiro.	1º GE, 2º GE	Análise de discurso	Conceitos das práticas descritas pelas enfermeiras
Terceira	Avaliar a mudança dos enfermeiros	3º e 4º GE	Análise de discurso	

CAPÍTULO 3 – DESCRIÇÃO DO CAMPO E DOS SUJEITOS

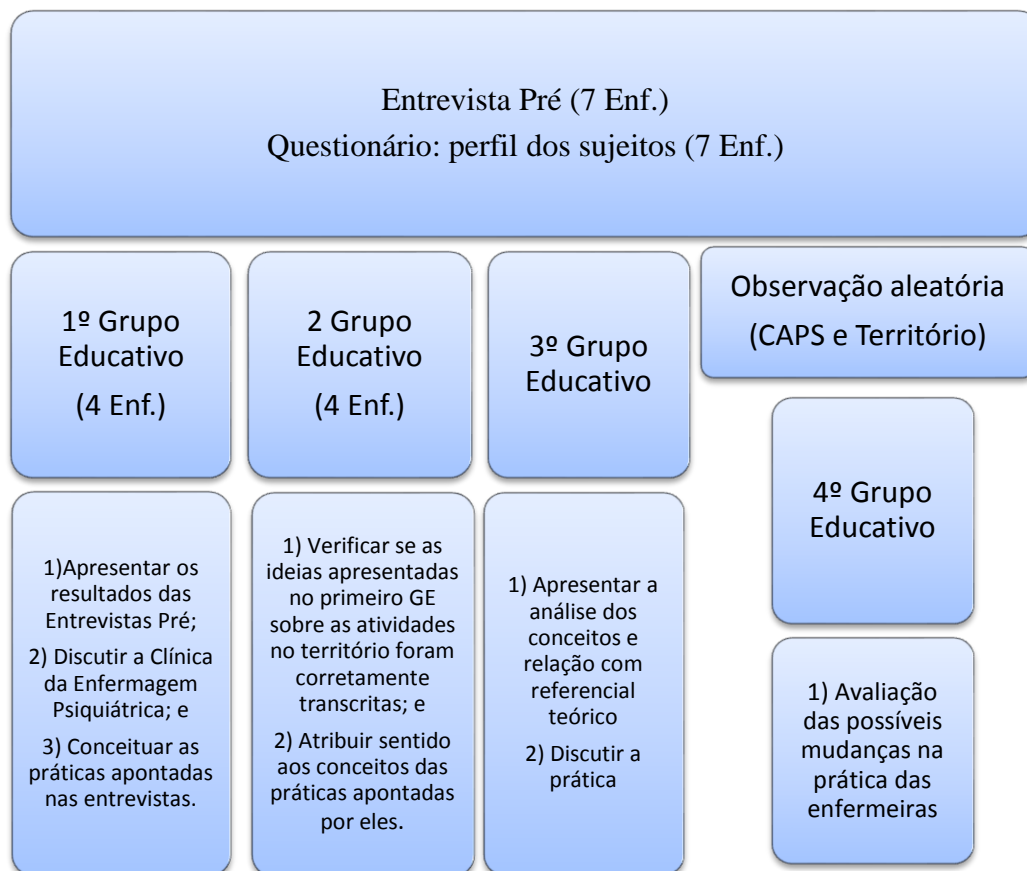
Como parte dos resultados foi construída uma descrição sucinta do território da Rocinha, onde situa o CAPS Maria do Socorro dos Santos, como forma de aumentar a compreensão deste território muito particular e complexo. A história e as particularidades deste lugar, onde ao mesmo tempo destaca a pobreza humana e riqueza de cultura.

Um lugar onde se vivencia ao mesmo tempo a precariedade dos recursos materiais e riqueza cultural. Observa-se moradias inadequadas (barracos e aglomerado de pessoas), insalubridade (altos índices de tuberculose), dificuldade de acesso (ladeiras, becos, valões), o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, altos índices de violência, entre outros problemas sociais. Percebe-se também moradias espaçosas, diversidade cultural (a grande maioria é imigrante do nordeste brasileiro mas também pessoas de outras áreas do Rio de Janeiro, do Brasil e do mundo), comércio ativo e diversificado, bares, restaurantes, bancos e centros culturais.

Não foi nosso objetivo um estudo antropológico da Rocinha, mas é impossível adentrar aquele território sem refletir sobre o modo de viver ali. É ao mesmo tempo impressionante e chocante, repugnante e encantador, rico e miserável; e foi neste espaço que nos propusemos construir o estudo da Clínica de enfermagem psiquiátrica no território.

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Quadro 3: Desenho das Etapas Metodológicas (2014)



3.2. CAMPO DO ESTUDO

O Campo do estudo centraliza-se no CAPS III Maria do Socorro, situado na Rocinha, Rio de Janeiro. Um serviço de saúde mental que faz parte do Complexo de Saúde: CAPS, UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e Clínica da Família (Unidade da Estratégia Saúde da Família). O Complexo faz parte da Política de Saúde do Município, construído após a intervenção de Segurança Pública e instalação da UPP (Unidade de Polícia Pacificadora) da Rocinha, regulada pelo Decreto N°. 42.787 de 06 de janeiro de 2011 (RIO DE JANEIRO, 2011).

A Rocinha, a maior favela da América Latina e uma das maiores do mundo, apresenta problemas de saneamento básico, instalações elétricas, coleta de lixo, além de construções inadequadas para moradia e vias de transporte. Também é uma das comunidades que, nas últimas décadas, esteve marcada pelo tráfico de drogas e violência. Historicamente, a Rocinha nasceu da ocupação irregular:

“Nos anos de 1930, a região foi adquirida por imigrantes espanhóis e portugueses, antes dessa data, a área era a “Fazenda Quebra-Cangalha”, onde havia plantio de café. A favela se formou entre o morro Dois Irmãos (cartão-postal da cidade) e que divide os bairros de São Conrado e da Gávea. Além da plantação de café, no decorrer da primeira metade do século XX, haviam plantações de legumes e verduras que eram vendidas pelos próprios moradores, daí a origem do nome “Rocinha”. Na cidade do Rio de Janeiro, é uma das favelas mais urbanizadas, possui vegetação de mata fechada, comércio próprio (incluindo bancos), central de correspondências (para receber e enviar cartas de moradores que não possuem CEP), *lan houses*, bibliotecas, escolas, bailes *funks* e rádios comunitárias.” (INFOESCOLA, 2013).

Segundo o IBGE (2010), a Rocinha é um aglomerado subnormal³, que em 2010 possuía 23 352 domicílios ocupados, uma população de 69 161 moradores e em média 3 moradores por domicílio. Em comparação à comunidade denominada Morro do Alemão com 4 322 domicílios, é necessário somar nove aglomerados contíguos com um total de 16 359 domicílios para aproximar-se do tamanho da Rocinha.

Bem próximo da Rocinha, encontra-se outro aglomerado anormal chamado Vidigal, que possuía, em 2010, 3 235 domicílios, com uma população de 9 678 mil. Ambos são da área de cobertura do Complexo de Saúde, portanto território de abrangência do CAPS Maria do Socorro.

A Rocinha e o Vidigal, por exemplo, cresceram em paralelo com áreas dos bairros do Leblon, de Ipanema, da Gávea e de São Conrado, bairros de classe A e B, portanto, da janela de um casebre visualiza-se luxuosas construções e uma paisagem deslumbrante do Rio de Janeiro: floresta, morro e mar. Ambas as comunidades são aglomerados subnormais de grande porte, ocupando encostas deixadas de lado pela urbanização formal, e possuem elevada densidade domiciliar e acessibilidade precária, através de vielas e becos.

Em 13 de novembro de 2011, aconteceu a retomada do território da Rocinha das mãos dos traficantes de drogas pelas Forças Armadas Brasileiras e pelas Polícias do Estado visando preparar o terreno para a futura instalação da UPP (ESTADÃO, 2013). Atualmente, a comunidade é policiada por 700 policiais, além de reforços através de

³ O setor especial de aglomerado subnormal é um conjunto constituído de, no mínimo, 51 (cinquenta e uma) unidades habitacionais (barracos, casas...) carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa. A identificação dos Aglomerados Subnormais deve ser feita com base nos seguintes critérios: a) Ocupação ilegal da terra, ou seja, construção em terrenos de propriedade alheia (pública ou particular) no momento atual ou em período recente (obtenção do título de propriedade do terreno há dez anos ou menos); e b) Possuírem pelo menos uma das seguintes características: urbanização fora dos padrões vigentes - refletido por vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais e construções não regularizadas por órgãos públicos; e precariedade de serviços públicos essenciais. Os Aglomerados Subnormais podem se enquadrar, observados os critérios de padrões de urbanização e/ou de precariedade de serviços públicos essenciais, nas seguintes categorias: a) invasão; b) loteamento irregular ou clandestino; e c) áreas invadidas e loteamentos irregulares e clandestinos regularizados em período recente.

aparatos tecnológicos de segurança pública. Ainda existem na Rocinha muitos problemas relacionados à violência e conflitos entre grupos rivais ou conflitos entre marginais e policiais. O uso abusivo de drogas representa um problema de saúde pública, somado a outros ligados às condições precárias de saneamento básico, habitação, educação e acesso a serviços básicos de assistência.

A Rocinha recebe imigrantes de todo o Brasil e de fora do país, mas a maioria, segundo o IBGE, vem da região Nordeste, fugindo das precárias condições de vida, em busca de trabalho e melhores condições de vida. Não é incomum receber em Pronto Atendimento no CAPS de recém-chegados da região Nordeste em busca de atendimentos à saúde mental, ou ainda, pessoas de cidades do entorno do Rio de Janeiro, que estão passando temporada em casa de parente na Rocinha, procurando atendimento de qualidade em saúde mental.

A Rocinha ganhou visibilidade nacional, seja pelos aspectos negativos da violência e tráfico de drogas, seja pelas características geográficas, pela diversidade de pessoas ou pelas possibilidades que ela oferece. Enfim, a Rocinha é uma vitrine que muitos querem conhecer, um enigma a ser desvendado. Uma moradora disse que o bom é que ela nunca para: à noite, pode se divertir, fazer compras ou ir ao salão de beleza. Há muitas controvérsias quanto ao modo de viver na Rocinha, mas importa-se aqui com os aspectos que interferem na saúde e no cuidado de saúde mental.

3.3. O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CAPS Maria do Socorro

O CAPS da Rocinha, chamado CAPS Maria do Socorro dos Santos, é um CAPS III, o primeiro CAPS III do município do Rio de Janeiro, recebe essa designação por oferecer atendimento 24 horas por dia, durante os sete dias da semana. Foi inaugurado no dia 8 de março de 2010, pelo Presidente da República, acompanhado de cinco Ministros, juntamente com a Unidade Clínica da Família (ESF) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e um Complexo Esportivo. As três unidades de saúde foram chamadas Complexo de Atendimento à Saúde e fez parte da Política de Estado intitulado: Programa de Aceleração do Crescimento. Nesta ocasião, a Rocinha foi beneficiada com investimentos superiores a 231,2 milhões de Reais (OGLOBO, 2013).

O nome Maria do Socorro Santos foi uma homenagem à militante do Movimento de Luta Antimanicomial, que esteve várias vezes internadas em instituições psiquiátricas fechadas, onde aprendeu o ofício de pintora. Os ofícios de militante e pintora foram apontados por ela como um caminho para a melhora da sua saúde mental.

Faleceu em 2005, mas deixou pinturas e uma história de luta pela inclusão das pessoas que sofrem mentalmente.

O CAPS atende a população da Rocinha, Vidigal e Gávea. A equipe do CAPS da Rocinha está constituída, em 2012, por 2 copeiros, 4 auxiliares administrativos, 1 coordenadora técnica (Psicóloga), 1 coordenador administrativo, 2 oficineiros, 1 artista plástica, 2 assistentes sociais, 1 técnico de farmácia, 1 terapeuta ocupacional, 12 técnicos de enfermagem, 7 enfermeiros, 3 psicólogos, 4 psiquiatras e 1 coordenadora geral (Psicóloga).

No CAPS, a dinâmica do serviço acontece de forma interdisciplinar, onde profissionais com diversas formações contribuem para o objetivo da construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que incluem ainda o usuário, sua família, em alguns casos vizinhos, outros a ESF, entre outros atores sociais. Os profissionais reúnem-se para discutir casos e intercambiar informações e percepções sobre determinada situação. Os diferentes saberes se cruzam, o que permite uma construção rica do modelo de atenção e intervenção. Desta forma, há a valorização dos diferentes sujeitos que participam do processo da produção da saúde, em que o respeito à autonomia e protagonismo de cada um são levados em consideração, permitindo a corresponsabilidade, formação de vínculos e a participação coletiva nas práticas de saúde.

As visitas domiciliares também fazem parte das estratégias da Unidade, elas são agendadas pela equipe, na maioria das vezes de acordo com a necessidade de cada usuário ou quando o mesmo não comparece ao serviço. As diferenças entre os usuários do CAPS são respeitadas e observa-se um movimento no qual as diferenças culturais, sociais e pessoais são tanto objeto quanto ferramenta de trabalho.

Desde o primeiro atendimento, o acolhimento, até o acompanhamento dos PTS, os usuários são ouvidos e suas escolhas são ponderadas e negociadas conforme a proposta terapêutica. O objeto de trabalho é a pessoa ou grupo de pessoas, em que as diferenças culturais são consideradas em primeiro plano. Da mesma forma, os aspectos culturais são levados em consideração para a construção das propostas de condutas terapêuticas, visto que a elaboração de projetos terapêuticos visa à singularidade como elemento central de articulação.

O CAPS atende a população da Rocinha, Vidigal e Gávea. A equipe do CAPS da Rocinha está constituída, em 2012, por 2 copeiros, 4 auxiliares administrativos, 1 coordenadora técnica (Psicóloga), 1 coordenador administrativo, 2 oficineiros, 1 artista plástica, 2 assistentes sociais, 1 técnico de farmácia, 1 terapeuta ocupacional, 12

técnicos de enfermagem, 7 enfermeiros, 3 psicólogos, 4 psiquiatras e 1 coordenadora geral (Psicóloga).

No CAPS, a dinâmica do serviço acontece de forma interdisciplinar, onde profissionais com diversas formações contribuem para o objetivo da construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), que incluem ainda o usuário, sua família, em alguns casos vizinhos, outros a ESF, entre outros atores sociais. Os profissionais reúnem-se para discutir casos e intercambiar informações e percepções sobre determinada situação. Os diferentes saberes se cruzam, o que permite uma construção rica do modelo de atenção e intervenção. Desta forma, há a valorização dos diferentes sujeitos que participam do processo da produção da saúde, em que o respeito à autonomia e protagonismo de cada um são levados em consideração, permitindo a corresponsabilidade, formação de vínculos e a participação coletiva nas práticas de saúde.

As visitas domiciliares também fazem parte das estratégias da Unidade, elas são agendadas pela equipe, na maioria das vezes de acordo com a necessidade de cada usuário ou quando o mesmo não comparece ao serviço. As diferenças entre os usuários do CAPS são respeitadas e observa-se um movimento no qual as diferenças culturais, sociais e pessoais são tanto objeto quanto ferramenta de trabalho.

Desde o primeiro atendimento, o acolhimento, até o acompanhamento dos PTS, os usuários são ouvidos e suas escolhas são ponderadas e negociadas conforme a proposta terapêutica. O objeto de trabalho é a pessoa ou grupo de pessoas, em que as diferenças culturais são consideradas em primeiro plano. Da mesma forma, os aspectos culturais são levados em consideração para a construção das propostas de condutas terapêuticas, visto que a elaboração de projetos terapêuticos visa à singularidade como elemento central de articulação.

O CAPS faz parte da mesma estrutura arquitetônica das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Clínica da Família, sendo que os dois últimos estão localizados no primeiro andar e o CAPS no segundo andar. Os usuários acessam o serviço pela Clínica da Família e depois por rampas que são localizadas na parte posterior do serviço. Com o objetivo de melhorar o atendimento aos usuários e suas famílias nos três serviços e garantir a articulação e integração, os profissionais fazem contato com outros serviços conforme a demanda.

Quanto à infraestrutura, o CAPS conta com 1 sala de cuidados, 4 salas de repouso, 9 salas consultórios, sala de convivência, 2 sanitários (masculino e feminino para os pacientes), 1 sanitário para os funcionários, sala de administração, sala da

direção, 2 salas de grupo, 1 oficina, refeitório, 1 auditório utilizado pelos 3 serviços (UPA, CAPS e Clínica da Família).

Neste CAPS, o acolhimento se dá 24 horas, profissionais atuam no acolhimento ou pronto atendimento, onde é realizada uma escuta sensível e identificação dos principais problemas dos usuários. Os usuários contratados pelo CAPS têm consultas com médico psiquiatra semanal ou quinzenalmente, dependendo da sua necessidade. A partir do primeiro atendimento são definidas as principais condutas a serem implementadas, e estas são avaliadas nos atendimentos posteriores, bem como o Técnico de Referência (TR) e PTS. Os acolhimentos noturnos significam que o usuário passa a noite sob cuidados e supervisão da equipe de enfermagem, no entanto, recomenda-se que o usuário não ultrapasse sete dias no acolhimento noturno, uma vez que o objetivo é que ele se insira na sua comunidade e preserve sua autonomia.

A primeira consulta do usuário admitido no CAPS acontece com um médico psiquiatra e um profissional de saúde da miniequipe (ME) que será inserido, é colhido todo o histórico e discutidas as propostas terapêuticas, como também características pessoais, já pensando em inseri-lo em alguma oficina do CAPS ou na comunidade.

A participação do familiar nas consultas, na construção e acompanhamento do PTS é de suma importância, já que este será peça fundamental no tratamento do usuário. A família ajuda de várias formas na melhora do usuário e com esta participação também aprende a lidar com a doença e com o próprio doente. Além das consultas, as famílias são convidadas a participar da Reunião de Família, atividades festivas ou culturais do CAPS, também são realizadas visitas domiciliares.

A realização das oficinas contribui bastante no tratamento e desempenho pessoal dos usuários. As oficinas acontecem de segunda a sábado e ocorrem tanto dentro do CAPS quanto fora da Unidade, ou seja, se estendendo ao território. As oficinas que ocorrem nesta Instituição, por exemplo: “Bom dia”, “Desabafando”, “Assembleia”, Artesanato, Pintura, Jornal. A maioria destas oficinas ocorre com os usuários sentados em círculo, ficando um de frente para o outro, possibilitando assim uma maior interação entre os mesmos e os profissionais. Nestas oficinas são abordados temas atuais, dificuldades encontradas por cada indivíduo, desenvolvimento de habilidades, como coordenação motora.

Na porta de entrada do CAPS, a que é acessada pelos usuários através da rampa, os mesmos ficam neste ambiente em intervalos das atividades, às vezes conversando ou fumando cigarro, que é o hábito de muitos deles. Assim que os usuários chegam à Unidade, perto da sala de convivência tem um armário no qual podem guardar

seus pertences, caso possuam. Desse modo, podem passar o dia no CAPS. As salas de repouso atendem à demanda dos pacientes que estão em acolhimento noturno, em cada repouso há uma cama, um banheiro e um armário onde eles podem guardar seus objetos pessoais.

Em uma das salas de grupo acontecem as reuniões de final de turno com todos os profissionais e também onde são feitos os registros nos livros e cadernos de anotações pela equipe multidisciplinar.

O som ambiente é agradável, sendo normalmente da televisão, que comumente permanece ligada para a distração dos usuários do CAPS ou dos funcionários. É possível perceber em quase toda a unidade a presença de quadros de pintura, desenhos, quadros de fotos, artesanatos, tudo criado pelos usuários. Estes materiais são bem distribuídos de forma a não deixar o ambiente saturado, muito pelo contrário, torna o ambiente bastante alegre, acolhedor e chamam atenção por serem sempre coloridos.

A área externa dispõe de um estacionamento que é dividido para os funcionários do CAPS, Clínica da Família e UPA. Há também a presença de uma horta criada e mantida pelos funcionários e usuários do CAPS. Foi possível observar através de relatos a insatisfação de alguns pacientes sobre a necessidade de uma área coberta na parte externa do CAPS, pois, em dias de chuva, os usuários não têm como se proteger da chuva quando querem fumar ou até mesmo se proteger da chuva quando estão entrando na Unidade.

3.4. OS SUJEITOS DO ESTUDO: As Enfermeiras

Os sujeitos do estudo formam os sete profissionais que compõem a equipe de enfermagem do CAPS, sendo cinco do sexo feminino e dois do sexo masculino. Optou-se por adotar o termo Enfermeiras por ser a maioria do sexo feminino e para garantir o anonimato. Todas têm jornada de 40 horas semanais distribuída em três plantões de 12, sendo noturno ou diurno, e quatro horas de reunião de equipe obrigatória. O regime de contratação é CLT (Consolidação das Leis de Trabalho), administrada por uma OS (Organização Social) ligada por contrato à Prefeitura do Rio de Janeiro, a faixa salarial é em torno de 4 100 reais brutos e foram admitidas por entrevista, convite ou análise de currículo.

Conforme o quadro abaixo, as enfermeiras têm entre 28 e 42 anos, a maioria formada por instituições públicas de ensino (5), têm entre 2 e 11 anos de formados (média 5 anos), apenas uma enfermeira não possui especialização em saúde mental,

cinco enfermeiras trabalham na instituição desde o primeiro ano da inauguração e cinco escolheram trabalhar no CAPS pela natureza do trabalho.

Todas moram fora da Rocinha, em bairros distantes ou em municípios da Grande Rio. As enfermeiras na maioria (5) não têm outro trabalho, uma trabalha em outra instituição de saúde mental e outra em um Hospital de Pediatria. Uma enfermeira trabalha apenas diurnamente.

Tabela 2: Perfil das Enfermeiras, sujeitos do Estudo. (Dutra, 2013)

	Enf.1	Enf. 2	Enf.3	Enf. 4	Enf. 5	Enf. 6	Enf. 7
Idade	28	34	29	42	27	33	31
Inst. Formadora	UFRJ	UFRJ	UNIRIO	UCL	UFF	UNIPLI	UFF
Tempo Graduação	5 anos	11 anos	5 anos	4 anos	3 anos	2 anos	6 anos
Especialização	> 360	>360 h	> 360 h	Não	> 360 h	>360 h	>360 h
Tempo de trabalho em Saúde Mental	4 anos	11 anos	5 anos	3 anos	3 anos	4 anos	5 anos
Tempo na Instituição	3 anos	3 anos e 5m	2 anos e 8 m	3 anos	2 anos e 5 meses	1 ano	3 anos
Tem outro emprego	Não	Não	Não	Não	Na área de Saúde mental	Em Pediatria	Não
A escolha pelo CAPS	A natureza do trabalho	Área de atuação	A natureza do trabalho	Oportunidade	Área de atuação	A natureza do trabalho	A natureza do trabalho

3.5. COLETA DE DADOS

3.5.1 Entrevistas Semiestruturadas

Na primeira etapa da Coleta de Dados, foram agendadas entrevistas com todas as enfermeiras do CAPS Maria do Socorro dos Santos. As entrevistas aconteceram no CAPS, antes ou após o turno de trabalho, foram gravadas em aparelho digital e cassete e realizadas após a assinatura do TCLE. O objetivo desta etapa foi conhecer as práticas das enfermeiras do CAPS no território.

Todas as sete enfermeiras aceitaram participar da pesquisa e as entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado contendo dois tópicos: as práticas das enfermeiras no CAPS e as práticas das enfermeiras no território. As entrevistas foram gravadas em aparelho digital e cassete, posteriormente transcritas e retiradas delas as práticas realizadas no interior do CAPS e fora do CAPS.

3.5.2. Grupos Educativos

Na segunda etapa da Coleta de Dados, foram realizados os Grupos Educativos. Estes tiveram como objetivos: a reflexão das práticas das enfermeiras do CAPS e a delimitação dos constructos relacionados à clínica da enfermagem psiquiátrica no território.

Os grupos Educativos (GE) foram planejados em número de cinco, no entanto a cada encontro foram analisadas a pertinência e a fluência do trabalho considerando os objetivos. Os GE aconteceram nas quartas-feiras, antes ou após a reunião de equipe. O horário foi sugerido pelas enfermeiras, considerando a facilidade do momento de encontro já demarcado na instituição. O primeiro GE foi marcado às 12 horas, o segundo e o terceiro às 8 horas.

Foram muitas as dificuldades e os desafios da pesquisa:

- ✓ Logo na fase inicial, a coordenadora do CAPS, que já havia concordado com a proposta e considerou positiva a ideia de Educação em serviço, entrou de licença maternidade;
- ✓ Cinco meses depois, uma nova mudança na coordenação do CAPS estabeleceu um clima de desconforto em toda a equipe;
- ✓ Uma das enfermeiras pediu demissão logo após a entrevista pré e outra próxima ao terceiro GE;
- ✓ Nos segundo GE, os enfermeiros estavam revezando para cobrir a carga horária da enfermeira, já que não foi autorizada uma nova contratação em sua vaga;
- ✓ As enfermeiras verbalizavam a dificuldade de tempo para as reuniões, mesmo no dia das reuniões de equipe em que todas as enfermeiras deveriam estar presentes aconteciam outras demandas de trabalho ou precisavam se ausentar pela quantidade de horas trabalhadas acumuladas.

Primeiro GE: os conceitos das práticas das enfermeiras

O primeiro GE aconteceu no dia 29 de janeiro, às 12 horas e 30 minutos, na Sala de Reunião do CAPS. Estavam presentes quatro enfermeiras: entre as faltosas, uma se desligou da instituição e não pôde estar presente, uma avisou que não poderia comparecer por motivos pessoais e a outra teve uma emergência de saúde e saiu às pressas. Este GE teve como objetivo: 1) apresentar os Resultados das Entrevistas Pré; 2) discutir a Clínica da Enfermagem Psiquiátrica; e 3) conceituar as práticas apontadas nas

entrevistas. O GE foi organizado entorno da mesa de reunião, em um clima descontraído. Foi coordenado pela pesquisadora, gravado em aparelho digital e cassete e teve duração de uma hora e 15 minutos.

As enfermeiras concordaram com a descrição das práticas reunidas após a transcrição das entrevistas e acrescentaram duas novas práticas: registros e zelo pelo patrimônio do CAPS. Houve discussão sobre o suporte teórico do fazer da Enfermagem Psiquiátrica, a reabilitação psicossocial e interdisciplinaridade. Em seguida, as enfermeiras explicaram o que entendem pela prática nominada nas Entrevistas Pré: Atividades no Território.

Segundo GE – O sentido contido na prática

Este grupo aconteceu em 26 de maio de 2014, às 8 horas, na sala de grupos, com duração de 50 minutos. Estavam presentes quatro enfermeiras, mas uma saiu antes do término. As faltosas justificaram o acúmulo de horas trabalhadas caso comparecessem ao CAPS neste horário.

No Segundo GE, os objetivos foram: 1) Verificar se as ideias apresentadas no primeiro GE sobre as atividades no território foram corretamente transcritas; e 2) Atribuir sentido aos conceitos das práticas apontadas por eles. Neste grupo, houve uma mudança na estratégia: foi oferecida uma cópia com as transcrições das falas para cada uma delas, formatas em tabela com três colunas, respectivamente, as práticas territoriais, os conceitos atribuídos e o espaço para escrever o sentido/resumo/teoria contido naquele conceito da prática. Foi oferecido lápis e tempo para o trabalho individual. Os dados estão no quadro abaixo.

Quadro 4: O sentidos das práticas no Território. (DUTRA, 2013)

	Enfermeira 3	Enfermeira 6	Enfermeira 7
Práticas no território	Fortalecer o vínculo e compreender o sujeito e a família em seu território	Conhecer o indivíduo e o meio em que vive	Visita Domiciliar - Ferramenta de trabalho que se opera no território
	Perceber o lugar que o usuário tem na comunidade e as relações estabelecidas por ele	Conhecer a comunidade e seus serviços e dispositivos	O cuidado na lógica da atenção psicossocial
	Ampliação dos olhares para o usuário diante de sua complexidade	Facilitar a comunicação entre redes assistenciais: CAPS e ESF	Transito livre no território
	Intermediar o cuidado entre: instituição, família e comunidade	Manter o indivíduo no meio familiar e no seu ambiente, também dar assistência no território	Cuidado na crise no território
	Inclusão social e cidadania do usuário de saúde mental	Promover a atenção psicossocial em sua amplitude	Recursos importantes que garante o cuidado em saúde mental no território
	Desconstrução das práticas manicomiais visando o cuidado em liberdade	Auxiliar no processo de mudança das Políticas em Saúde Mental e auxiliar o indivíduo a adequar a este novo modelo	Garantia de cuidado extra hospitalar e da reabilitação psicossocial
	Aumento da parceria no cuidado ao sujeito que sofre	Ajudar a família entender e lidar com a crise ou a situação mental do indivíduo	Uma das estratégias de cuidado na saúde
	Interligação dos diferentes saberes para o usuário ser visto de maneira integralizada	Construir projetos de atenção em saúde mental mais complexo com multivisões (cada profissional tem uma contribuição diferente)	Diante da complexidade possibilita a construção de um saber coletivo
	Produção de autonomia em saúde	Ajudar o indivíduo a se reorganizar na crise, na vida e no CAPS	Manutenção do cuidado fora dos espaços institucionais

Terceiro GE – Reflexão da Prática

Este grupo aconteceu no dia 27 de Agosto de 2014, às 8 horas, num Consultório do CAPS, com duração de 1 hora e 5 minutos. Estiveram presentes três enfermeiras. As faltosas foram: 2 pediram demissão do CAPS e por motivos de trabalho não puderam comparecer, uma confirmou presença e se atrasou devido ao transito, outra não foi possível contato telefônico e contato através de recado. Os objetivos deste GE foram: apresentar a análise dos dados da pesquisadora aos sujeitos do estudo e discutir a prática.

Quarto GE – Avaliação Subjetiva

Este grupo aconteceu no dia, 29 de Outubro de 2014, às 8 horas, num Consultório do CAPS, com duração de 55 minutos. Estiveram presentes três enfermeiras. Das ausentes: duas pediram demissão do CAPS e por motivos de trabalho não puderam comparecer, uma confirmou presença e se atrasou e a outras encontra-se afastada do serviço por licença médica. Os objetivos do GE foram: avaliar possíveis mudanças na prática das enfermeiras e discutir conceitos construídos.

Neste GE as enfermeiras discutiram a prática, os suportes que orientam as suas ações cotidianas, as motivações para o trabalho realizado, descreveram conceitos (clínica de enfermagem psiquiátrica e território) e avaliaram a sua participação na pesquisa.

CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÕES DOS RESULTADOS

Este capítulo contém a apresentação da análise dos dados das entrevistas pré, do Primeiro GE e do Segundo GE.

Os dados foram transcritos, reunidos, lidos, relidos, discutidos com os sujeitos do estudo e com a orientadora. Constitui-se uma quantidade enorme de informações: entrevistas, discussão nos GE's e observações da pesquisadora. Os registros foram mantidos em ordem cronológica, com datas da sua produção e a identificação do sujeito da pesquisa. Após esta organização, foram realizadas leituras com o objetivo de codificar (ou seja, reconhecer temas, palavras-chave, significados etc.) nos relatos de pesquisa. Com a codificação foi possível identificar ideias significativas e posterior criação de categorias (TRENTINI e PAIM, 2004).

As categorias consistem em um conjunto de expressões com características similares ou que tenham estreita relação de complementaridade estabelecida de acordo com determinado critério. As categorias têm como base os códigos estabelecidos em todo material apreendido. (TRENTINI e PAIM, 2004).

O método nos orientou ainda para a fase de interpretação em três processos fundamentais: síntese, teorização e transferência. Na primeira fase, acontece a imersão nas informações trabalhadas na apreensão dos dados em busca do domínio completo do tema da investigação. Na fase da teorização, desenvolve-se um esquema teórico, a partir das relações reconhecidas na síntese, tais como: descobrir os valores contidos nas informações, a interpretação fundamentada na teoria e filosofia. A fase da transferência de resultado possibilita dar significado a achados, procurar contextualizá-los e socializá-los.

A análise resultou em quatro categorias: Por um Cuidado Ampliado de Enfermagem Psiquiátrica; Investimento no Sujeito Social; Cuidado afetivo; e Olhar Ampliado.

4.1. 1ª Categoria - POR UM CUIDADO AMPLIADO DE ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA: Prontidão para cuidar

Na primeira etapa da coleta de dados, a entrevista semiestruturada, solicitou-se às enfermeiras que apontassem as ações desenvolvidas dentro e fora do CAPS. Como resultados desta etapa, obteve-se o quadro abaixo.

Quadro 5: Nomenclatura das práticas das enfermeiras do CAPS Maria do Socorro (Dutra, 2014)

Práticas Realizadas Dentro do CAPS	Práticas Realizadas no Território
1. - Cuidado com o Corpo	1. -Visitas domiciliares
2. - Cuidados com a Medicação: administração, controle, pedido, dispensação, entre outros	2. -Circular no território
3. - Pequenos procedimentos: necessários aos usuários em acolhimento diurno ou diurno e noturno	3. -Parcerias com ACS
4. - Responsáveis pela Sala de Cuidados (planejamento de insumos e rouparia)	4. -Acolhimento Extra-CAPS
5. - Responsabilidade técnica da Enfermagem	5. -Acolhimento aos ACS
6. -Técnica de Referência	6. -Grupos com ACS
7. -Passagem de plantão	7. -Oficinas no território
8. -Reunião de início e fim de turno	8. -Buscar recursos no território
9. -Atendimento à família	9. -Acompanhante terapêutico
10. -Organizar as atividades da equipe para o dia	10. -Atendimentos para desinstitucionalização
11. - Ambiência / Convivência	11. -Atividades para empoderamento dos usuários
12. - Acolhimento da demanda externa	12. - Atividades para cidadania
13. - Acolhimento da demanda interna	13. - Atividades para autonomia
14. - Atendimento aos usuários em crise	14. - Articulações com o território (comércio, vizinhos etc.)
15. -Oficinas	15. - Articulações com o território em casos de risco social
16. -Parte das miniequipes e responsáveis por áreas programáticas	16. - Participação em reuniões ou fórum de saúde mental
17. - Matriciadores	17. - Atendimento às famílias
18. - Discussão de casos	18. - Aumento do poder de contratualidade
19. - Potencializar o atendimento aos sujeitos do SUS	19. -Listar os recursos (serviços de saúde, educação, esporte, lazer e ONGS) disponíveis no território
20. - Ponte Clínica da Família, CAPS, UPA	20. -Passeios fora do território
21. - Interconsultas	21. -Parte das miniequipes responsáveis por AP
22. -Plantão noturno	22. - Matriciadores
23. -Participação da Assembleia	23. - Discussão de casos
24. -Atividades burocráticas: registros em prontuários, livros, produtividade e zelar pelos bens materiais do CAPS	24. -Potencializar o atendimento aos sujeitos do SUS
	25. - Ponte Clínica da Família, CAPS, UPA
	26. - Interconsultas
	27. - Dar suportes às redes de apoio

As práticas listadas pelas enfermeiras do CAPS III sustentam-se na Enfermagem Psiquiátrica, Atenção Psicossocial e Sistema Único de Saúde. Estas práticas foram resultado da somatória de cada enfermeira, ou seja, foram acrescentadas práticas da primeira, na segunda entrevistada e assim por diante. No entanto, observa-se expressões

diferentes para práticas semelhantes, assim a pesquisadora precisou interpretar e retornar a temática nos próximos encontros de coleta de dados.

As enfermeiras no ato de listar suas atividades no CAPS também fazem uma reflexão profunda do seu trabalho. Deste modo, ao dar nome ao que faz, traz também sentimentos, lembranças de experiências exitosas, dificuldades enfrentadas e críticas às condições de trabalho. Mesmo sem verbalizar ao transcrever suas falas, percebe-se ênfase, pausas ou mudanças no discurso, assim faz necessário demonstrar que as entrevistas e os grupos afetam as enfermeiras de alguma forma e esta análise busca apenas responder aos objetivos deste estudo. Resumindo, não é simples nomear as práticas das enfermeiras no CAPS.

Na segunda etapa da coleta de dados, no Primeiro GE, foi entregue a lista de atividades extraídas das entrevistas para que as enfermeiras confirmassem se os dados estavam em acordo com o trabalho no CAPS. Todas concordaram e acrescentaram o item: 24 - Atividades burocráticas: registros em prontuários, livros, produtividade e zelar pelos bens materiais do CAPS, nas práticas dentro do CAPS; e item 27 - Dar suportes às redes de apoio. Em um segundo momento, foi solicitado que as enfermeiras definissem as práticas listadas. Assim, foi realizada uma discussão sobre os conceitos das ações daquelas enfermeiras.

O grupo das práticas das enfermeiras dentro e fora do CAPS III Maria do Socorro dos Santos compreende o cuidado ampliado da Enfermagem Psiquiátrica que dá nome a esta categoria. Tanto o cuidado no interior do CAPS quanto o cuidado que acontece no território têm o objetivo de aumentar o nível de saúde e assegurar a cidadania dos usuários. Desta forma, o cuidado com o corpo, com a medicação, as oficinas, os grupos e as demais atividades é o investimento no sujeito social, que necessita de ajuda para exercer plenamente sua condição de cidadão.

Para atender aos objetivos deste estudo, focamos nos conceitos das práticas territoriais das enfermeiras. Nas Entrevistas Pré, fica-nos claro que o cuidado acontece em um processo dinâmico, entre enfermeira e usuário, ambos e a equipe multiprofissional, os três e a família, e todos estes e o território.

As práticas territoriais representam o diferencial do Modo Psicossocial, já que este nasceu da falência da psiquiatria institucionalizada. Portanto, as relações dos usuários com o território é ao mesmo tempo a expressão da liberdade, o 'tratamento' e a autonomia do sujeito. Nesse contexto, uma trama de relações do usuário como a comunidade onde vive torna-se um dos objetivos do cuidado.

A seguir, trazemos estes conceitos, construídos no 1ºGE.

Visitas Domiciliares (VD) - na Saúde Mental, a visita domiciliar acontece quando tem alguma demanda específica ou para conhecer a realidade do usuário, como ele atua fora do CAPS, na família e com os vizinhos, ou, ainda, para estreitar vínculos e ampliar o cuidado.

“A Visita pode ser também fortalecimento de vínculo. Por exemplo, tem um usuário que eu tenho que ir a casa dele tomar um café. Isso vai fortalecer o vínculo, mas nesta visita vou observar uma série de coisas que pode transformar todo esse cuidado. E a gente está disponível para isso por conta do nosso trabalho, que é um trabalho de vínculo.” Enf.3 1º GE

A visita domiciliar realizada pela Enfermagem Psiquiátrica, segundo Oliveira e Loyola (2006, p. 645)

“Se caracteriza por não ser apriorística. Não há um procedimento prévio, o que se espera é o inesperado. Trata-se de uma intervenção para fora do hospital. Nessa visita trabalhamos com duas possibilidades: a) a simultaneidade, na qual tudo pode acontecer; poderá haver encontros e desencontros; a enfermeira corre certo “risco” de encontrar situações que são difíceis de serem resolvidas e que demandarão certa habilidade para que possam ser, ao menos, contornadas; b) o trabalho a posteriori, no qual a enfermeira encontra situações que merecem uma intervenção mas, que naquele momento, é impossível. Então, a solução poderá vir depois de uma forma criativa. Não existe um manual de visitação, intervenção e cuidado. O que se espera é que a enfermeira que vai realizar a VD tenha capacidade para acolher as pessoas e superar as diferenças, que, muitas vezes, levam ao distanciamento.”

As enfermeiras inicialmente dizem que utilizam como suporte teórico de suas visitas domiciliares a Saúde Coletiva e a Atenção Básica, mas imediatamente estabelecem diferenças entre a visita realizada na saúde mental: não é programada, não segue um roteiro prévio, não tem duração definida, enfim é diferente porque carrega a essência do cuidado de enfermagem psiquiátrica.

A VD traz os conhecimentos de outras disciplinas, mas o foco principal é o cuidado ampliado com os elementos da Clínica de Enfermagem Psiquiátrica e os pressupostos da Atenção Psicossocial.

Circular no território - é uma ação com o objetivo de conhecer o que tem disponível no espaço geográfico: suas redes, as dinâmicas que se estabelecem nestes espaços, o espaço de relações que os usuários utilizam na comunidade, enfim, circular para compreender o sujeito social. Estar no território, para as enfermeiras, possibilita conhecer e interagir. Assim reconhece o sujeito cuidado mais próximo possível da sua vida real.

“Conhecer onde eles circulam, compram os seus remédios, as redes, o que se tem disponível no território, o que é esse lugar dele, o espaço geográfico: o que

é a Rocinha? É a quitandinha que ele usa, é a igreja, é circular, vê onde compra os remédios. A gente não fica só ligada ao espaço geográfico.” Enf.7 1º GE

“É isso mesmo, o espaço de relações que ele utiliza na comunidade. Muitas vezes ele elege o território dele. É importante a gente circular pelo território porque a gente vê o usuário numa outra dinâmica. NE é totalmente diferente de quem ele é numa unidade de saúde. É pegar um ônibus com a RF, ela é totalmente diferente no território do que ela apresenta numa unidade de saúde.” Enf.3 - 1º GE

Goffman (1975) coloca que as exigências da sociedade em relação ao sujeito denominam a identidade social virtual, enquanto a categoria e os atributos que ele na realidade prova assumir representam sua identidade social real. As enfermeiras referem que circular no território permite aproximar das dinâmicas do sujeito na expressão da sua identidade social real. A discrepância entre a identidade social real e a virtual gera tensão, incerteza e ambiguidade para ambos os lados (sujeito e sociedade), consequentemente manipulações, tais como suprimir informações, mudanças na visibilidade e na identidade.

O sujeito com carreira psiquiátrica traz marcas na sua identidade social. Goffman (1975) ressalta que um grupo de pessoas que tem um estigma particular tende a ter experiências semelhantes de aprendizagem relativas à sua condição e a sofrer mudanças semelhantes na concepção do eu. É possível que em resposta às experiências ligadas ao adoecimento psíquico, o sujeito apresente comportamentos como tentativa de corrigir qualquer evidência de sintoma psiquiátrico direta ou indiretamente, postura de vítima, busca ganhos secundários, interprete identidades sociais virtuais, como uma ‘benção secreta’, use uma capa defensiva, atitude hostil ou agressiva, entre outros.

Circular no território, para as enfermeiras, possibilita conhecer a identidade social real dos sujeitos cuidados e descobrir possibilidades de cuidados ou recursos territoriais ali mesmo onde vivem.

Parcerias com ACS - parcerias com pessoas disponíveis a trocar e aumentar o potencial de cuidado. No caso deste território, os ACS têm conhecimento e vínculos que contribuem com o trabalho das enfermeiras; em contrapartida, as enfermeiras os apoiam e auxiliam. Outra prática apontada foi o Acolhimento aos ACS – significa que o cuidado expande aos parceiros do território como forma de potencializar a rede de cuidados.

“Acolhimento ao ACS acontece quando ele traz as demandas próprias. Por conta das dificuldades do próprio sofrimento deles e também das dificuldades em lidar com os usuários em algumas situações.” Enf. 6 - 1ºGE

“Eles (ACS) moram aqui; conhecem o espaço, como circular neste espaço de todas as formas que se pode ser entendido. É, todos os moradores da Rocinha são da ESF, mas nem todos são do CAPS. Então fazer essa parceria com a Clínica da família é alimentar melhor esse cuidado. Essa troca.” Enf. 1 - 1ºGE

As enfermeiras adotam uma atitude de cuidado, na perspectiva de Boff (1999), assim acolhem e cuidam dos sujeitos sociais que desenvolvem a ocupação de ACS quando estão em situação de sofrimento e os demandam. E em outros momentos, atendem às necessidades dos ACS, uma espécie de parceria que potencializa o cuidado aos usuários do CAPS ou aos usuários da Clínica da Família (ESF). A atitude de cuidar das Enfermeiras estende aos usuários do CAPS e ao território.

Acolhimento Extra-CAPS – É o acolhimento realizado no território.

“Alguém tá quebrando tudo na Via Ápia, tá na banca fazendo escândalo, paciente fugiu... Eu já fui buscar o MS, eu rodei a Rocinha inteira porque ele estava com a pressão 200 por não sei quanto, eu fui pegar ele na rua com pedaço de pau, e você vai lá.” Enf. 3 - 1ºGE

As enfermeiras entendem que o cuidado ampliado acontece onde o sujeito demanda, assim, mesmo que as atividades programadas no PTS viabilizem o planejamento e implantação, faz-se necessário atender às necessidades do sujeito no momento da demanda. Dessa forma, as enfermeiras se responsabilizam por elas, seja no domicílio, nas ruas, no território. Como Terapeuta de Referência (TR), as enfermeiras acompanham e avaliam, cotidianamente, os sujeitos e como parte da equipe de um turno se responsabilizam pelas demandas e intercorrências daquele turno, seja intra ou extra-CAPS.

Buscar recursos no território - foi agrupado, pelas enfermeiras, a conceitos de outras práticas: articulações com o território (vizinhos, comércio etc.); aumento do poder de contratualidade; produção de autonomia; atividades para cidadania; atividades para empoderamento dos usuários; articulações em caso de risco social; listar recursos do território; e potencializar o atendimento aos sujeitos do SUS. Os recursos do território viabiliza a vida do sujeito, ou seja, buscar recursos que atendam às necessidades básicas, aos direitos de cidadãos e à complexidade do cuidado. As atividades para empoderamento dos usuários acontecem no território com seus atores sociais e seus potenciais através da trama de relações que nele acontece. No entanto, no caso dos usuários com transtorno mental, faz-se necessário auxílio para potencializar a participação social desses cidadãos na vida ou simplesmente buscar resolver a demanda da vida do usuário (ponte com a UPA, CRASS, Defesa Civil, Conselho Tutelar,

comércio, vizinhos etc.). Listar os recursos (serviços de saúde, educação, esporte, lazer e ONGS) disponíveis no território para oferecer possibilidades e/ou incluir nos PTS.

“Isso tudo é reabilitação psicossocial” Enf.3 - 1º GE

“A gente sempre toca, (...) no jargão ‘CAPS bom é CAPS vazio’, não sei se isso: procurar recursos no território para essas pessoas estarem de fato na retomada de suas vidas: vida social, contratualidade, como cidadão.” Enf. 1-1º GE

“Recurso no território é onde o sujeito pode tá, senão aqui (...) buscar recursos é recursos pra vida do sujeito, de circulação dele, de inserção em outros espaços.” Enf.3 - 1º GE

“É ele (usuário) se implicar com isso e não ser uma coisa meramente burocrática, você vai lá, no território, fazer isso, mas implicá-lo nisso. E assim, aumentar do poder de contratualidade.” Enf. 7 - 1º GE

A Reabilitação Psicossocial, proposta por Saraceno (1999), acontece quando nas trocas sociais, na medida em que o usuário habita, realiza trocas subjetivas e participa como cidadão das trocas materiais dentro da comunidade. As enfermeiras adotaram a discricção conceitual e apontaram os objetivos do cuidado com sendo: cidadania, autonomia e poder contratual.

Cidadania se refere à qualidade do cidadão, segundo o Dicionário Aurélio (2010). Ser cidadão significa ter direitos e deveres. A proposta mais funda de cidadania é que todos os homens são iguais perante a lei sem discriminação de raça ou credo. E ainda, a todos cabe o domínio do próprio corpo e da sua vida, com também o direito de expressar-se livremente e ter uma vida digna de ser humano. Mas ao cidadão cabem também deveres: de fomentar a existência dos direitos de todos, de ter responsabilidade em conjunto pela coletividade, cumprir normas e propostas elaboradas e decididas coletivamente, fazer parte do governo direta ou indiretamente, entre outros. (COVRE, 2002)

Saraceno (1998) nos chama atenção para a violação dos direitos humanos e de cidadania daqueles que sofrem de doença mental e escreve:

“A utopia que queremos é a da comunidade humana onde a diversidade tem direitos de cidadania, mas não como identidades separadas.” (p. 15)

“A cidadania é a precondição de qualquer tratamento da enfermidade. A cidadania é um direito em si: soma de direitos negativos (de não ser excluído, de não ser abandonado, de não ser violentado) e de direitos positivos (de ser cuidado pelo serviço sanitário, de ser tratado bem, de ser reconhecido pelas necessidades pessoais).” (p.16)

E Saraceno (2011) acrescenta que é muito provável que a necessidade de pertencer a uma só identidade, prioritária e integral, seja inversamente proporcional ao

gozo da cidadania: quanto mais gozamos dos direitos de cidadania, menos necessitamos de reconhecerno-nos em uma identidade única porque a nossa subjetividade é suficientemente reconhecida e produtiva.

A cidadania pressupõe que o sujeito seja integrante de uma nação, parte de um Estado e assim tem direitos de usufruir de benefícios (direitos) e tem responsabilidades na construção e manutenção do Estado (deveres). Estas duas premissas exigem do cidadão participação ativa, capacidade de cumprir normas e cooperar com os demais cidadãos.

Para Saraceno (1999), a reabilitação psicossocial compreende o conjunto de ações que se destinam a aumentar as habilidades do indivíduo, diminuindo, conseqüentemente, suas desabilitações e a deficiência, podendo, também, no caso do transtorno mental, diminuir o dano. Para que ocorra uma efetiva reabilitação, é importante a reinserção da pessoa na sociedade. Nesse sentido, o processo de reabilitação consiste em um exercício pleno da cidadania e também em um processo pelo qual a pessoa com limitações reconstrói o melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade.

Autonomia é um termo de origem grega e está relacionado com independência, liberdade ou autossuficiência. Para a Filosofia, autonomia é um conceito que determina a liberdade de indivíduo em gerir livremente a sua vida efetuando racionalmente as suas próprias escolhas. Para Saraceno (1999), autonomia está ligada à codependência de vários vínculos sociais, que possibilitam que o sujeito faça escolha e tenha as suas necessidades atendidas sem depender de um único vínculo. A autonomia está diretamente ligada ao poder contratual, no entanto, a autonomia do sujeito pode estar em vários níveis, desde dependente até autônomo. O poder de contratualidade, para Saraceno (1999), representa o poder ligado a microcontratos sociais nos quais atende às suas necessidades, encontra um papel social, atende aos seus direitos civis e assegura sua autonomia dentro da comunidade.

No entanto, o cuidado ampliado, aqui desenhado, extrapola o conceito de reabilitação psicossocial e caminha em direção do paradigma do cuidado. A busca por reabilitar ainda centra na possibilidade de desabilidades, cronicidades e limitações, enquanto o cuidado ampliado valoriza o sujeito humano e considera suas subjetividades para elevar o nível de saúde.

Acompanhante Terapêutico – o acompanhamento do ir e vir dos usuários para viabilizar o cuidado diário, mediar a busca pela cidadania e atuar no momento que novas possibilidades terapêuticas surgem da relação com o território. O estar com o

sujeito nos movimentos da vida torna possível observar subjetividades significativas no processo de cuidado em saúde mental.

“É o acompanhamento mesmo do usuário (...) no serviço, quando ele tá em crise, na comunidade.” Enf. 6 e 7 - 1º GE

“Ir ao banco, fazer compra, tentar produzir autonomia, mediar algumas relações (...) Tive uma paciente que fazia milhões de dívidas devia horrores ao açougue, devia a todo mundo e eu comecei a ir à casa dela e ir com ela fazer as compras no açougue e mediar um pouco a relação com o açougueiro que colocava coisas a mais na conta dela. Enfim poder fazer esse trabalho com ela no território acompanhado, mediar as relações, atividades.” Enf. 3 - 1º GE

Os usuários do CAPS que apresentam dificuldades no exercício da cidadania, da autonomia, são acompanhados e auxiliados até que consigam superá-las. Neste processo, o acompanhamento terapêutico é uma estratégia valiosa, pois permite estar próximo e auxiliar nas necessidades mais emergentes, além de atender aos objetivos complexos do PTS ligados à socialização e aumento da autonomia.

Atendimentos para Desinstitucionalização - representa o maior desafio da reabilitação psicossocial, realmente modificar a condição de institucionalizado (seja hospitalar, residencial ou carcerária) para a vida social. Representa investir no sujeito para tentar resgatar subjetividades anteriores à institucionalização, em uma busca contínua de ajudá-lo a retomar a vida.

“O nosso foco maior são as pessoas que ainda estão dentro dos manicômios, não que a gente não faça *desins...* fora. Desinstitucionalização é um conceito muito ampliado, mas a gente faz a reinserção do sujeito na vida. Mesmo as pessoas que estão, que está, não só quem está no hospício, mas o sujeito que está em casa em cárcere privado precisa de uma (...) desinstitucionalização. Aquela coisa do cárcere, da prisão e a gente têm feito muitos trabalhos bacanas. Eu posso até a citar um caso de uma paciente que estava em casa em cárceres, não saía, ficava nua, a gente fez todo um trabalho de atendimento com a usuária, com a família, de conscientização(...) Tem pessoas internadas que estão há muito tempo internadas (...) tem todo um trabalho de reinserir e desconstrução da prática manicomial, de você não colocar a doença na frente da do sujeito e sim colocarem o sujeito na frente da doença.” Enf. 3 - 1º GE

“Fazer *desins...* não tem receita de bolo e é muito complicado. Acho que por mais que você possa abordar acolhimento, visita extra-CAPS, enfim com todos os preceitos da reabilitação da ressocialização tem essa coisa de você se doar completamente, essa disponibilidade interna que você tem que ter que é incrível (...) porque um sujeito que tinha outro modo de viver, outro modo de funcionar, você oferece a ele o que comum o que deveria ser, mas é muito delicado.” Enf.1 1º GE

Corroborando o estudo de Dutra e Rocha (2010), o cuidado para desinstitucionalização necessita reconstruir o que o manicômio modificou: a identidade pessoal, o reconhecimento do corpo, da mente e do ambiente, o gerenciamento da própria vida e o aumento da capacidade de escolhas. Libertar-se dos muros manicomialis

representa um ato simbólico na busca por identidade pessoal e cidadania, constituindo-se em uma passagem para uma nova vida. A proposta do cuidado tem como foco a pessoa humana, considerando as necessidades da sua existência em sofrimento e vem justamente desconstruir as antigas práticas do hospital psiquiátrico, focadas na doença mental, trazendo agora uma ‘terapêutica’ possível, com liberdade de escolhas e trocas na sociedade.

O atendimento para desinstitucionalização propõe a ruptura do paradigma racionalista que se estrutura em torno do objeto ‘doença’ e adota-se como objeto ‘a existência de sofrimento’ e a sua relação com o corpo social. Assim, a desinstitucionalização consistiu em um trabalho prático, no qual não se pretende enfrentar a etiologia da doença ou transformar o manicômio, mas desmontar a antiga ‘solução’ institucional para loucura e modificar os modos nos quais as pessoas são tratadas. (ROTELLI et al, 2001). Neste sentido, Pitta (2001) afirma que o desafio de cuidar desta pessoa passa por estratégias de construções diárias de novas possibilidades de viver.

O trabalho dos profissionais inclui facilitar que estes sujeitos estejam na comunidade no ato de conviver, se relacionar e estabelecer negociações e atender às suas necessidades. A desinstitucionalização dos usuários seria o melhoramento dos atributos ‘danificados’ na institucionalização a fim de que este sujeito possa participar de forma singular e vitoriosa da batalha pela própria sobrevivência (SARACENO, 1999).

Atendimento às famílias – significa incluir a família no processo de cuidado, a família é ao mesmo tempo acolhida, parceira no cuidado e objetivo do cuidado. Surge outra prática: suporte a redes de apoio, o que significa potencializar o cuidado ao usuário pela família ou vizinhos.

“Acho que não tem nenhum caso de sucesso que a família não estivesse presente. A doença amplia e a família adoce junto. A família toda, muitas vezes tem a cultura do tem que internar (...) esse suporte e amparar a demanda da família, enfim os conflitos e ajudar um pouco ela na condução e entender aquelas dificuldades. Tem familiar que chega e não deixa o paciente falar ou diminui tudo que ele tá falando e a gente fala: não vamos escutar o que ele tá falando.” Enf. 1 e 7 1º GE

“Tem que explicar também o que é o CAPS, por que às vezes ele não entende o que é o CAPS.” Enf. 7 1º GE

“Família é quem tá próximo e familiar é quem tá próximo do cuidado. A MM é uma vizinha que a gente conta como a família dela. É a pessoa que a gente pode articular sobre dinheiro, cuidado idas e vindas aqui, etc. ela esta mais próxima e ela e a essa rede de apoio do usuário. E a gente tem dar suporte a essa rede também.” Enf. 3-1º GE.

Considerando a construção social dos sujeitos, a atenção psicossocial perpassa pelas reconstruções das relações com os próximos, assim, em todos os casos atendidos, pensa-se na família ou naqueles que representam a família para o usuário. Este atendimento visa acolher, apoiar, compreender, informar, chamar a responsabilidade, oferecer cuidado, mostrar outras formas de relacionar com o familiar em sofrimento, entre outros.

Assim como no estudo de Scharank e Olschowsky (2008), através do acolhimento, VD, o atendimento individual agendado, o grupo de família, oficinas, enfermeiras buscam efetivar a inserção da família no CAPS. E nessa parceria, o vínculo aparece como fundamental na construção de caminhos menos sofridos e menos estigmatizados da vivência do sofrimento psíquico, além de ser fundamental no processo de reinserção do sujeito com sofrimento psíquico na sociedade e melhorar as relações no próprio meio familiar. Desta forma, neste serviço, a família é considerada como parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico (grupal ou individual) e livre acesso ao serviço sempre que se fizer necessário.

Discussão dos casos – é uma prática constante no CAPS: reuniões de início e final de turno, reunião de equipe, atendimento em pares, trabalho em miniequipe e a passagem de plantão. O CAPS adota o Projeto Terapêutico Singular, acompanhado por um Técnico de Referência, no entanto, o projeto é discutido e reavaliado periodicamente.

“Os casos são muito complexos, é muita coisa: tá no tráfico, tá *maluco*, tá ameaçando (...) envolve muita coisa. É o trabalho em equipe (...) é muito complicado então ele precisa de vários sujeitos/ saberes e o coletivo para decidir.” Enf.3-1º GE

“Discussão de caso tem essa coisa da interdisciplinaridade, como é rica a discussão de caso, ter o AS, TO, Enfermeiro, quanto os saberes se complementam. (...) nem querendo a gente da conta, é rever nossas práticas.” Enf.7-1º GE

“É importante a passagem de plantão e a discussão de casos feita também na passagem de plantão. (...) Eu quero dizer que a gente participa de muita coisa, no manejo. O outro tá chegando, e você tem que falar você faz assim, você faz assado e essa construção não é só minha é de toda a equipe do dia. Vai estar só com a enfermagem a noite então tem que ter cuidado e ela (a enfermagem) ainda vai passar para a equipe do dia seguinte. Você vai passar a construção da equipe para equipe seguinte e esse caso pode pipocar, enfim (...) e se isso não estiver bem amarrado você desconstrói todo um trabalho. Tem uma conduta, passa o plantão e não foi informado, se eu tomo uma conduta totalmente diferente que desconstrói tudo.” Enf. 3 e 6-1º GE

Ao mesmo tempo em que acontece a responsabilização, a discussão dos casos possibilita uma corresponsabilização, na medida em que as condutas são compartilhadas

e reavaliadas. Essa prática é a representação do trabalho em equipe, multi e interdisciplinar. A enfermagem é responsável pela continuidade, considerando que é apenas ela no noturno e a organização do dia seguinte depende da apreensão das discussões do dia e da transferência para as equipes seguintes.

Oficinas no território – realizar oficinas no território significar oferecer oportunidade de aumentar habilidades dos usuários, divulgar o trabalho do CAPS, melhorar as relações dos usuários com a comunidade, potencializar a promoção de saúde na comunidade e minimizar os estigmas dos usuários da Saúde Mental.

Passeios fora do território – é uma oportunidade de os usuários da saúde mental vivenciarem outros ambientes, despertarem outras identidades e aumentarem as possibilidades de trocas subjetivas.

Matriciadores – os enfermeiros matriciadores, em suas miniequipes são responsáveis por Áreas Programáticas e trabalham juntamente com a Clínica da Família para atender aos princípios da responsabilização e resolutividade. O trabalho de matriciamento é realizado em reuniões com os profissionais de Saúde Mental e Atenção Básica, interconsulta, visita domiciliar ou, simplesmente, discussão de casos ao telefone ou nos corredores.

Segundo a Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2011, p. 13),

“Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.”

O conceito apoio matricial foi formulado por Gastão Wagner Campos (1999) e tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a Atenção Básica. É um rearranjo organizacional que substitui a lógica do encaminhamento. É mais eficiente por acontecer o encontro das duas equipes para discussão e tomada de decisão em um caso, em um processo de corresponsabilização e interdisciplinaridade.

Assim, objetiva-se que a comunicação, entre duas equipes, ofereça uma boa resolubilidade, em uma proposta integradora, que visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Dentro desta perspectiva, as enfermeiras ressaltam a eficiência do matriciamento e ainda acrescentam que essa prática tem mudado a relação da Clínica da Família com o atendimento aos usuários do CAPS, bem como o atendimento às demandas de sofrimento psíquico dos usuários da ESF.

Interconsultas – são pontes com a Clínica da Família, UPA e demais necessidades que possam ocorrer dentro do território. As interconsultas são o encontro com outros profissionais atuantes, seja no atendimento dos usuários do CAPS ou não usuários que vivenciam sofrimento psíquico.

“Às vezes o cara diz que tá com dor de ouvido e com isso tá falando um monte de abobrinhas, a abobrinha sobressai à dor. Ele só pode ser doido, não pode ser doido com dor de ouvido? Ser louco já é muito. E valorizar isso. A gente se preocupa muito como isso. Quando paciente queixa algo a gente diz vamos lá a UPA, a gente não acha que é firula e tentar investigar. Tem que tentar descartar tudo que é clínico do que é *maluquice*. Se não der nada a gente entra. É, por exemplo, infecção, pode dar desorientação.” Enf. 3-1º GE

A interconsulta por definição é uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado. Caracteriza-se por uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas. A interconsulta inclui desde uma discussão de caso por parte da equipe ou por toda ela até as intervenções, como consultas e visitas domiciliares conjuntas. Esse encontro de profissionais de distintas áreas, saberes e visões permite que se construa uma compreensão integral do caso ampliando e estruturando a abordagem psicossocial (BRASIL, 2011).

As enfermeiras apontam, ainda, dificuldades e desafios desta prática ressaltando que muito tem a melhorar na relação com a Atenção Básica. No entanto, acreditam que esse caminho é potencializador de cuidados em saúde mental no território. A maior dificuldade é o estigma ligado ao sofrimento psíquico, mas a prática de discutir casos, fazer VD's em conjunto com o ESF, a disponibilidade da Equipe do CAPS em estar aberta a parcerias tem contribuído para amenizar essa dificuldade.

Apontam ainda como prática constante a interconsulta com equipe ou profissionais da UPA. Também, neste caso, acontece uma parceria de mão dupla, tanto os profissionais do CAPS assessoram a UPA, atende junto com o CAPS usuários do CAPS em situação de emergências clínicas. Deste modo, a interdisciplinaridade contribui para o cuidado integral em busca dos direitos dos cidadãos à saúde.

4.2. 2ª Categoria - INVESTIMENTO NO SUJEITO: esperar, tempo, escuta qualificada e cuidado pós-demanda

Na primeira etapa da coleta de dados, solicitou-se às enfermeiras as práticas dentro e fora do CAPS, como colocado anteriormente. As práticas no interior do CAPS são percussoras para ampliar o cuidado para fora do CAPS, segundo a demanda de cada caso. Fez-se necessário entender a dinâmica intra-CAPS para a discussão da Clínica de enfermagem Psiquiátrica, que por vezes acontece no território.

Todas as pessoas moradoras da área programática ou não são recebidas no CAPS. Em todos os turnos, um profissional de nível superior fica responsável de acolher a todos que solicitam atendimento. Neste atendimento, o profissional acolhe, avalia e toma uma conduta: atendimento imediato no CAPS, agenda outro atendimento ou direciona para outra unidade de saúde conforme a demanda. O CAPS faz parte da Rede de Saúde Mental e da Rede de Saúde, conforme a necessidade, o profissional oferece as possibilidades de atendimento dentro ou fora da área programática e acompanha a resolutividade através de outros atendimentos.

Os usuários contratados pelo CAPS são atendidos por uma miniequipe de acordo com a área em que residem, assim há uma corresponsabilização dos profissionais pela área programática e pelos casos. Todos os usuários possuem o Projeto Terapêutico Singular (PTS), documentado em formulário e anexado ao prontuário. O PTS é construído e avaliado pelo Terapeuta de Referência (TR), discutido e corresponsabilizado pela miniequipe e conforme agenda discutido na reunião de equipe semanal. Segundo os objetivos do PTS, são determinados a frequência, as atividades que participam no CAPS e os profissionais envolvidos nos atendimentos, em acordo com Brasil (2004).

As enfermeiras são responsáveis por atividades burocráticas, tais como livros, produtividade, insumos, solicitação de medicação etc. No entanto, todas estas viabilizam o cuidado ampliado. As atividades conhecidas como técnicas são transformadas em cuidado ampliado, por exemplo, a administração de medicamentos é oportunidade de acolhimento, vínculo, escuta, aprendizagem, empoderamento, autonomia e superação da sintomática geradora de sofrimento. Assim como, o cuidado do corpo representa o espaço para o sujeito cuidado ressignificar o psíquico ou simplesmente despertar para outros sentimentos em relação a si mesmo.

As enfermeiras dedicam seu tempo para simplesmente estar com os usuários, no interior do CAPS, e chamam isso de ambiência ou convivência. Apostam que nesta relação casual acontecem possibilidades de investimentos e intervenções terapêuticas

importantes, seja para aqueles que são TR ou não. Se tiver algum usuário em crise, são designados profissionais que atendam e/ou acompanhem, isto é, que fiquem próximo viabilizando sua proteção e manutenção da proposta terapêutica.

O espaço no interior do CAPS é planejado para ser acolhedor e agradável. Os profissionais se organizam para estar disponível para a convivência e o acolhimento de possíveis demandas. Outros espaços terapêuticos incluem: o consultório, o refeitório, as oficinas, os grupos, a assembleia, a Sala de Cuidados/Medicação, o repouso, a rampa (onde fumam), entre outras possibilidades. O CAPS funciona 24 horas por dia e os sete dias da semana, assim usuários aparecem à noite ou aos finais de semana em crise ou com questões que necessitem de ajuda. O CAPS também é solicitado pela UPA, Clínica da Família ou outros dispositivos da rede.

As enfermeiras se responsabilizam tecnicamente pelos técnicos de enfermagem, pela organização dos turnos de serviço e pela passagem de plantão. Esta última responsabilidade representa a continuidade do serviço, visto que o período noturno conta apenas com a equipe de enfermagem. Uma conduta tomada e discutida pela equipe diurna precisa ser discutida com a noturna, assim como a noturna responsabiliza por assegurar a continuidade na próxima equipe diurna. Caso aconteça alguma demanda urgente de um usuário no momento que o seu TR não se encontra no CAPS, alguém da miniequipe é acionado, como também se houver uma demanda de atendimento a usuários externos ou de atendimento de pessoas da área programática que não são contratados ainda pelo CAPS.

O CAPS propõe aos usuários um cuidado ampliado, assim faz-se necessário contar com os recursos da comunidade e articulações com a Unidade de Pronto Atendimento, Atenção Básica, serviços especializados (álcool e drogas, infância e adolescência, universidades, iniciativa privada etc.), segurança pública, entre outras. E ainda fazer parcerias com possíveis potencializadores dos PTS.

As enfermeiras acreditam que os sujeitos podem aumentar o nível de saúde, quando encontram outros sentidos na vida, melhoram as relações familiares e sociais, aumentar o nível de consciência do seu potencial, aumentar suas habilidades, resgatar significados anteriores ao adoecimento, entre outras. Este é o exercício do esperar. As enfermeiras planejam, investem e auxiliam neste processo de retomada da vida. Sabem, ainda, que é um processo que requer tempo: o tempo do sujeito, o tempo interno, o tempo do processo de significação.

Por acreditar nos sujeitos, ou seja, por esperar, as enfermeiras cuidam a partir do que o sujeito traz: sua subjetividade, seus conhecimentos, suas demandas, sua

relação com a vida e com o território. Ou seja, o cuidado acontece após a demanda do sujeito.

Nesse contexto, esta categoria constrói-se em quatro subcategorias: 1) A escuta do sujeito social; 2) A ação de esperar; e 3) O tempo do sujeito. Estas estão descritas abaixo.

A escuta do sujeito social

Para Oliveira (2014), escuta qualificada é “a ação de ouvir e de adquirir conhecimento da outra pessoa”. A autora ressalta que quando a pessoa se sente escutada valida a sua existência e ressignifica o próprio sofrimento.

Considerando que o cuidado de enfermagem ampliado começa com o investimento no sujeito, as enfermeiras utilizam-se do constructo escuta qualificada para conhecer o sujeito, o contexto em que ele vive e as manifestações de sofrimento. Fica evidente que as enfermeiras consideram o sujeito como ser social, quando inclui neste ato de conhecer a história de vida do sujeito, as articulações que faz no território, a relação com a família, o ambiente em que passa maior parte do tempo, as redes de apoio, suas preferências e desejos.

As enfermeiras circulam pelo território, seja com propósito de visita domiciliar, ou atividades específicas (como matriciamento, oficinas, passeios etc.), e observam as dinâmicas e a forma de estar dos sujeitos naquele território. Estas observações contribuem para o manejo dos casos atendidos ou intervenções imediatas. O sujeito é realmente ele, onde ele vive, lá não precisa se ‘esconder’. Na sua casa, para seus próximos, o sujeito manifesta sua essência. Mesmo porque seus próximos, geralmente, o conhecem e sabem sua história.

Para executar a escuta qualificada, as enfermeiras utilizam as seguintes estratégias: atendimentos individuais, uso da medicação, visita domiciliar, circular pelo território, atender a família, atender à crise e dar oportunidade para falar (estar próxima em diferentes situações: CAPS, território, oficina, passeios).

“E tem a questão que é mais ampliada, que no caso, a gente atua na convivência/ambiência, tentando desenvolver algumas práticas ali, geralmente a gente, coordena o ‘Bom Dia’ e o ‘Boa Tarde’, onde a gente pode saber dos pacientes, saber como foi o dia deles ou o final de semana e também ali, junto deles, poder tirar dúvidas sobre a medicação, efeito colateral e também potencializar o PTS de cada um: ‘o que você veio fazer aqui hoje?’, enfim...” Enf. 1 – EP

“Entender a história dele, geralmente um paciente que traz um tipo de queixa e que muitas vezes a gente acha que precise fazer um acolhimento extra-CAPS, entender qual o tipo de vivência dele lá fora, qual é o ambiente que ele vive.” Enf. 1- EP

“Eu sou TR de 13 pacientes: eu sou quem dá o direcionamento do caso, junto com a médica, vejo o que precisa e faço essa escuta. Vem com atendimento marcado, tem paciente que atendo semanalmente, quinzenalmente, ou vem pra mim e eu escuto.” Enf. 3 – EP

“Ele se vinculou às oficinas, mas esse movimento de rua dele foi percebido porque a gente tá no território o tempo todo, a gente tá indo subindo o tempo todo, às vezes vou procurar o R. e ele tá ali na Banca de Jornal lendo o jornal, entendeu, então o cara tá orientado, o cara tá lá. (...) Ele é um cara que a gente percebe a organização pelas articulações que ele faz no território, entendeu.” Enf. 3 – EP

“Os pacientes acabam colocando no papel um pouco da clínica deles, da história de vida deles, de como tá a situação de vida naquele momento. Nessa oficina, eu tento puxar de cada paciente, levantar a habilidade de cada um deles pra que esses pacientes.” Enf. 5 – EP

“Conhecer o indivíduo fora do CAPS, conhecer como ele atua na família com os vizinhos.” Enf.6 – 1ºGE

“Tem familiar que chega e não deixa o paciente falar ou diminui tudo que ele tá falando 'não é doidera' e a gente fala: não vamos escutar o que ele tá falando, é o que você faz.”
Enf.1e7 - 1º GE

“Algumas coisas só são ditas neste espaço informal, na rua ou tomando um café na esquina, assim, muita coisa só e dita nestes espaços.” Enf.3 – 1º GE

A escuta qualificada nas falas das enfermeiras está para além do objetivo de conhecer o usuário, é também a valorização do humano que ele é: o sujeito social; o sujeito singular; o sujeito que vivencia uma nova crise; ou um sujeito que tem potenciais a serem desvelados. As enfermeiras escutam porque se importam, se importam mais porque passam a conhecer e este ciclo vai sendo construído em uma relação afetiva e terapêutica. Neste ciclo está também a empatia.

As enfermeiras adotam o protagonismo do sujeito, que é anterior à atitude de escutar. Por valorizar o protagonismo do sujeito, procuram trabalhar esse conceito com os familiares e nas atividades grupais. As enfermeiras ressaltam que em muitos casos foram surpreendidas por atos dos usuários, tais como atitude de zelo, afeto, habilidades, mudanças de comportamento, superação, entre outros. As experiências com o cuidado ampliado reforçam a atitude de investir nos sujeitos. As trocas contribuem para um ambiente terapêutico.

A atitude de buscar perceber (ouvir, observar, sentir) algo novo ou diferente que os usuários possam demonstrar faz parte do trabalho das enfermeiras. Elas avaliam

como está se desenvolvendo a proposta terapêutica, se existem novas demandas, dados sobre a história e a subjetividade dos usuários. Entendem que há momentos que a escuta é a ferramenta terapêutica; enquanto os usuários falam, eles mesmos refletem, reorganizam, repensam etc.

Observar os usuários no território permite às enfermeiras conhecer os sujeitos sociais que são. Elas observaram que o CAPS é lugar para manifestar o sofrimento e pedir ajuda. O usuário tem seus mecanismos de interação social e é preciso descobri-los para ajudá-los a usar de maneira positiva. Por exemplo, uma usuária fazia acordos e comprava a prazo no comércio local, mas estava com muitas dívidas e dificuldades com as cobranças. A enfermeira TR acompanhou, ajudou a negociar as dívidas e verificou que comprava mais do que precisava e ainda identificou débitos indevidos. Mesmo assim, ressalta as habilidades de viver ali a sua maneira, estabelecendo interações sociais e viabilizando suas necessidades, em uma crise psicótica.

Escuta, prontidão, estar com são atitudes destinadas a humanos. Estas reforçam a dignidade humana que os sujeitos trazem.

A ação de esperar

Para Oliveira (2014), o esperar é expresso na postura da enfermeira que não desiste do sujeito e que aposta em algo que possa ajudá-lo. A enfermeira cria, onde parecia não haver possibilidade e acredita na promessa de um futuro, sinalizando algo para além do presente imediato.

As enfermeiras investem nos sujeitos mesmo em situações limites, trabalham e sinalizam que podem melhorar suas vidas. Apostam nos sujeitos simplesmente porque são humanos. Verbalizam o “empoderar” no sentido de dar àqueles sujeitos poder de comando da própria vida, como se entregassem um cargo de confiança: a vida.

Empoderar sugere estimular que pouco a pouco utilize os seus recursos pessoais para expressar seus desejos, reivindicar seus direitos de cidadão e se colocar como parte dos grupos que participa. No entanto, os enfermeiros utilizam a expressão “clínica do sujeito” quando ressaltam a importância do foco principal do trabalho naquele que está sendo cuidado: ele é que determina os rumos a serem tomados.

“A gente tenta trabalhar diariamente, poder empoderar, pra que ela possa ir tomando essa segurança de circular pelo território.” Enf. 1 – EP

“A assembleia que não é oficina – é um espaço de empoderamento do usuário.”
Enf. 3 - EP

“Poder tá dentro da casa deles, (...) ter a medicação assistida, ter a escuta do paciente, ele poder dizer o quanto tá difícil e o paciente sai da crise sem precisar nem vir ao CAPS, às vezes.” Enf.5 - EP

“E de quanto aquele espaço ali de autocuidado possibilita esse encontro do enfermeiro, do profissional, pegando ali na mão, seja no banal, mais ali sai coisas fantásticas para o cuidado.” Enf.1- EP

“(...) colocar o sujeito na frente da doença.” Enf. 1 – 1ºGE

O esperar, para as enfermeiras, é dinâmico e processual. Acolhem, criam estratégias de cuidado, investem no empoderamento, criam espaços terapêuticos, buscam descobrir habilidades, resgatam as histórias de vida, enfim, buscam proporcionar atividades/possibilidades que possam ajudar o sujeito a viver melhor.

A prática de investimento no sujeito é sutil, acontece em meio a outras, tais como durante a caminhada, cuidado com o corpo, cuidados com a medicação, oficinas, reuniões, atendimento a familiares etc. Entretanto, a enfermeira só aposta no investimento pelo esperar.

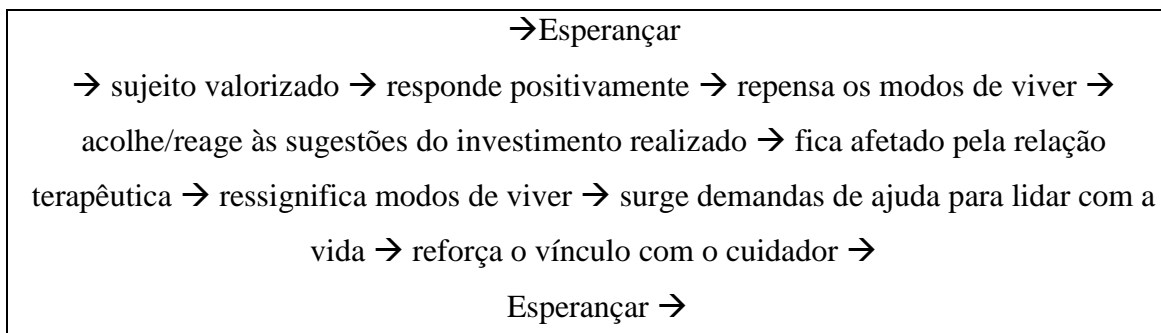
Os espaços terapêuticos proporcionam acolhimento, trocas e desenvolvimento pessoal. Os dados apontam esta preocupação das enfermeiras nas práticas do acolhimento intra e extra-CAPS, convivência, oficinas, assembleia, grupos terapêuticos, atendimentos individuais, entre outras atividades que despertem o desenvolvimento dos sujeitos. Um ambiente terapêutico (as enfermeiras na maioria utilizam a palavra espaço) possibilita que o sujeito se sinta aceito e assim vivencie o presente naturalmente, acenando para um futuro possível de ser construído. A vida só acontece no social, em um contexto significativo para o sujeito, assim as enfermeiras apostam no cuidado em diferentes espaços, que são direcionados pela história de vida.

Os sujeitos com histórico longo de sofrimento psíquico muitas vezes abandonaram suas habilidades por causa do sofrimento, descreditaram de seus potenciais ou, ainda, não os conheceram. Este fato traz marcas do estigma da loucura, da psiquiatria tradicional ou mesmo da baixa autoestima dos que sofrem psiquicamente. Deste modo, é essencial reinventar, investigar talentos, despertar possibilidades, retomar atividades interrompidas pelo adoecimento, enfim, inventar.

A liberdade aparece como a possibilidade de que o sujeito protagonize a sua própria vida, exercitando o viver: reconhecer seus limites e suas possibilidades. A clínica da liberdade, para alguns sujeitos, é estimulada, para outros, mediada e para outros, negociada e assim as enfermeiras apostam na liberdade como ferramenta no cuidado.

Nesse sentido, o esperar é uma ação de acreditar e investir no sujeito, como no resumo cíclico:

Figura 2: O esperar e o investimento ao ser humano (DUTRA, 2014).



O sofrimento muitas vezes leva os sujeitos a perder a esperança na própria vida, e o cuidador empresta o esperar dele, até que ele desperte os seus desejos, significados e a sua esperança. Este processo requer investimento no sujeito humano.

O tempo do sujeito

O tempo, para Oliveira (2014), do cuidado é interno e é da pessoa cuidada. A Clínica de Enfermagem Psiquiátrica Intuir Empático chama atenção para o processo dinâmico, deste modo, o tempo de resposta do sujeito pode acontecer em um destes ir e vir. Sem receita pronta, sem cronologia, sem data, sem previsão. O sujeito também não tem controle sobre o sofrimento psíquico, simplesmente o vivencia. O esperar acalenta o cuidador para continuar investindo no sujeito a espera do novo: a ressignificação da vida.

“Acho que é um trabalho que está em construção, a gente precisa ainda repensar e recriar o tempo todo.” Enf.7 - 1º GE

“Eu acho que muita coisa aqui é possível na continuidade do tratamento, que eu acho que é o que o CAPS se propõe.” Enf. 7- 1º GE

“O tempo que uma pessoa sanitarista é um, da gente da saúde mental é outra.” Enf.3 – 1º GE

“A abordagem da saúde mental é demorado precisa de tempo, não da pra resolver hoje. É da nossa prática saber esperar a resposta não vir de imediato.” Enf.1 – 1º GE

Para o cuidado ampliado, em um PTS, é preciso que descubramos o que faz sentido, o que dá significado ao que as pessoas exprimem em forma de expectativas, de desejos ou não desejos, de preocupação e de dificuldades. Desta forma, a compreensão

do que interfere no cuidado de alguém envolve diversos aspectos: história de vida e de doenças, ambiente e perturbações (COLLIÈRE, 2001). No entanto, um processo que envolve novos sentidos, significados, objetivos de vida e vontades demanda tempo e este é interno, pessoal e não cronológico.

Os significados estão no plano dos pensamentos, das emoções e das verdades; sendo assim, os investimentos na pessoa, nos seus pensamentos e sentimentos podem ser uma estratégia valiosa de cuidado para a construção de novas possibilidades de vida. Outra estratégia de cuidado pode ser a valorização dos significados positivos anteriores ao processo de agravamento do sofrimento psíquico, tais como a história de vida e os antigos espaços ocupados como forma de se reportar ao passado e reviver antigos sentidos. Logo, a escuta, os questionamentos e provocações que despertam processos de subjetivação, mas no tempo do sujeito (DUTRA e ROCHA, 2010).

Mas o cuidado ampliado é efetivo e sai do campo de ressignificar o sofrimento para a mudança de comportamento e melhora na saúde. As questões da esfera subjetiva estão diretamente ligadas às esferas operacionais da vida. Demanda tempo, mas o investimento no cuidado mostra resultados efetivos.

4.3. 3ª Categoria - CUIDADO AFETIVO: empatia, intuição

As enfermeiras, antes mesmo do cuidado, trazem para o campo prático o afeto através dos constructos empatia e intuição. Estão arraigados nas suas falas o humanismo e o cuidado centrado no sujeito, e, conseqüentemente acontece o investimento neste sujeito e a aproximação da pessoa-profissional com a pessoa-cuidada.

Segundo Oliveira (2014), a empatia é uma espécie de ‘inteligência emocional’. A empatia tem duas facetas, a cognitiva e a afetiva. A cognitiva está relacionada à capacidade de compreender a perspectiva do sujeito, enquanto a afetiva se refere à habilidade da enfermeira em experimentar reações emocionais por meio da observação da vida do outro.

Para Oliveira (2014), a intuição representa perceber, discernir, ter a conscientização de um novo conhecimento. A intuição acontece espontaneamente no ato da relação pessoa-pessoa, quando surge uma questão, a enfermeira consegue ver além do que já está posto e traz algo inesperado até por ela mesma. Como se pudesse captar além, nos mecanismos conscientes armazenados na memória.

“A gente vai e muitas vezes (VD), a gente não força uma vinda automática ao serviço, a gente faz vários atendimentos no domicílio para poder estreitar o vínculo e fazer com que ele possa vir ao serviço por esse viés.” Enf.1 – EP

“O fato de a gente ter ido lá e recolher ela ali naquele ambiente, e como ela se relaciona no bar, na rua e tal. E essa pessoa vir aqui falar disso, então o assunto muda, ela começa trazer coisa: “você viu meu colchão, você viu”, então ela começa a trazer coisas, abrir coisas importantes. Eu não vou poder questionar tudo lá eu ter que acolher aquilo, guardar, conter minha língua e esperar ela ter esse ‘filem’ de chegar pra mim e falar.” Enf. 3 – EP

“Do tanto que era difícil, ficou difícil me receber lá porque não tinha sofá, não tinha pó de café, mas eu gasto meu dinheiro todo, mas vou guardar meu dinheiro pra comprar pó de café porque você vai à minha casa. E tudo começa mudar porque você recebe uma pessoa ali.” Enf. 3 – EP

“E a gente trabalha assim numa sintonia (...) a enfermagem é isso muito íntima. E a profissão mais íntima que tem na face da terra.” Enf. 3 – EP

“Através do Vínculo, da transferência como o paciente, o profissional poder tá dentro da casa deles.” Enf. 5 - EP

“E assim aborda também um pouco da empatia porque como você vai se colocar no lugar de um sujeito que você não sabe onde mora, onde vive, quais as dificuldades que passam, que casa é essa, que família é essa? Que violência é essa? Acho que é por aí.” Enf. 1 – 1º GE

“Tem essa coisa de você se doar completamente, essa disponibilidade interna que você tem que ter que é incrível.” Enf.1 - 1º GE

“Só que vai além da relação profissional-paciente. Na maioria das vezes o que eu sinto o que eu vejo, a forma que as pessoas... Acaba se de algum modo um membro que você tá agregando a sua família.” Enf. 6 - 1ºGE

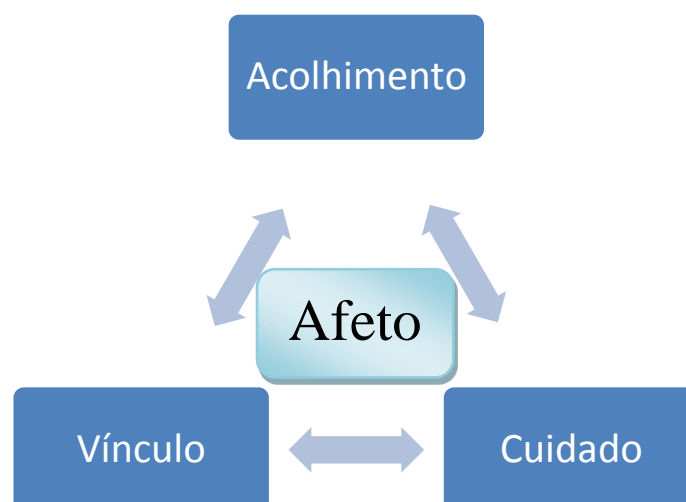
“Prece que o caso é só seu.” Enf. 7 - 1º GE

“A N. que eu trabalhei muito nesse caso (...) por exemplo, se eu tenho que regular alguma coisa, ela não está inscrita na janta, eu não tenho condições de regular mais nada, eu me lembro de que eu envolvi tanto neste caso, tanto nesta família... Pra mim quando vejo vindo, circulando pra mim já é ótimo e eu tenho um carinho muito grande e num estou conseguindo mais...quando tem que organizar alguma coisa eu digo gente faz ai que eu não consigo mesmo.” Enf.3 - 1º GE

“Às vezes fica difícil até com suas Referências, às vezes embola tanto que fica difícil cuidar. E mesmo uma coisa delicada. O tempo todo isso acontece no nosso trabalho.” Enf.7 - 1º GE

As enfermeiras utilizam o acolhimento, vínculo e cuidado. Inicialmente, o objetivo é conhecer o sujeito; posteriormente, estreitar o vínculo e assim ter o objetivo de ajudar este sujeito a dar conta da vida. Os três passos são interdependentes, cíclicos e sustentados no afeto: conhecer como o sujeito vive para compreender sua realidade; continuar o acolhimento até que ambas as partes estejam mais confortáveis na relação ajudar a atender às suas necessidades básicas até seus planos futuros. A empatia é uma condição essencial para que ocorra a relação terapêutica e traz consigo sintonia, harmonia, respeito e autenticidade. E através da relação terapêutica podemos caminhar para o cuidado pós-demanda.

Figura 3: Afeto a partir da tríade acolhimento, vínculo e cuidado (Dutra, 2014).



A perspectiva do cuidado afetivo coloca a enfermeira como pessoa na relação, ou seja, exige disponibilidade interna para envolver e se vincular. As enfermeiras colocam de maneira natural a ‘torcida pelo sucesso dos sujeitos cuidados’ porque acreditaram, investiram, fizeram projetos de vida e esperam o crescimento dos sujeitos.

As falam trazem: ‘tem essa coisa de você se doar completamente’; ‘disponibilidade interna’; ‘vai além da relação profissional-paciente’; ‘de algum modo um membro que você tá agregando a sua família’; a gente trabalha assim numa sintonia’; ‘às vezes embola tanto que fica difícil cuidar’, entre outras. Deste modo, fica evidente o uso terapêutico do eu na relação estabelecida. Por vezes, os papéis de acolher, apoiar, estimular, ajudar sobressaem aos papéis de dar limites, ponderar, negociar. No entanto, as enfermeiras envolvem outros parceiros na relação terapêutica para garantir os papéis necessários aos objetivos do projeto terapêutico, mantendo assim a dinâmica do cuidado.

Seria redundância falar do humanismo no cuidado de enfermagem psiquiátrica, mas as enfermeiras ressaltam como condição essencial para o cuidado o uso do próprio eu. E, ainda, apontam práticas com a finalidade de: aumentar a empatia (Ex.: conhecer a realidade); melhorar o vínculo (Ex.: VD); melhorar a confiança (Ex.: tomar um café); respeitar a dignidade (Ex.: se calar); ser autêntico (Ex.: incluir outro profissional quando não se sente à vontade).

Para Travelbee (1979), o uso terapêutico do eu é a capacidade de usar a própria personalidade conscientemente e em plena lucidez na tentativa de estabelecer um relacionamento e de estruturar as intervenções de enfermagens. A autora resalta que conhecer e compreender a si próprio aumenta a capacidade de estabelecer relações interpessoais satisfatórias. E ainda acrescenta que autoconfiança exige que o sujeito reconheça e aceite aquilo a que ele dá valor e aprenda a aceitar a singularidade e as diferenças nos outros.

O sofrimento muitas vezes leva os sujeitos a perder a esperança na própria existência e a desacreditar que as situações possam modificar, no entanto, encontrar o sentido para própria vida e passar a ter controle da situação é um caminho para minimizar o sofrimento (LACERDA E VALLA, 2004). Para tal, as práticas de cuidado integral estimulam a autonomia dos sujeitos e podem ajudá-los a ressignificar as experiências que causaram dor e sofrimento e atribuir novos sentidos.

O cuidado aos que não demandam, aos que não reconhecem a problemática em que estão inseridos ou estão em apatia exige do cuidador um investimento de despertar o desejo e a esperança. Esse processo acontece na relação pessoa-pessoa, com afeto,

continuidade e respeito. A intuição e a empatia são a ferramenta para aproximação, através da qual o cuidador propicia ao sujeito aumentar a consciência crítica, lembrar eventos significativos na sua história ou simplesmente empresta alguns desejos.

O campo dos desejos do sujeito é dele, mas despertar lembranças de desejos antigos, despertar sonhos, lembrar sensações, proporcionar experimentar novas percepções contribui para que o sujeito ressignifique o seu estar no mundo. Todavia, a produção de cuidados desta natureza acontece a partir do afeto.

Martines e Machado (2010) faz uma reflexão sobre a produção de cuidados e subjetividade dos sujeitos e ressalta que o cuidado adquire uma finalidade de reconstrução de felicidade, alegria, vitalidade na medida em que lança luz no cotidiano onde as relações se constroem, em geral, no plano sujeito-sujeito.

Nessa perspectiva, o cuidado opera em uma integralidade que nunca se esgota e nunca se alcança a plenitude, pois sempre agrega mais aspectos da existência do sujeito e de microelementos do sujeito no cotidiano. Nesse processo, a linguagem ocupa papel de destaque, em uma ação dialógica de construção contínua.

“A expressão dialógica é uma forte característica deste processo multidimensional qualificado como cuidado, que põe em relação a indissociabilidade de "seres de subjetividade/intersubjetividade/objetividade", que dispara sequências de afetos e ligações, da ordem da subjetividade e, sobretudo, um cuidado que só pode acontecer diante de um incessante fluxo intersubjetivo, em que pessoas, instrumentalizadas com determinados conhecimentos e qualidades humanas, se aproximam.” (MARTINES E MACHADO, 2010, p. 332)

São muitos os encontros, conversas de construção e desconstrução de ideias. Nestes encontros, o afeto precipita: negociação, articulação e processo de subjetivação. Melman, (2001) estuda o cuidado às famílias que possuem membros com transtorno mental e se apoiam na noção de singularidade, com uma individualização em um processo permanente de subjetivação atrelada à própria trajetória da vida do sujeito. O processo de subjetivação acontece de diversas formas conforme cada sujeito, no tempo do sujeito em percursos diversos. O autor conceitua com a produção de um modo de existência, correspondendo à descoberta de novas possibilidades de vida em que cada sujeito é autor da sua própria vida.

As negociações giram em torno de possibilidades, mas o sujeito administra a vida segundo seus valores e entendimentos da vida, assim, na negociação, o cuidador busca práticas e condutas que exijam de cada sujeito uma sintonia com os aspectos mais genuínos da natureza do sujeito. Essa perspectiva valoriza a autonomia e a liberdade.

Figura 4: O encontro do cuidador e a pessoa cuidada na perspectiva ampliada (DUTRA, 2014).



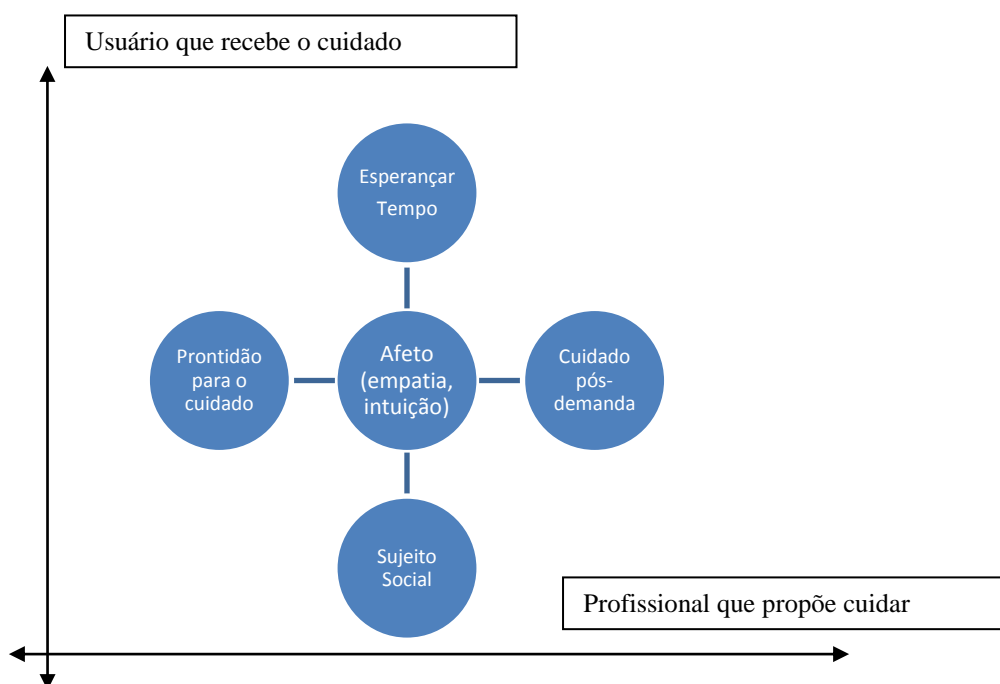
Para Boff (1999), o cuidado faz parte da essência humana, não é um ato pontual, é uma atitude de respeito, preocupação e responsabilização para com o próximo. Portanto, é uma atitude integrativa de envolvimento e relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, vínculo, respeito pelo sofrimento e pela história de vida.

4.4. 4ª Categoria – OLHAR AMPLIADO

O CAPS é um dispositivo territorial responsável por organizar a rede de saúde mental e promover a saúde da população de abrangência (BRASIL, 2004). Aos profissionais do CAPS, cabe a responsabilidade de levantamento das demandas, planejamento, execução, distribuição das tarefas e avaliação. No entanto, a saúde mental, segundo os dados, requer olhar ampliado. Esta categoria construiu-se em três subcategorias: 1) Atenção às necessidades da vida; 2) O sujeito social e singular; e 3) A complexidade do cuidado ampliado.

O Cuidado Ampliado se configura no encontro da linha do sujeito com a linha do profissional que se prontifica a cuidar. Como no desenho:

Figura 5: A relação afeto e cuidado (Dutra 2014).



4.4.1. Atenção às necessidades da vida

Para Oliveira (2006), o cuidado dentro da Clínica de Enfermagem Psiquiátrica é pós-demanda. E ainda, “O cuidado deverá estar pautado na pessoa e não no curso clínico da doença” (OLIVEIRA, 2014). A partir da prontidão para o cuidado e do investimento no sujeito, as enfermeiras apontam as seguintes práticas utilizadas:

secretariar; coordenar PTS e direcionar os casos; responsabilização; reinserção na vida; buscar parceiros para o cuidado/articulações; fortalecer as redes de apoio; buscar recursos no território; e autonomia mediada.

✓ Secretariar, assessorar

O termo secretariar significa assessorar o sujeito no que for necessário, até que ele possa dar conta da vida. Secretariar é ajudar a administrar a vida.

“Olha M. vamos um dia junto fazer essa compra, de tá como eles secretariando, a psicose diz isso, tem que ser secretário do psicótico e no território: isso acontece muito.” Enf.3 – EP

“EM, não consegue ir ao *DelaMaris*. Ela está com Sífilis, já em estágio secundário. E diz: ‘Não consigo, não consigo, não consigo’ e dizemos: ‘a gente vai lá com você’. Acho que tem muito do caso, eu não consegui me cuidar, tem usuários que são muito organizados: aqui, mas você vê como desagrega no território. A MC, como ela é organizada aqui e como ela não consegue ir ao Píndaro de Carvalho, ela tem HIV, tem que ir ao infectologista, mas não consegue ir lá, ela começa falar, falar, falar e começa a desorganizar e o que a gente faz?” Enf.3 – EP

O sofrimento psíquico afeta o sujeito em todas as dimensões da sua vida, porém, o que se mostra mais urgente é o manejo da vida. A sintomática dos transtornos mentais, em momento de crise, faz-se urgente porque afeta a vida. A equipe acolhe, acompanha, protege, maneja a medicação, auxilia a família e faz o que for necessário para o sujeito. Na prática, o cuidado é mais complexo, por exemplo, o uso da medicação envolve: minimizar os sintomas para investimentos em outros aspectos do dia a dia; autonomia do sujeito para uso da medicação; aumento da conscientização dos efeitos adversos e benéficos; controle das doses etc. Ao passo que o sujeito adquire autonomia para o uso da medicação psiquiátrica, essa autonomia também acontece em outras áreas de sua vida e assim o cuidado ampliado acontece.

Ajudar o sujeito na vida significa a prontidão para o cuidado da enfermeira no que for necessário para o protagonismo do sujeito na sua vida. Assim, a enfermeira investe desde o cuidado com o corpo, administração das suas residências, ajudar nas relações familiares e sociais, propiciar espaços terapêuticos para ressignificação do sujeito e assim por diante. A enfermeira ajuda a estar na vida com mais qualidade de vida.

✓ Coordenar PTS e direcionar os casos

“Eu sou TR de 13 pacientes: eu sou quem dá o direcionamento do caso, junto com a médica, vejo o que precisa e faço essa escuta. Vem com atendimento

marcado, tem paciente que atendo semanalmente, quinzenalmente, ou vem pra mim e eu escuto.” Enf. 3– EP

“Você paralisa tudo para atender aquela crise, ela mobiliza muito a gente. E como tem sempre pacientes em crise aqui, a gente tá sempre sendo mobilizado pra crise, se a gente não souber otimizar o tempo, a gente fica o tempo todo mobilizado pra crise.” Enf.7 – EP

Todas as enfermeiras, mesmo plantonistas diurno ou noturno, são TR. Nesta função, constrói e acompanha os PTS, nas etapas: diagnóstico, estabelecimento de metas, divisão das responsabilidades e avaliação. (BRASIL, 2009). No entanto, são responsáveis por um número de PTS e ainda atende a outros casos de exigem um direcionamento, tais como usuários acompanhados por outros profissionais que trazem demandas nos seus turnos; usuário do acolhimento (atendimento de primeira vez); acolhimento noturno; usuário em crise etc.

As enfermeiras, apesar de não ter protocolos, acolhem e direcionam as demandas no momento em que acontecem. Se houver necessidades ou possibilidades, compartilham com a equipe ou com os pares, se não, tomam a conduta ali utilizando as suas experiências e os conhecimentos da Enfermagem, da Psiquiatria, da Reforma Psiquiátrica, da Política Nacional de Saúde e das possibilidades da rede de comunitária de cuidados.

✓ Reinserção na vida

“Desinstitucionalização é um conceito muito ampliado, mas a gente faz a reinserção do sujeito na vida”. Enf.3 – 1º. GE

Seja nos casos de desinstitucionalização, seja nos casos em que a pessoa não sai de casa ou vive distante das interações com familiares e comunidade, faz-se necessária a retomada da vida social. O estigma ligado à doença mental, ou a sintomática psiquiátrica, em diversos casos afasta o sujeito do convívio familiar e social. O trabalho, nestes casos, é ajudar a operacionalizar as atividades diárias, as relações humanas e institucionais em busca da cidadania.

✓ Responsabilização

As enfermeiras trazem relatos de que se responsabilizam pelos usuários, sendo ou não seu TR. Quando se deparam com um problema que oferece risco para o sujeito, fazem o que for preciso para a segurança ou o cuidado. Como nas falas:

“Em algum momento, algum médico ou algum enfermeiro, lá de baixo, recebe alguma demanda, uma chamada de saúde mental ele por não estarem capacitados mesmo, até mesmo por receio eles vem pedem nossa ajuda, a gente desce, ajuda: matriciamento que chamamos essa questão de pensar juntos, de atender o caso, até medicação mesmo, pra além do manejo, a gente

conversa um pouco. Na UPA a mesma coisa, a gente tem a UPA como parceiro, em todos os casos, mas principalmente os ADs quando chegam os casos intoxicados, precisam de uma avaliação clínica a gente consegue descer e faz também.” Enf.5 – EP

“Alguém tá quebrando tudo na Via Ápia. Tá na banca fazendo escândalo. Paciente fugiu... Eu já fui buscar o MS: eu rodei a Rocinha inteira porque ele estava com a pressão 200 por não sei quanto, eu fui pegar ele na rua com pedaço de pau, e você vai lá.” Enf. 3 – 1º GE

“Eu fui buscar a Elizabete, correndo pelo Vidigal”. Enf. 6 – 1º GE

As enfermeiras compreendem como responsáveis pela clientela da área de abrangência, assim, quando recebem a informação de uma demanda, se posicionam para atendê-la: às vezes elas mesmas, às vezes dividem responsabilidades com outros profissionais da equipe ou com outros serviços. Muito do trabalho é mediar conflitos ou negociar. As enfermeiras estão prontas para o cuidado e utilizam o conhecimento técnico, conhecimentos sobre os usuários que demandam atendimento e o conhecimento do território para adotar uma conduta para aquela demanda. Esta responsabilização que as enfermeiras assumem é ao mesmo tempo corresponsabilização porque elas contam com a equipe do CAPS, UPA, Clínica da Família e com o território. Buscar parceiros para o cuidado através de articulações.

✓ Buscar recursos no território

“Procurar recursos, mesmo no território para essas pessoas estarem de fato a retomada de suas vidas: vida social, contratualidade, como cidadão (...)”. Enf.1 – 1º GE

“Buscar recursos é recursos pra vida, do sujeito, de circulação dele, de inserção nos outros espaços.” Enf.3 – 1º GE

“A gente fez uma parceria bacana (com ACS): a gente foi conhecer essa casa da MC (...) Ela acabou aproximando dessa usuária, que depois ela teve tuberculose, e a aproximação, diminuiu o preconceito e o estigma que ela tinha.” Enf.3 – EP

O trabalho no território é uma rede de relações que acontece de forma extraordinária: é única, é imprevisível, na maioria das vezes é rica, por vezes acolhe, por outra expulsa, em alguns momentos é solidária, em outras preconceituosas e assim é a sociedade. No entanto, é no território que encontramos o que demanda o sujeito social, conseqüentemente as dificuldades de descobrir, ativar, alcançar ou usufruir os recursos do território faz parte do trabalho. Promover saúde em redes significa fortalecer o território para aumentar a qualidade de vida, lidar com suas fragilidades e galgar o desenvolvimento social. Para tal, tal todos os sujeitos sociais crescem juntos em potencialidades pessoais, desenvolvimento material e social. Na medida em que o

desenvolvimento das pessoas acontece, surgem novos recursos que fortalecem ainda mais os sujeitos sociais.

O serviço de saúde é o mediador, negociador, articulador das relações dentro do território. O território representa um espaço vivo que acolhe aquele que vive ali. Quando uma pessoa é retirada do seu território por um lado é difícil a adaptação da pessoa, por outro e difícil o acolhimento do outro território daquela pessoa. O território lida com as diferenças, com as suas características de maneira única e se por ventura ocorre um descompasso o serviço de saúde (no caso as enfermeiras) entra em cena para mediar, resolver ou ajudar a ressignificar aquela dificuldade.

As enfermeiras adotam o desafio de transformar as relações conflituosas dos usuários do CAPS com a comunidade: apoiar os ACS, esclarecer o papel do CAPS no território para outros serviços de saúde, trocar com vizinhos e familiares, promover eventos culturais para reflexão da comunidade acerca da saúde mental, aumentar a conscientização de cidadania e autonomia dos usuários entre outras ações. Deste modo, surgem possibilidades de cuidado, recursos escondidos que de uma forma ou outra viabilizam os PTS e promovem vida.

Na medida em que os usuários exercem a liberdade para expressar e transitar no território apreendem as regras sociais, usufruem dos benefícios, compartilham sua solidariedade e suas identidades. O maior dos recursos escondido no território é esse poder que está nas relações sociais. Assim, as enfermeiras buscam, inicialmente, para o cuidado no território parceiras: Clínica da Família, vizinhos, serviços, familiares, amigos e possibilidades diversas de trocas.

Descobrir e ativar os recursos escondidos no território e restabelecer alianças representa um grande desafio, mas trabalhar no território significa resgatar todos os recursos, os saberes e as potencialidades da comunidade e assim construir coletivamente soluções e multiplicar as trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde (ASSUI, 2010 e AMARANTE et al, 2011).

✓ Fortalecer as redes de apoio

“Muitas vezes a gente tem que abordar outras questões para o usuário se vincular, tem o vínculo do usuário, da família. A gente atende o pai, a gente oferece atendimento para família inteira”. Enf.1- 1ºGE

“Família é quem tá próximo, familiar é quem tá próximo do cuidado. A M. é uma vizinha que a gente conta como a família dela. É a pessoa que a gente pode articular sobre dinheiro, cuidado idas e vindas aqui, etc. ela está mais próxima e ela e a essa rede de - apoio do usuário. E a gente tem dar suporte a essa rede também”. Enf.3- 1º GE

“Acho que a gente avançou muito no matriciamento e na ME. Antes era assim: o paciente chorou e sobe o ACS, mas o cara perdeu a mãe, ele vai sofrer. Eu acho que esse matriciamento foi uma coisa educação de construção e dela entender as ferramentas que ela tem, às vezes não é medicação é só você escutar, entendeu”. Enf.7 – 1º GE

Considerando que os recursos estão no território, é preciso descobri-los e apoiá-los. As enfermeiras apontam que o atendimento ao familiar (individual, em grupo ou em VD) é o carro-chefe do cuidado ampliado porque se faz necessário conhecer e compreender as dinâmicas familiares e de cuidados anteriores ao cuidado especializado para apoiá-las ou intervir a fim de fortalecê-las. Quando as famílias biológicas não estão, geralmente o usuário adota outras possibilidades, tais como vizinhos, amigos, conhecidos, e estes se tornam sua família de fato. Estas construções necessitam, ainda mais, de apoio e auxílio do serviço de saúde mental. No trabalho das enfermeiras acontece a valorização dos conhecimentos e estratégias de cuidados das redes de apoio do território.

Outra forma de fortalecer a rede de apoio dos usuários do CAPS é apostar em profissionais, por exemplo, da Clínica da família (ACS, enfermeira, médico), professores, serviços privados etc.

✓ Autonomia mediada

Considerando o protagonismo do sujeito pela sua vida, as enfermeiras trazem o constructo: autonomia mediada que significa assessorar a construção da autonomia do sujeito. Este constructo está pautado no investimento no sujeito cuidado para que construa sua própria história, liberte-se da dependência, faça novas redes de relações, enfim, faça suas escolhas e se responsabilize por elas como cidadão e ser social que é. A enfermeira, para explicar este constructo, aponta como o oposto da tutela do modelo hospitalocêntrico. Ressalta que a autonomia mediada é a assessoria pessoal para o sujeito, reunindo segurança, suporte e proteção, sem retirar o poder de controle da própria vida, que é do sujeito.

“O hospital tutela, e a gente tenta fazer justamente o contrário.” Enf. 7 – 1º GE

“É o acompanhamento mesmo do usuário. No serviço quando ele tá em crise, na comunidade, seja lá num sei onde. Ir ao banco, fazer compra, de tentar produzir autonomia, de mediar algumas relações. Tive uma paciente que fazia milhões de dívidas devia horrores ao açougue, devia a todo mundo e eu comecei a ir a casa dela e ir com ela fazer as compras no açougue e mediar um pouco a relação com o açougueiro que colocava coisas a mais na conta dela. Enfim poder fazer esse trabalho com ela no território acompanhado, mediar as relações.” Enf.3, 6 e 7

“Na verdade vai também contribuir com a autonomia na medida em que você tá querendo assessorar o indivíduo, você contribui para enfim dar certa proteção dar suporte e segurança.” Enf.1- 1º GE

“Tem também o caso da D. a gente tá trabalhando com desinstitucionalização, ela ficou 17 anos na Clínica da Gávea (...) a gente tá fazendo um processo de passagem, enfim para que ela possa voltar a ser moradora da Rocinha e assim, por mais que a gente possa ter todo um cuidado com ela, ela não vai sair por ai andando como todos que moram na Rocinha. A gente tem que ter todo um cuidado como a questão da proteção, mas também estimulando a autonomia.” Enf.1- 1ºGE

“A gente faz organização e planejmnto de toda medicação aqui do CAPS: administra, trabalhando a autonomia deste usuário em relação à medicação.” Enf.3 – EP

“Tem os passeios que acontecem: a gente vai com uma equipe técnica, se vai uns pacientes que tem mais dificuldades a gente deixa um técnico que fica basicamente de Acompanhante Terapêutico pra ele, para ajudar nesse tipo de interação com o meio deles e essa coisa de sair um pouco dos serviços (o que eles eram acostumados, a questão da internação), ampliar um pouco isso.” Enf.1- EP

A autonomia mediada acontece em vários níveis, por exemplo, um usuário institucionalizado demanda maior assessoria, proteção e proximidade; outro que tem mais manejos sociais necessita de uma assessoria mais à distância; e ainda, espera que em algum momento o sujeito não necessite deste acompanhamento profissional. A autonomia não significa que as enfermeiras vão deixá-los fazer sozinho, significa que elas vão incentivar os sujeitos a empoderar-se da sua vida, desde as pequenas escolhas até o projeto de vida mais elaborado. É um processo complexo porque envolve a reabilitação psicossocial, ou seja, construir novas habilidades e identidades para a vida em sociedade.

O poder de contratualidade, proposto por Saraceno (1999), representa a capacidade dos sujeitos de fazer e manter um leque de contratos sociais que viabilize a vida social. Assim, para aumentar a autonomia do sujeito, as enfermeiras apostam em mediar relações, e estas contribuem para a vida social e a construção de identidades. Por exemplo, o trabalho para o usuário do CAPS é uma relação social complexa que precisa ser pensada, planejada e mediada segundo as possibilidades do sujeito. Mas isso se torna possível quando o sujeito tem consigo habilidades nas relações sociais, seja para iniciar ou manter um emprego. Estas possibilidades de autonomia são discutidas, conduzidas e mediadas no PTS do usuário, até que seja alcançado o objetivo.

As estratégias para autonomia mediada incluem: VD, acolhimento noturno, acompanhamento terapêutico, avaliação periódica através de atendimento individual, circular no território, atendimento aos familiares, discussão de caso com a equipe, oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, estipular tarefas de crescente complexidade,

entre outras. Ao passo que o sujeito adquire autonomia, aumenta sua responsabilidade e liberdade para a autogência. No entanto, as enfermeiras mediam esse processo através do assessoramento e acompanhamento na vida do sujeito.

O cuidado ampliado da enfermagem investe no sujeito integral (biológico, psíquico e social), dessa maneira, o cuidado é Pós-Demanda. O cuidado para ajudar o sujeito a dar conta da sua própria vida significa, na visão de Boff (1999). Cuidar é uma atitude que representa ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

4.4.2. O Sujeito social e singular

Considerando o sujeito social, o cuidado ampliado necessita de: 1) pensar o sujeito no mundo como cidadão, consciente, capaz de se autocuidar e usufruir das possibilidades oferecidas pela sociedade; 2) buscar recursos no território ou descobrir recursos escondidos, trabalhar juntamente com a rede comunitária para potencializar o sujeito do SUS, incluindo o matriciamento; 3) promover saúde da sua área de abrangência.

O sujeito expressa sua essência, onde ele vive, e o serviço de saúde mental representa espaço para os adoecimentos, para falar dos sofrimentos, tratar os sintomas, manifestar as confusões e os conflitos. Deste modo, é do CAPS para o território que se constrói os PTS. A reconstrução do sujeito acontece no âmbito da vida, no território, como nas falas das enfermeiras a seguir.

✓ Pensar o sujeito no mundo como cidadão

“Tem usuários que moram aqui há 50 anos e não sabe andar na Rocinha, não sabe ir, não sabe como. E a gente tá junto tentando fazer esse acompanhamento. Ajudar a transitar no território.” Enf. 3 - EP

“Então estar ali (no Cristo Redentor) com pessoas de várias partes do Estado, de outros lugares foi juntar-se com iguais, eles abordavam turistas e ninguém ficou olhando com olhar estranho: ali todo mundo era turista, todo mundo era igual mesmo com diferenças.” Enf.4 - EP

“Fiz um trabalho com os usuários de cidadania mesmo, de ir ao DETRAN, uma paciente que eu acompanhava que não tinha identidade, outra que tinha perdido o cartão, isso de resgatar a cidadania e alguns momentos isso é possível.” Enf. 7 – EP

“De certa forma a gente tá ao lado de uma pessoa que faz parte da rotina do cidadão.” Enf.3 - 1º GE

“Um dos preceitos do SUS é garantir o lazer, então...” Enf.1 -1º GE

✓ Consciente

“Tem uma oficina (mas é de um oficinairo) eles catam material para reciclar na comunidade e a partir daí desenvolver a partir das sucatas instrumentos de percussão, a partir de sucatas, e isso também é muito bacana por todo o contexto ambiental.” Enf.1- EP

“Cada um colocar sua experiência e eu aproveito para colocar pra eles, a situação do mundo nesse momento: a gente discute política, discute cultura, às vezes eles levam, ou eu trago. Essas manifestações do Rio eles trouxeram de uma maneira muito interessante: ele tem um sofrimento, tem a questão da psicose ali, aquela ferida aberta, mas tem uma coisa que é muito interessante é que não estão tão no sofrimento e eles conseguem observar as coisas do mundo.” Enf.5 – EP

“Teve um dia que os pacientes foram (em um passeio dentro da Rocinha) e quase ninguém conhecia. E isso que eu digo traz essas notícias do território.” Enf.5 – EP

✓ Capaz de se autocuidar

“Ai a gente viu que do lado fora eles conseguem ser diferentes do que eles são aqui dentro: eles participam mais, ficam mais independentes, mais soltos. No território, tá na rua eles não precisam de tanta gente, aqui eles ficam muito... Ficam muito doentes, assim, se fazem muito de vítimas e lá fora não. Lá fora não, juntos no território, eles estão em outro nível.” Enf.4 – EP

“Uma paciente que é super autônoma, organizada, ela fala: ‘D. faz minha unha, eu preciso que você faça minha unha’ achei aquilo estranho porque ela faz sua própria unha, a gente trabalha a autonomia: ‘Eu faço’.” Enf.3 - EP

✓ Usufruir das possibilidades oferecidas pela sociedade

“Como usuários, como cidadãos, como pessoas que moram no território, são pessoas que tem total direito, só que por ‘N’s motivos acabam não chegando lá. Então a gente tenta fazer essa ponte: tem o Complexo Esportivo, a Piscina; e eles conseguem usufruir deste espaço. (...) a oficina que chama Barulhos do Mar: toda quinta-feira pela manhã a gente ia à praia e lá fazia um som, enfim, porque tem essa coisa: a maioria das pessoas que mora na Rocinha são pessoas que vieram do Nordeste, lá do Sertão, lá do interior e vem pra Rocinha e fica na Rocinha e não sai da Rocinha e você vê: “quantas vezes você foi à praia? Fui uma vez pra conhecer”. Poder ampliar esses espaços que são completamente ...?”

Considerando que o processo de adoecimento psíquico afeta o sujeito por inteiro, o cuidado integral também envolve o sujeito por inteiro. E considerando o sujeito com ser social e autor da sua própria existência, o cuidado perpassa as relações do sujeito com a vida, com o próprio corpo, com o outro e com o território. Assim, fica no campo da reconstrução subjetiva. Afirmo uma enfermeira: “não tem receita pronta”, “é preciso criar”, “ter o filem” para fazer o inusitado que faça diferença na forma de existir daquele sujeito.

Lacerda e Valla (2006) acrescentam que, embora o processo de adoecimento e sofrimento trate de experiências singulares, é por meio externo, do relacionamento com

os outros, que os sujeitos mobilizam o seu interno e conseguem expressar suas emoções e sentimentos. Se privado de relacionamento externo, o sujeito perde as referências internas e sua identidade.

Portanto, a estratégia principal de cuidado ao sujeito, que é social, está centrada nas relações sociais, seja com o profissional, com os usuários do CAPS, com a família e com o território. Nas relações com o território, as enfermeiras apontaram: ajudar a conhecer e transitar no território; ajudar a mediar relações interpessoais e institucionais; estimular e auxiliar a novas experiências; apropriar-se de novos espaços; assegurar os benefícios que aquele território oferece; estimular o lazer; proporcionar discussões sobre questões vivenciadas nas relações; discutir questões ligadas ao respeito aos cidadãos e ao meio ambiente, entre outras.

✓ Buscar recursos no território

Considerando a complexidade do sujeito social, as enfermeiras do CAPS apontam práticas que atendam as suas necessidades. Para tal, elas partem do pressuposto que o próprio território cuida dos seus, ou existe potencialidade para tal. Deste modo, as enfermeiras apostam no trabalho com a rede de saúde, a rede comunitária de cuidados, para garantir cuidados básicos, assistência à saúde e/ou acesso aos direitos de cidadãos.

✓ Descobrir recursos do território e trabalhar com a rede de cuidados

“É poder articular e dar oportunidade dos usuários.” Enf.6 – 1º GE

“Engraçado que isso é um pedido dos usuários (passeios). Na assembleia isso acontece o tempo todo. Agora eles têm uma demanda de conhecer outros CAPS. Um intercâmbio: um interCAPS.” Enf. 7 – 1º GE

“Acionamos o conselho tutelar algumas vezes... essa coisa de você articular: intersetorialidade, não sei se vai aparecer. Defesa civil e todo poder público que cuida. CRASS.” Enf.6 e 7 – 1º GE

“Eu acho que CAPS tem que pensar muito ainda o usuário no território, acho que é um trabalho que está em construção, a gente precisa ainda repensar e recriar o tempo todo.” Enf. 7 – EP

“A oficina de informática. A oficina de beleza a gente alguns espaços no lá no Reinaldo Delamares. Trabalho com escolas, já acompanhei alguns usuários também na escola, de conversar com a professora, de viabilizar algumas coisas que não eram possíveis.” Enf. 7 – EP

“Acho que para conhecer as dinâmicas, extra CAPS. Conhecer o ambiente Conhecer onde eles circulam, que compra os seus remédios... As redes, o que se tem disponível no território, o que é esse lugar dele, o espaço geográfico: o que é a Rocinha? É a quitandinha que ele usa, é a igreja, é circular, compra os remédios. A gente não fica só ligado ao espaço

geográfico. É isso mesmo, o espaço de relações que ele utiliza na comunidade.” Enf.3, 6 e 7 -1º GE

Dessa forma, o cuidado ampliado ao sujeito social exige a complexidade da rede de cuidados. Entende-se por rede:

Rede é sempre algo que une, que entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula por meio de sua ligação, de seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada na saúde, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção. (BRASIL, 2011, P. 200)

Dentro da rede de cuidados de um território contém: rede de serviços de saúde; rede intersetorial; e rede de apoio social e/ou pessoal do indivíduo. Nesta perspectiva, o enfermeiro propõe o cuidar do sujeito social no emaranhado das redes tecidas naquele território, visto que acredita no potencial do sujeito e da rede. Contudo, faz-se necessário ajudar o sujeito nas relações sociais tanto na rede pessoal, rede de serviços, rede intersetorial porque são nestas relações que este sujeito atende as suas necessidades e encontra elementos para crescer e alcançar seu melhor nível de saúde.

✓ Potencializar o sujeito do SUS, incluindo o matriciamento

“Porque era dois loucos que moravam lá, porque ela era bem doida, da resistência deles, de como a gente com nosso trabalho sensibiliza outros setores, como o PSF para estar ali fazendo o trabalho. (...)mas tem as limitações deles, e tem muito, não do preconceito, mas do estigma da loucura também que muita gente carrega consigo.” Enf.3 – EP

“Poder potencializar esse cuidado da Clínica da Família ao portador de Transtorno Mental, nosso trabalho também é esse. E a coisa (Discussão de Casos) da resolutividade na Clínica da Família. Às vezes é apresentar como um ‘filho nosso’ para que eles atendam.” Enf.6 e 7 – 1º GE

Como cidadãos que são, os usuários do CAPS têm direitos à saúde, lazer e assistência social, mas na realidade brasileira e na condição de sofrimento psíquico grave, esses direitos ficam em suspenso, algumas vezes. Assim, as enfermeiras apontam como prática fazer a ponte do sujeito com os serviços que prestam assistência as suas demandas de saúde, lazer, socialização e assistência social. Por exemplo: acompanham em serviços de saúde, auxiliam a participar do Complexo Esportivo, articulam com outros setores (escolas, bibliotecas etc.) para participação dos usuários.

✓ Promover saúde mental da sua área de abrangência

“A gente fez grupos com ACS para acolhê-los, devido as chuvas, muitos perderam casa, então a gente fez como se fosse grupos terapêuticos para acolhê-los.” Enf. 2 – EP

“Nas Oficinas aparece muita a violência nesse território.” Enf.5 - EP

‘- CAPS na escuta aqui tem um paciente de vocês’: - o paciente não é nosso. Acho que a gente avançou muito no matriciamento e na ME. Antes era assim: o paciente chorou e sobe o ACS... Mas o cara perdeu a mãe, ele vai sofrer.” Enf. 3 e 7 – 1º GE

“Quando fala de atendimento para ‘desins’ me vem mente que a gente tem que fazer esse atendimento com os familiares, que na maioria das vezes tá habituado a internar esse usuário, é um não ter um envolvimento com o usuário ...quando o usuário vem para essa lógica psicossocial – de CAPS – a gente tem que chamar o tempo todo a família, e aí ele fala mesmo melhor quando estava internado. Trabalhar isso da desins... Também com o familiar.”

As práticas das enfermeiras no território estendem a outros cidadãos, além dos contratados para atendimento no CAPS, inclui a população da Clínica da Família, através do Matriciamento, atendidos na UPA por meio da interconsulta, família e vizinhos que se relacionam com os profissionais. Outra forma de atendimento são parcerias com pessoas e serviços do território que potencializam o cuidado aos que sofrem psiquicamente.

Em conformidade com a Política Nacional de Promoção da Saúde, Brasil (2006, p. 17) traz como objetivo principal:

“Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos; à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.”

As práticas de cuidado ampliado corroboram com a promoção da saúde da população de área de abrangência.

4.4.3 A complexidade do cuidado Ampliado

O cuidado ampliado não é programado, não tem receita, não tem protocolos, enfim, é construído na relação terapêutica utilizando os recursos pessoais (dos profissionais), a subjetividade da outra pessoa (usuário) e os recursos sociais disponíveis (território). No entanto, se constrói complexo. Os dados nos trilham por: 1) especificidade das profissões; 2) multi e interdisciplinaridade; 4) Lógica Psicossocial; 5) o trabalho em equipe; e intersetorialidade.

“Os casos são muito complexos, é muita coisa: tá no tráfico, tá maluco, tá ameaçando...envolve muita coisa.” Enf.3 – 1º GE

As enfermeiras, mesmo com a riqueza dos dados apresentados, falam da dificuldade de nomear suas práticas, assim como a dificuldade em situá-las no corpo teórico da Enfermagem. Fazem autocrítica do trabalho, falam da superficialidade da Enfermagem Psiquiátrica na graduação e do contexto mais global na especialização. Como fizeram Residência Multiprofissional, abordam a falta de clareza quanto à especificidade da enfermagem para elas mesmas e para a equipe. Conseqüentemente, acabam sobrecarregadas: com um ‘faz tudo’; ou quando acontece uma intercorrência: onde está a enfermagem; ou ainda na ausência de um líder de equipe, a enfermagem acaba organizando os trabalhos do dia.

Quando as enfermeiras trazem o suporte teórico para suas práticas, aparece SUS, Reabilitação Psicossocial, Reforma Psiquiátrica, Saúde Coletiva e Psicanálise. Realmente, o saber destes campos são bases para o bom cuidado de Enfermagem Psiquiátrica, mas a estranheza centra-se no fato de sentirem falta do aporte teórico da enfermagem psiquiátrica.

Como nas falas:

“A gente construir alguma coisa para a enfermagem, ter algo que é nosso, da nossa profissão.” Enf. 5 – EP

“Eu acho que o empirismo todo é muito complicado para gente até mesmo pra gente se sobrepor e poder ter fala empoderar perante a equipe.” Enf.1 -1º GE

“A participação em seminários, que é muito importante a gente acaba colhendo informações para aplicar na nossa prática, discussão de casos, interconsultas, acho que é só isso.” Enf. 6 – EP

O trabalho em equipe é fundamental no cuidado ampliado. No CAPS, segundo o Manual do CAPS (BRASIL, 2004), a equipe mínima para trabalhar em um CAPS III compreende: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de outras categorias (psicólogo, assistente social, ocupacional, pedagogo e outros profissionais conforme a demanda); e 8 profissionais de nível médio (Técnico de Enfermagem, Técnico Administrativo, artesão).

As enfermeiras afirmam que o trabalho em equipe multiprofissional é interdisciplinar e a discussão de casos acontece em diversos momentos: em pares, após um atendimento, reunião de miniequipe, reunião de início e final de turno, reunião de equipe, passagem de plantão, e ainda com equipes de outros serviços nas atividades de matriciamento ou quando houver demandas. Aposta no trabalho de equipe como forma de corresponsabilização dos casos, divisão de tarefas, constante aprendizado e garantir o bom cuidado.

“Fora, como eu falei, o trabalho é muito multidisciplinar, a gente vai muitas vezes com o paciente no INSS, fazer retirada de documentos, por exemplo, um paciente soro positivo a gente vai acompanhar até o ambulatório de Infecto, enfim fazer essa interconsulta. É isso.” Enf.1 – EP

“Então tem casos que eu sou TR e peço para o Oswaldo (psicólogo): ele precisa de um trabalho psicoterápico, e eu vou continuar sendo TR, vou direcionar tudo, mas ele precisa dessa escuta sua, então a gente também tem o nosso limite.” Enf.3- EP

“Discussão de caso tem essa coisa da interdisciplinaridade, como é rica a discussão de caso, ter o AS, TO, Enfermeiro, quanto os saberes se complementam. Eu acho que é não tomar decisão individualizada. É coletivo para poder construir. É que é muito complicado então ele precisa de vários sujeitos, saberes e o coletivo para decidir. Eu vejo isso como uma forma de reavaliar a uma conduta, poder dividir. Por isso é importante a passagem de plantão a discussão de casos e feita também na passagem de plantão.” Enf.1,3,6,7 – 1º GE

“A gente faz muita coisa, a gente faz reunião de início e fim de turno, aqui o trabalho é muito coletivo, trabalha muito no coletivo. Até pelas questões da enfermagem mesmo. Eu falo: vamos lá, tento dividir ao máximo com os colegas. Compartilhar.” Enf.3 – 1º GE

Considerando a complexidade do cuidado integral, as enfermeiras buscam outras fontes teóricas que apoiem o cuidado, discutem constantemente os casos com outros profissionais, buscam outros serviços de saúde conforme a demanda dos casos que atendem, além de buscarem suporte em outros setores, como Educação, Assistência Social, Segurança Pública, Cultura e Lazer, entre outros.

A passagem de plantão é um momento especial para as enfermeiras por assegurar a continuidade do trabalho terapêutico no próximo turno de trabalho, discutir as condutas adotadas, além de dar suportes às condutas que serão exigidas no próximo turno.

“A gente escreve, mas eu quero dizer, por que a gente participa de muita coisa, no manejo. Ai o outro tá chegando, e você tem que falar você faz assim, você faz assado, essa construção não é só minha, é de toda a equipe do dia. Vai estar só com a enfermagem a noite então tem que ter cuidado. E ele ainda vai passar para a equipe do dia seguinte. Você vai passar a construção da equipe para equipe seguinte, esse caso pode pipocar. E isso não estiver bem amarrado, você desconstrói todo um trabalho. Tem uma conduta, passa o plantão e não foi informado, se eu tomo uma conduta totalmente diferente que desconstrói tudo?” Enf.3 e 6 – 1º GE

“Da maneira que a gente funciona aqui, por ser um CAPS 24 h a enfermagem acaba sendo, não posso dizer o principal porque seria muita prepotência, se não o pilar um dos grandes responsáveis para o sucesso; responsáveis pela continuidade.” Enf.6 e 7 – 1º GE

As enfermeiras atentam para a interdisciplinaridade e responsabilização quando valorizam a continuidade das decisões discutidas e tomadas para intervenção terapêutica. Sempre que possível, os profissionais de nível médio ou superior aguardam

a reunião de final de turno para tomar uma conduta conjunta, ou se a demanda for emergente, traz a conduta para ciência de todos e avaliação. Este fato representa a preocupação com o bom cuidado. A busca por potencializar o PTS e aumentar a resolutividade dos casos.

Os períodos noturnos contam com uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem e se necessário solicita-se a retaguarda de um psiquiatra ou outros serviços do território. Essa pequena equipe de enfermagem realiza o cuidado dos usuários em acolhimento.

Quadro 6: Resumo das categorias, subcategorias e relação com Referencial Teórico. (Dutra, 2014)

	Categoria	Subcategoria	Referencial Teórico	Resumo
1ª Categoria	POR UM CUIDADO DE ENFERMAGEM AMPLIADO	Cuidado que acontece no interior do CAPS Cuidado que acontece no Território	Prontidão para cuidar	Os conceitos
2ª Categoria	INVESTIMENTO NO SUJEITO	A escuta do sujeito social	Esperançar, tempo, escuta qualificada e cuidado pós-demanda	Visita domiciliar, circular pelo território, atender a família, atender à crise e dar oportunidade para falar (estar próxima em diferentes situações: CAPS, território, oficina, passeios).
		A ação de esperar		→ Esperançar → sujeito valorizado → responde positivamente → repensa os modos de viver → acolhe/reage as sugestões do investimento realizado → fica afetado pela relação terapêutica → surgem demandas de ajuda para lidar com a vida → reforça o vínculo com o cuidado → continua o processo de repensar/modificar os modos de viver → Esperançar →
		O tempo do sujeito		O tempo do sujeito
3ª Categoria -	CUIDADO AFETIVO		Empatia, intuição	Sensibilidade, 'filen', Vínculo, Transferência, Se doar, Disponibilidade, Envolvimento
4ª Categoria -	OLHAR AMPLIADO	Atenção às necessidades da vida		Ajudar o sujeito na vida / manejo de cada caso / secretariar; direcionar; responsabilização; reinserção na vida; buscar parceiros para o cuidado / articulações; fortalecer as redes de apoio; buscar recursos no território; e autonomia mediada.
		O sujeito social e singular		1) pensar o sujeito no mundo como cidadão, consciente, capaz de autocuidar e usufruir das possibilidades oferecidas pela sociedade; 2) buscar recursos no território ou descobrir recursos escondidos, trabalhar juntamente com a rede comunitária para potencializar o sujeito do SUS, incluindo o matriciamento; 3) promover saúde da sua área de abrangência.
		A complexidade do cuidado ampliado		1) a especificidade das profissões; 2) multi e interdisciplinaridade; 3) lógica psicossocial; 4) trabalho em equipe; e 5) intersetorialidade.

CAPÍTULO 5 – O CUIDADO NO TERRITÓRIO

A tese defendida foi que a construção do constructo território na clínica de Enfermagem Psiquiátrica, em parceria com as enfermeiras do CAPS III Maria do Socorro, modificaria a prática da enfermagem sustentada na perspectiva territorial. A clínica de enfermagem psiquiátrica a partir dos dados se construiu em quatro categorias de análise: “Por um Cuidado Ampliado de Enfermagem Psiquiátrica”; “Investimento no Sujeito Social”; “Cuidado afetivo”; e “Olhar Ampliado”. As questões que permeiam a prática das enfermeiras, sujeitos do estudo, serão abordadas neste capítulo na tentativa de elucidar a Clínica de Enfermagem Psiquiátrica.

Elucidar neste capítulo significa deixar claro, acessível, de fácil entendimento a prática das enfermeiras: para elas; para a equipe multiprofissional; para os usuários do CAPS; para o território de abrangência do CAPS; e principalmente para a comunidade científica. Esta última é capaz de provocar discussões que legitima a Clínica de enfermagem ao ponto de afetar a identidade profissional da enfermeira psiquiatra.

A tentativa acadêmica de traduzir a clínica da prática para os discursos, dos discursos para teoria e novamente da teoria para a prática foi possível pelos alicerces da Pesquisa Convergente-Assistencial. Foram alguns encontros oficiais, mas foram muitas inquietações e assim aconteceram experiências de cuidar e pesquisar. Enquanto se discutia a prática de enfermagem no território, aconteceram várias as experiências, na vida da pesquisadora e na vida dos sujeitos do estudo, o que certamente nos afetaram de forma única, mas estes também contribuem positivamente para a construção de cuidados segundo a abordagem psicossocial. O Intuir Empático é real para as enfermeiras, mas este estudo fomentou a prática desta teoria com mais consciência.

5.1. A ABORDAGEM PSICOSSOCIAL E A PERSPECTIVA TERRITORIAL

Na atualidade, o sofrimento humano e o entendimento acerca da saúde modificaram significativamente. Em consequência, as políticas públicas e os serviços de saúde também se transformaram e os que mais se adaptaram aos anseios e demandas dos brasileiros foram a abordagem psicossocial e a lógica do território.

Atualmente, os pilares que sustentam os valores e os significados das famílias (consequentemente a formação de pessoas) estão em franca transformação. Com tantas mudanças sociais, as formas de sofrimento psíquico modificaram e intensificaram. Hoje, as crianças apresentam sintomas psíquicos que antes eram observados apenas em adultos; os adolescentes compartilham nas redes sociais uma variedade de formas adoecidas de lidar com as angústias; as famílias têm constituições diversas e a maioria sob responsabilidade de apenas uma pessoa; as mulheres responsáveis ou corresponsáveis pelo sustento financeiro da família acabam se distanciando do papel de educadora direta das crianças; enfim, a sociedade encontra-se em franca mudança.

Junto com esse cenário acontece uma crise urbana, especialmente nas metrópoles, da periferia do capitalismo. As favelas, para Delgado (1999), (ou os aglomerados subnormais para o IBGE) são comunidades cuja autonomia em relação à cidade é um enigma a ser desvendado, representa uma colcha de retalho desigual e complexa. Resta-nos um desafio: implantação de uma rede eficaz de atendimento psicossocial, que inclua obrigatoriamente dados demográficos, socioeconômicos, sanitários culturais, buscando aproximar o máximo possível a compreensibilidade do território real.

Com o desenvolvimento civilizatório, todo o planeta vem discutindo e construindo formas mais humanas de assistência psiquiátrica e como resultado, segundo Mateus (2013), apresenta-se três modelos simultâneos no Brasil: a) Modelo Biomédico Humanizado; b) Modelo Psicossocial com ênfase na instituição; e c) Modelo Psicossocial com Ênfase no território. No último modelo, o grupo de profissionais é influenciado pela territorialização que valoriza a questão social do sofrimento psíquico e, assim, não concebe o cuidado em saúde mental desvinculado das esferas da família e da comunidade, além de se preocupar com a esfera política e os direitos cidadãos.

Na perspectiva global são dois paradigmas: a Psiquiatria Comunitária e a Abordagem Psicossocial. A primeira prevalece principalmente em países da língua

inglesa, é uma resultante da psiquiatria social e a aproximação da psiquiatria com o campo da saúde. Enquanto a Abordagem Psicossocial fundamentou-se na crítica à centralidade nas instituições médicas e à Psiquiatria Tradicional.

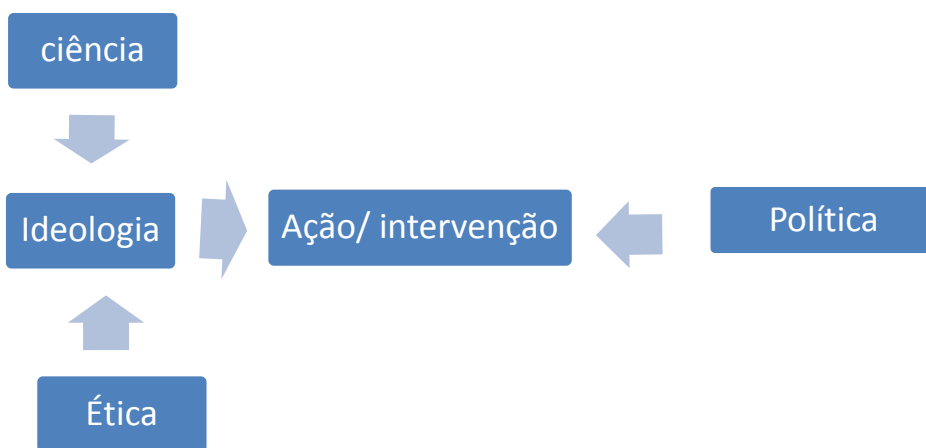
No Brasil, o Movimento Reforma Psiquiátrica acontece no compasso de outros movimentos, tais como a retomada da democracia; a saúde como direito constitucional; a reestruturação da assistência em saúde mental; e a cidadania dos portadores de transtornos mentais. À maneira brasileira, a sociedade se mobilizou e vem construindo uma nova história e tem-se muito a construir.

Para Mateus (2013, p. 290)

“o termo psicossocial encontra-se no centro de uma disputa de concepções sobre a reforma da atenção psiquiátrica e de concepções do próprio papel da psiquiatria nessa reforma (ou seja, a psiquiatria vista como práticas e instituições a serem modernizadas e integradas à saúde como um todo, ou combatidas/criticadas em seu poder de controle social). No mundo todo, o principal campo dessa disputa foi o do cuidado ao portador de transtorno mental grave que, com o declínio do modelo centrado no hospital psiquiátrico, pede um modelo melhor de inserção na comunidade”.

O pontapé inicial da abordagem psicossocial no Brasil foi dado pela negação à Psiquiatria Tradicional, centrada na cura dos transtornos mentais, institucionalização dos considerados doentes mentais e a ideia de insanidade “dos loucos”. Este paradigma recebe contribuições de movimentos de crítica à psiquiatria: Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática e alguns aspectos originários da Psicoterapia Institucional, que aspiraram para este campo de saber. Segundo Costa Rosa (2013), nas últimas décadas, desde que o Ministério da Saúde estabeleceu a Atenção psicossocial como política pública nacional, delimitou-se um campo de saberes baseados em um ideário ético-político que veio a substituir a psiquiatria centrada nas práticas hospitalares e médicas.

O Modo Psicossocial, chamado assim por Costa-Rosa (2013), foi se construindo através do movimento da Reforma Psiquiátrica, sendo didaticamente considerado em quatro dimensões: teórico-conceitual, jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural. Deste modo, atualmente, para elaborar uma intervenção, um programa de saúde para a comunidade, uma ação social, ou política qualquer, os responsáveis pela implementação necessitam contemplar um conjunto de aspectos que parecem alheios às ciências, mas interferem nas formulações de estratégias (AMARANTE, 2007, p. 47), como no esquema:



A legislação brasileira da saúde, nas últimas décadas, fortaleceu a abordagem comunitária para Atenção Básica e Saúde Mental (BRASIL, 2004). Como nos documentos: 1) a lei 10.216 propõe a mudança progressiva do modelo hospitalocêntrico para o psicossocial; 2) a portaria 336 dispõe sobre a construção e a perspectiva territorial do CAPS; 3) a portaria ministerial GM/MS n. 3.088, (de 23 de dezembro de 2011 replicada em 21 de maio de 2013) institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS, obedecendo às diretrizes desse novo modelo assistencial, tem como principais diretrizes (BRASIL, 2013):

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício da cidadania.
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde.
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.
- Organização dos serviços em RAS regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.
- Desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas.
- Buscando a construção de serviços diferentes para as diferentes necessidades, elenca-se como Eixos Estratégicos para Implementação da Rede: 1) Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde mental; 2) Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental; 3) Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; 4) Ações de prevenção e de redução de danos.

A Rede, como política pública, representa o fortalecimento nas práticas cotidianas dos serviços comunitários em busca de melhores níveis de saúde mental de território. Ao mesmo tempo em que vislumbra o cuidado integral, visa ao desenvolvimento dos sujeitos sociais e do território.

Na perspectiva psicossocial, Delgado (1999) nos instiga a emergir no campo da subjetividade, contida no conceito de território de Feliz Guatrari e Milton Santos.

Porque só na compreensão da dimensão subjetiva, oculta, dos valores da comunidade que é possível penetrar a ideia do cuidado emoldurado pelas referências sociais e culturais daquela comunidade específica, como no texto:

“O atendimento psicossocial é uma interferência consentida no cotidiano do habitante da *polis* afetado por sofrimento psíquico grave. Assim sendo, tal tipo de cuidado incide sobre a rede social uma interligação de subjetividade, um mundo num universo de mil mundos subjetivos e políticos.” (p.117)

O atendimento dentro da abordagem psicossocial acontece a partir da relação profissional-usuário em uma contínua construção de formas mais saudáveis de viver, seja no plano individual, seja no coletivo. O profissional, a partir dos objetivos políticos e sociais, adentra e interfere diretamente na saúde da comunidade, no entanto, essa ação requer respeito à subjetividade e aceitação por parte da comunidade, ou seja, a construção conjunta.

Milton Santos, em entrevista a um programa de televisão, explicou que desde muito jovem encantou-se com o movimento de ir e vir das pessoas e como esse ir e vir modificava os espaços e as pessoas. Explicou que a escolha pela geografia se deu a partir do encantamento pelo fenômeno da imigração, capaz de causar a reconstrução constante do espaço e do funcionamento dele. Santos (apud Delgado, 1999), estudando a globalização, acrescentou que o mesmo espaço que sofre as pressões da mundialização, cria sinergias e acaba por impor ao mundo uma revanche. E assim, o território tem história, presente e futuro, em uma construção subjetiva e contínua é afetado e responde para tal.

O conceito de território vivo, de Milton Santos, considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios, **ou seja**, os lugares que adotam uma conotação subjetiva. Enquanto a concepção de territórios existenciais, de Feliz Guattari, representa os espaços e os processos de circulação das subjetividades das pessoas. Portanto, os territórios se configuram/desconfiguram/reconfiguram a partir das relações que as pessoas e os grupos estabelecem entre si. Incorporar a concepção de territórios existenciais implica considerar não apenas as dimensões subjetivas daqueles que são cuidados mas também a subjetividade dos trabalhadores de Saúde. E trabalhar com saúde, nesta perspectiva, pressupõe que os próprios trabalhadores permitem um deslocamento em seus territórios existenciais, já que a principal ferramenta de trabalho em saúde mental é a relação. (BRASIL, 2013)

Nesse contexto, o desenvolvimento de tecnologias leves, intervenção psicoterapêutica e cuidado possibilitam a configuração/desconfiguração/reconfiguração dos territórios existenciais individuais e coletivos. Para tal, fez-se necessário deslocar o

olhar da doença para o cuidado, buscar o alívio e a ressignificação do sofrimento e potencialização dos modos individuais e grupais de estar no mundo em direção às concepções positivas de saúde mental.

Alguns exemplos de estratégias para intervir em territórios subjetivos: a) desenvolver novos modos de grupalidade, estimular uma maior participação das pessoas nas decisões de um grupo, na produção de benefícios que extrapolem os interesses pessoais e ampliar a autonomia desse grupo; b) valorizar a criatividade, o exercício do pensamento divergente, atividades simbólicas e abstratas e a interação social; c) otimizar o tempo livre incluindo lazer e repouso; d) desenvolver uma consciência social que aborde, de maneira crítica, os problemas individuais, grupais e sociais em geral; entre outros (BRASIL, 2013).

Para Milton Santos (2010), os territórios tendem a uma compartimentalização generalizada, em que se associam e se chocam no movimento geral da sociedade, e ainda ao movimento particular de cada fração regional. Esses movimentos são paralelos e contribuem para o processo de fragmentação que rouba as coletividades do comando do destino. As finanças no espaço geográfico usurpam as perspectivas de fluidez do território buscando conformar sob seu comando as outras atividades. Assim produz uma verdadeira esquizofrenia do território e do lugar, que tem um papel ativo na formação da consciência. Resumindo: “o espaço geográfico não apenas revela o transcurso da história, como indica a seus atores o modo de nela intervir de maneira consciente” (p.80).

Os territórios, enquanto lugar, partidos, são esquizofrênicos porque de um lado se beneficia da ordem global e por outro produz uma contraordem, visto que há uma produção acelerada de pobres, excluídos e marginalizados. O lugar é determinante no espaço vivido e na experiência renovada que permite ao mesmo tempo a reavaliação das heranças e indignação sobre o presente e o futuro. Para Santos (2010), é justamente na experiência da escassez que está a ponte entre o cotidiano vivido e o mundo, pois constitui um instrumento na percepção da situação e a possibilidade de conhecimento e retomada da consciência. Mediante o mercado e a publicidade, cria-se desejos insatisfeitos, também reclamações e busca de explicações, enriquecendo o movimento intelectual.

Outro fator problemático do impacto global das finanças no território é que a competitividade acaba por destroçar antigas solidariedades. E nestas condições, a noção de cidadão também se modifica: o cidadão de um lugar passa a ser cidadão do mundo. Sobretudo, quando se considera territórios extensos, a sociedade desigual se constitui

em uma cidadania integral a ser alcançada (Santos, 2010). Os brasileiros atualmente reclamam uma revalorização dos lugares e uma adequação de seu estatuto político.

Estamos falando do território vivo constituído no espaço geográfico carioca, politicamente gerido pelo Estado Brasileiro, que impõe esta ordem aos moradores (entre eles, os usuários do CAPS). Estes são livres, fazem suas escolhas na medida em que tentam se adaptar a tal “ordem” que lhes dá rótulo de cidadão. SDX

Certa vez, perguntei a uma senhora no trajeto até o CAPS: A pacificação da Rocinha melhorou a vida de vocês? E ela respondeu com muita simplicidade: - “O que mais melhorou foi o nosso sono, aqui ninguém dormia, eram festas e músicas a noite toda. Agora, à meia-noite podemos dormir”. Perguntei novamente: A Senhora gosta de morar aqui? – “Aqui você pode fazer compras, ir ao salão e resolver coisas até uma hora da manhã”. Muitas vezes, quando adentrava a Rocinha, às sete horas e trinta minutos da manhã, observava que os bares estavam lotados com pessoas bebendo, dançando e se divertindo. Essas observações me levaram a compreender que nesse território as pessoas retiram os aspectos positivos e negativos para adequar a seus modos de viver e a “ordem” do Estado foi colocada como positiva para aquela senhora que vivia ali.

A vida toma forma no território e o território se constitui a partir das vidas presentes nele. O tráfico de drogas histórico na Rocinha, a violência e o aglomerado arquitetônico deu uma imagem para a Rocinha de dimensões internacionais. Não é incomum ver visitantes estrangeiros e observa-se um fluxo grande de pessoas durante todo dia. Assim, a Rocinha é um território rico e diverso, tanto pelos moradores e suas histórias quanto pelas interlocuções e trocas constantes com outros territórios.

5.2. DO HOMEM AO SUJEITO SOCIAL

Milton Santos (2013) nos adverte que os grandes progressos científicos e técnicos não foram ainda igualados pelo conhecimento intrínseco do homem. E ainda, o processo de trabalho, isto é, da produção, é também o da objetificação e da coisificação. Esse homem, usuário do serviço:

“O indivíduo (a individualidade) contém tanto a particularidade quanto o humano-genético, que funciona consciente e inconscientemente no homem. Mas o indivíduo é um ser singular que se encontra em relação com sua própria individualidade particular e com sua própria genericidade humana; e, nele, tornam-se conscientes ambos os elementos. É comum a toda individualidade a escolha relativamente livre (autônoma) dos elementos genéricos e particulares; mas, nessa formulação, deve-se sublinhar os termos ‘relativamente’. Temos ainda de acrescentar que o grau de individualidade pode variar. O homem singular não é pura e simplesmente indivíduo, no sentido a que se alude; nas condições de manipulação social e de alienação, ele se vai fragmentando cada vez mais ‘em seus papéis’. O desenvolvimento do indivíduo é, antes de mais nada - mas de nenhum modo exclusivamente, função de sua liberdade fática ou de suas possibilidades de liberdade.” (Agnes Heller apud Santos 2013, p. 134)

Apropriando-se deste conceito de homem, o usuário de saúde mental tem sua condição humana, biológica e social afetada pelo adoecimento psíquico e pela condição social (incluindo a relação histórica da sociedade com o adoecimento psíquico). O usuário do CAPS é um ser complexo que tem na sua história experiências positivas e negativas. Contudo, o sofrimento psíquico, na maioria das histórias, afetou a autonomia, a consciência social e a liberdade. A ideia de cuidado psicossocial está justamente entre a liberdade de ser e a construção de modos mais saudáveis de viver.

Neste texto, fez-se a opção pela expressão usuário do serviço de saúde mental, no entanto, quem é este usuário? Cidadão brasileiro, mora no Rio de Janeiro, procedente de outros estados, acolhido pelo Estado Carioca, traz consigo sua história e seus modos de viver, é livre e autônomo etc. e tal. Considerando a afirmativa: “O destino do homem é a liberdade” (SANTOS, 2013, p.126), o usuário do serviço de saúde mental é quem ele escolheu ser (ou absteve de escolher ser), voluntariamente, dentro das suas bagagens biológicas e as possibilidades sociais que lhes foram postas.

O mesmo autor o define como o sujeito resultante de:

O movimento perpendicular entre o homem ser individual e o homem ser social preside o movimento entre a consciência atual e a consciência possível. Esta se alarga a partir da duplicidade do homem, (...) um indivíduo único, com o seu próprio modo de existência e, ao mesmo tempo, membro de uma espécie, um ser social que realiza os papéis que a sociedade lhe impõe. (...) Um ser

dialético, capaz, todavia, de uma revolta que também é escolha consciente, gerada pela insubmissão aos ditames de um senso comum manipulado. (p.135)

O sujeito social se constituiu a partir da sua individualidade na relação com as forças sociais, incluindo desafios impostos por circunstâncias da sua história. Nascer, crescer, vivenciar os processos biológicos, psíquicos e sociais os fizeram os sujeitos que são. A Rocinha apresenta muitas particularidades que os impõe a vivenciar, conforme sua subjetividade, as circunstâncias atuais.

Freire (1979, p.15) acrescenta que:

“Uma das características do homem é que somente ele é homem. Somente ele é capaz de tomar distância frente ao mundo. Somente o homem pode distanciar-se do objeto para admirá-la. Objetivando ou admirando – admirar se toma aqui no sentido filosófico – os homens são capazes de agir conscientemente sobre a realidade objetivada. É precisamente isto, a “práxis humana”, a unidade indissolúvel entre minha ação e minha reflexão sobre o mundo.”

Como sujeitos sociais, somos capazes de olhar para o entorno, ler, reler, identificar, negar e agir a partir daquela experiência. Na interação como o mundo (ou nas trocas sociais propostas por Saraceno, 1999), construímos identidade e reconstruímos nossas escolhas acerca de quem nós somos. Neste aspecto, Santos (2013,) também aponta com uma forma de ressignificar o modo de ser e viver:

“Os que vivem em casas improvisadas nas pontas de rua ou se acotovelam nos cortiços, os que vivem o dia a dia da ocupação provisória ou mal paga, os que não têm um amanhã programado, são, afinal, os que têm direito à esperança como direito e o sonho como dever. Não são devaneios irresponsáveis, porque se incluem num projeto que o mundo em torno autoriza.

A sua verdadeira liberdade consiste nisso. Eles sabem que de nada adianta imaginar que um dia alcançarão os tesouros que abarrotam as casas dos ricos e da classe média. O que eles aspiram, sobretudo, é alcançar, pelo menos, aqueles bens e serviços que tornam a vida mais digna. E é diante da consciência das impossibilidades de mesmo atingir aquele mínimo essencial que os pobres descobrem o seu verdadeiro lugar, na cidade e no mundo, isto é, sua posição social.” (SANTOS, 2013, p. 143 e 144)

É a partir da condição dada que o sujeito reage como o que é e tem para alçar outras possibilidades. No entanto, este sujeito precisa acreditar em si e em todas as questões que envolvem a sua vida. O cuidado dos enfermeiros psiquiatras, resultados desta pesquisa, corrobora a produção de cuidados e subjetividade como sendo “tudo aquilo que se aglutina sob a forma de ações ou intervenções, que colaboram para gerar, organizar ou reestabelecer esperança, autonomia, a liberdade de escolha, as relações humanas e o sentido da vida” (MARTINES e MACHADO, 2010, p. 328).

O usuário como cidadão usufrui de direitos. E de acordo com Marshall, subdivide em civil, político e social. Os direitos civis representam basicamente os direitos à liberdade (de ir e vir, de imprensa, de pensamento e fé), à propriedade privada

e à justiça. O direito político diz respeito ao exercício do poder político, como ser eleito ou eleitor, e a participar das decisões da comunidade. O direito social seria um mínimo de bem-estar econômico e segurança, ou seja, o direito de participar da herança social do país. Os direitos sociais estão entre educação, segurança e saúde. A noção de cidadania pode ser entendida como conjunto de direitos e deveres, como identidade ou participação. O sentido da participação é o de se sentir envolvido e disposto a contribuir na vida da comunidade (MONTEIRO e CASTRO, 2008).

No entanto, a ideia de cidadania é relativa, a sua plenitude aproxima-se da utopia: herdeiro de um país em tempos de capitalismo e desigualdade social. Entre a busca e a conscientização da cidadania se constrói a determinação de ser cidadão.

5.3 O CASO ROCINHA

A realidade de vida dos brasileiros é marcada pela concentração de renda e pobreza extrema, doenças características do subdesenvolvimento, grandes centros urbanos rodeados por aglomerados subnormais em precárias condições sanitárias, assistência gratuita à saúde com sofisticadas tecnologias, faltam serviços básicos de saúde de baixo custo, entre outras contradições.

Os indicadores-chave de saúde para o Brasil se confrontam com uma dupla carga emergente de doenças infecciosas e de doenças não transmissíveis, por exemplo, causas de morte são doença cardíaca e acidentes vasculares cerebrais, seguidos por situações perinatais e violência. A constituição Brasileira afirma que saúde é um direito do cidadão e dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde sustentado nos seguintes princípios: universalidade, equidade e integralidade e controle social. O SUS representa um grande avanço no sistema de saúde pública porque quase todos os municípios no país, incluindo as áreas rurais, têm agora uma rede local de serviços de saúde, principalmente a nível de cuidados primários. Os seguros de saúde privados também estão facilmente disponíveis e podem ser comprados em uma base individual ou obtidos como benefícios de seguro de saúde privado, como parte do salário (WHO/WONCA, 2008),

Quanto à Saúde mental, os serviços são públicos do SUS e encontram-se em franca transformação determinada pela Lei 10.216, resultante do Movimento da Reforma Psiquiátrica instituído desde a década de 70. Essa lei orienta a mudança do Modelo Hospitalocêntrico para atendimento próximo à comunidade, intitulado Modelo Psicossocial. Essa mudança paradigmática da saúde no Brasil direciona a promoção de modos mais saudáveis de vida. A saúde mental tem também atuação na atenção básica através do atendimento aos casos de sofrimento psíquico leve e moderado e a promoção da saúde mental.

O SUS desenvolveu mais tarde um modelo inovador de prestação de serviços: a Estratégia de Saúde Familiar (ESF) e este modelo propõe a integração entre profissionais de cuidados primários e de saúde mental através de uma rede (matriciamento). Neste modelo, formação e supervisão de saúde mental são prestadas por profissionais de saúde mental a uma rede extensa de ESFs com base em consultas conjuntas e intervenções multidisciplinares (WHO/WONCA, 2008).

A Rocinha, um aglomerado subnormal, evidencia as contradições do Brasil: situa-se entre zona Sul e Oeste da cidade do Rio de Janeiro, ligada a bairros tradicionalmente de grande propriedade e grande beleza natural, no entanto é caracterizado por residências, na maioria, pequenas, habitadas por várias pessoas de uma mesma família ou várias famílias; ao mesmo tempo em que tem vista para o mar, tem odor de lixo e esgoto a céu aberto. Grande parte das propriedades é resultante de: a) ocupação ilegal da terra (pública ou particular) ou b) urbanização fora dos padrões vigentes (refletida por vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais e construções não regularizadas por órgãos públicos, bem como precariedade de serviços públicos essenciais). Talvez por isso observa-se o pouco investimento na moradia, seja interna ou externamente. Assim como uma indiferença com as condições de higiene, organização e estética. À primeira vista, espanta-se como foi possível a construção arquitetônica; depois, questiona-se como vivem ali, seguindo outras indagações: como lidam com tanta diversidade, violência, abandono, pobreza, entre outros obstáculos? (IBGE, 2010)

A Rocinha é formada pelo encontro de vários povos imigrantes, na maioria, por nordestinos que vieram para o Rio de Janeiro em busca de melhores condições de vida ou são filhos de imigrantes que encontram ali moradia e proximidade para trabalhar e viver. O comércio interno é diversificado, desde mercadinhos, frutarias, lojas de roupas, sapatos, móveis, “multicoisas”, lanchonetes, restaurantes, muitos bares, franquias, bancos etc. A rede de serviços é rica e diversificada, tais como salão de beleza, barbearia, creches particulares etc.

Quanto aos serviços públicos, contam com escolas, creche, Unidade Básica de Saúde, Complexo de saúde (UPA, Clínica da Família e CAPS), Complexo esportivo, assistência social e biblioteca pública. No entanto, não atende toda a demanda dos moradores.

Considerando que o Complexo Saúde surgiu no movimento da união dos Governos Federal, Estadual e Municipal, na retomada da Rocinha do poder paralelo do tráfico de drogas, a entrada de serviços de saúde torna-se ao mesmo tempo simbólica e um modelo de cuidado a se construído.

A implementação da ESF, há 5 anos, trouxe à tona muitas questões que urgem ações da saúde, educação, assistência social, justiça e cidadania. Por exemplo, alta incidência de tuberculose (devido ao ambiente insalubre), problemas ligados ao uso de drogas, sofrimento psíquico leve a moderado, transtorno mental severo e persistente e grande demanda por atendimento à saúde e assistência social. A Clínica da Família,

CAPS, UPA e o Dela Maris (Serviço de Assistência social) vêm desenhando uma maneira de cuidados em saúde, cruzando as Políticas de saúde do Brasil e as particularidades desse território. Quando necessitam de tratamentos especializados, é preciso buscar nos bairros vizinhos, seja internação psiquiátrica, emergência clínica ou tratamentos eletivos.

Possivelmente, a entrada do Estado através do Programa de Polícia Pacificadora, Complexo de Saúde e Complexo Esportivo afetou a maneira que a Rocinha recebeu os serviços de saúde. Mas os sentimentos das pessoas eram contraditórios, uma vez que, por um lado, estavam sedentos de serviços assistenciais; por outro, temiam o confronto entre polícia e traficantes e ainda tinham nas suas redes de relações sociais pessoas ligadas ao tráfico de drogas.

A condição Complexo de Saúde contribui para as articulações entre os serviços, os setores e as redes dentro da comunidade. Essas articulações, somadas ao fato que foram implantadas em conjunto, facilitaram o diálogo e a relação com o território. Ações como visita domiciliar do CAPS em conjunto com ESF, matriciamento, interconsulta fortaleceram os recursos humanos tanto na qualidade do atendimento prestado quanto na compreensão ampliada da família atendida e pouco a pouco esses serviços foram aprimorando a maneira de atender. Estes três serviços foram essenciais também para a população reconhecer a proposta diferenciada de serviço de saúde. Inicialmente, o trabalho dos profissionais incluía esclarecer a função do serviço e a proposta ampliada de atendimento, em contrapartida do modelo biomédico que prevalece ainda no imaginário da população. No entanto, a abordagem psicossocial defende o equilíbrio para a assistência especializada e a Atenção Básica.

O CAPS da Rocinha compreende um modelo a ser testado: a) os três serviços (CAPS/ UPA/Clínica da Família) no mesmo complexo arquitetônico; b) O CAPS e a Clínica da Família adotam a lógica do território e se dividem em miniequipes responsáveis por áreas programáticas e matriciamento; c) a interconsulta acontece na maioria das vezes no momento em que a demanda acontece (a UPA aciona o CAPS quando há necessidade, por exemplo: na madrugada; o CAPS aciona a UPA nas demandas de avaliação clínica; e ambos acionam a Clínica da Família); d) O CAPS e a Clínica da Família articulam com a unidade de Assistência Social, Complexo Esportivo, Biblioteca popular, entre outros serviços públicos; e assim a rede se fortalece.

5.4 O CUIDADOS NO TERRITÓRIO

Quando alguém demanda cuidados de saúde mental, a fala inicial é sobre a condição de vida. E as intervenções não ignoram isso. As práticas das enfermeiras, sujeitos do estudo, estão no campo do cuidado, dentro da abordagem psicossocial, sustentada no saber popular que foi apreendido na Rocinha.

A cultura popular tem suas raízes na terra em que se vive, simboliza o homem e seu entorno, a vontade de enfrentar o futuro sem romper a continuidade. Seu quadro e seu limite são as relações profundas que se tecem entre o homem e o seu meio. Assim, desde que imunizadas contra os fatores de banalização que o consumo, entre outras causas, carrega, as populações desenraizadas terminam por reconstruir uma nova cultura popular, que é ao mesmo tempo filosofia e, por isso, um caminho para a libertação. Ultrapassado um primeiro momento de espanto e atordoamento, o espírito alerta se refaz, reformulando a ideia de futuro a partir do entendimento novo da nova realidade que o cerca (SANTOS, 2013, p. 144 e 145).

As práticas territoriais abarcam a complexidade e a simplicidade do pensamento de Edgar Morin:

“O pensamento complexo é, pois, essencialmente o pensamento que trata com a incerteza e que é capaz de conceber a organização. É o pensamento capaz de reunir (complexus: aquilo que é tecido conjuntamente), de contextualizar, de globalizar, mas, ao mesmo tempo, capaz de reconhecer o singular, o individual, o concreto. (p. 206)

O trabalho no território significa ao mesmo tempo intervir e acreditar que ele é capaz de auto-organização. Assim como se reconhece nos sujeitos o sofrimento, acredita-se que ele é capaz de ressignificar seus modos de vida. A gravidade dos problemas psiquiátricos dos usuários, somada à gravidade do território, representa o trabalho dos sujeitos deste estudo. O foco da ação de cuidado das enfermeiras no território Rocinha está listado abaixo.

Quadro 7 - Descrição dos objetivos das práticas no território para as Enfermeiras apontados no 2º GE (DUTRA, 2013).

	Enfermeira 3	Enfermeira 6	Enfermeira 7
Práticas no território	Fortalecer o vínculo e compreender o sujeito e a família em seu território	Conhecer o indivíduo e o meio em que vive	Visita Domiciliar - Ferramenta de trabalho que se opera no território
	Perceber o lugar que o usuário tem na comunidade e as relações estabelecidas por ele	Conhecer a comunidade e seus serviços e dispositivos	O cuidado na lógica da atenção psicossocial
	Ampliação dos olhares para o usuário diante de sua complexidade	Facilitar a comunicação entre redes assistenciais: CAPS e ESF	Trânsito livre no território
	Intermediar o cuidado entre: instituição, família e comunidade	Manter o indivíduo no meio familiar e no seu ambiente, também dar assistência no território	Cuidado na crise no território
	Inclusão social e cidadania do usuário de saúde mental	Promover a atenção psicossocial em sua amplitude	Recursos importantes que garantem o cuidado em saúde mental no território
	Desconstrução das práticas manicomialis visando ao cuidado em liberdade	Auxiliar no processo de mudança das Políticas em Saúde Mental e auxiliar o indivíduo a adequar-se a este novo modelo	Garantia de cuidado extra-hospitalar e da reabilitação psicossocial
	Aumento da parceria no cuidado ao sujeito que sofre	Ajudar a família a entender e lidar com a crise ou a situação mental do indivíduo	Uma das estratégias de cuidado na saúde
	Interligação dos diferentes saberes para o usuário ser visto de maneira integralizada	Construir projetos de atenção em saúde mental mais complexos com multivisões (cada profissional tem uma contribuição diferente)	Diante da complexidade, possibilita a construção de um saber coletivo
	Produção de autonomia em saúde	Ajudar o indivíduo a se reorganizar na crise, na vida e no CAPS	Manutenção do cuidado fora dos espaços institucionais

As tentativas de adentrar o território e intervir nele corroboram o pensamento de Milton Santos, quando objetivam conhecer o sujeito social e suas relações no território; fortalecer o vínculo com os usuários dos serviços, familiares e comunidade; fortalecer a noção de cidadania dos usuários com carreira psiquiátrica no território; fazer parcerias e fortalecer as redes solidárias; identificar e discutir saberes e práticas utilizadas naquela comunidade; desvendar possibilidades de emancipação e autonomia dos usuários; entre outras.

As enfermeiras adentraram a Rocinha e fizeram a opção de estar lá, trabalhar e intervir naquele território. Inicialmente, buscaram conhecer o território e mesmo tendo as informações publicadas sobre os indicadores de saúde na Rocinha, procuraram observar os usuários, a comunidade e as instituições que atuam ali, que compreendem a realidade. E para conhecer apostaram em visitas domiciliares, circular, fazer parcerias, articular, fazer matriciamento, discutir casos etc. As enfermeiras adentraram o território, foram afetadas nos seus territórios existenciais e decidiram investir nos sujeitos sociais. Orgulham-se dos resultados e acreditam que é possível continuar a mudar a condição de saúde dos usuários.

As práticas no território visam assegurar a liberdade e a autonomia para que os sujeitos sociais estabelecessem relações que assegurem as suas necessidades e construam a noção de pertença daquele território. Neste ponto, Santos (2013) coloca que a cidadania e a cultura formam um par integrado de significação, quase sinônimos, e constituem a consciência de pertença de um grupo.

Nas práticas territoriais das enfermeiras, a valorização dos usuários como sujeitos dos SUS significa favorecer o direito de ser atendido nas necessidades de saúde e assistência social pelo Estado, dentro da rede de serviços da Rocinha e adjacências. Deste modo, tenta-se assegurar o mínimo de direitos cidadãos, como ter documentos, facilitar o acesso a serviços, ser a ponte entre o usuário e o Estado, entre outras ações. Para tal, faz-se necessário travar uma negociação com usuário e o território, como também ter consciência de cidadania, dos valores humanísticos e das possibilidades de melhora da sua condição.

Por exemplo, para minimizar o preconceito e assegurar o direito cidadão a cada visita domiciliar, as enfermeiras falam com os vizinhos do usuário, discutem sobre questões de saúde mental, mostram que aquele sujeito social está sendo acompanhado e que tem direitos de cidadão. Santos (2013) coloca que a fábrica de preconceitos mutila a consciência do homem e cria a submissão aos mecanismos impostos, mas é também o lugar da descoberta. Porque o homem se recusa a reproduzir certos comportamentos e se reconstrói a partir das diferenças como ser social. No entanto, esse processo de resignificação é complexo e, algumas vezes, necessita de auxílio e defesa.

Acrescenta-se às práticas mínimas de assegurar os direitos básicos dos usuários dos serviços de saúde mental o direito à saúde, à educação, à propriedade, ao casamento (fundar uma família e respeitar a vida familiar), ao voto, a se associar, a trabalhar (THORNICROFT E TANSELLA, 2010).

Cabe à Política de Saúde Mental tratar de questões críticas, como estabelecimento de instalações e serviços de saúde mental de alta qualidade; acesso à atenção de qualidade em saúde mental; proteção dos direitos humanos; direito dos pacientes ao tratamento; desenvolvimento de sólidas proteções processuais; integração de pessoas com transtornos mentais à comunidade; e promoção da saúde mental em toda a sociedade (OMS, 2005).

As práticas das enfermeiras no território da Rocinha estão em acordo com a perspectiva comunitária, descritas a partir do trabalho na Inglaterra e Itália, publicadas no livro Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária, estruturadas na discussão da ética, evidência e experiência. Nas duas últimas décadas foram criadas leis nacionais e internacionais que abordam princípios que orientam a ética nas práticas em saúde mental, a saber: autonomia, continuidade, efetividade, acessibilidade, compreensibilidade, equidade, responsabilização, coordenação e eficiência.

Quadro 8 - Princípios básicos para serem aplicados na comunidade pelos serviços de Saúde Mental. Adaptado de Thornicroft e Tansella (2010, p.38).

Autonomia	É uma característica do sujeito que consiste na habilidade de fazer escolhas e tomar decisões de forma independente, apesar da presença de sintomas ou incapacidades. A autonomia deve ser promovida por meio de tratamentos efetivos e cuidados.
Continuidade	Habilidade dos serviços de oferecer intervenções individuais e coletivas que sejam coerentes, em um curto tempo, dentro da equipe quanto em equipes diferentes (continuidade intersetorial); que formem uma série de ininterruptos contatos durante um longo período de tempo (continuidade longitudinal).
Efetividade	No nível comunitário – benefícios comprovados, intencionais dos serviços que se desenvolvem nas situações reais da vida. No nível individual – benefícios comprovados, intencionais, dos tratamentos que se desenvolvem nas situações reais de vida.
Acessibilidade	É uma característica do serviço, vivenciada pelos usuários e seus cuidadores que possibilita a eles receber cuidados onde e quando for necessário.
Compreensibilidade	É a característica do serviço que: Horizontal - se estende ao longo de toda variedade de graus de severidade das doenças mentais e características do usuário (gênero, idade, grupo étnico, diagnóstico); Vertical – disponibilidade dos componentes básicos de cuidado e uso por grupos prioritários.
Equidade	É a distribuição justa de recursos. A lógica usada para priorizar as necessidades concomitantes de métodos usados para calcular a alocação de recursos deve ser clara.
Responsabilidade	É a função que consiste nas relações complexas e dinâmicas entre os serviços de saúde mental e os usuários e seus familiares e o público em geral, nas quais todos tenham expectativas legítimas sobre como os serviços devem agir de forma responsável.
Coordenação	É a característica do serviço que se manifesta pela coerência dos planos de tratamento para cada usuário. Cada plano deve ter metas claras e incluir intervenções que sejam necessárias e efetivas, nem mais, nem menos. Por coordenação intersetorial, definimos a coordenação e serviços em um episódio. Por coordenação longitudinal, definimos a inter-relações entre equipe e as diversas agências durante um período mais longo de tratamento, frequentemente ao longo de diversos episódios.
Eficiência	É a característica do serviço que minimiza as entradas necessárias para atingir um determinado nível de resultados ou que maximiza os resultados a partir de um determinado nível de entradas.

Este estudo investigou as práticas territoriais da enfermagem, no entanto, observou-se que o resultado transcende para algo maior: a abordagem psicossocial. As práticas descritas pelas enfermeiras trazem o imperativo do cuidado, da filosofia do serviço de base territorial e a cidadania dos sujeitos. Mesmo não sendo indagadas sobre os princípios, as práticas se sustentam neles. Deste modo, o princípio da **autonomia** foi ressaltado de diversas formas, entre elas, o protagonismo dos sujeitos, mediar a autonomia, dar voz, oferecer possibilidades de escolhas, respeitar a liberdade de escolha. A obstinação em investir nos sujeitos e na forma que este escolheu viver reporta ao humanismo e à abordagem psicossocial dos sujeitos cuidados.

O princípio da **responsabilidade** descrito por Thornicroft e Tansella (2010) se refere ao serviço. Todavia, as práticas das enfermeiras assimilam este princípio e transcendem para a responsabilização com os usuários, no sentido de importar-se com o

bem-estar e a prevenção de agravos, dentro ou fora do serviço. Investem em esclarecimento, visita domiciliar, articulam com serviços de assistência e/ou defesa dos direitos civis.

Silva (2005) traz a responsabilização na relação profissional-usuário e a relação serviço-população e na retomada como cidadão. Assim, os discursos em torno da responsabilidade são disseminados por diferentes saberes, são eles: sob a forma da “tomada de responsabilidade do serviço pelo território”, do “aumento da responsabilidade do profissional sobre o processo de trabalho” e da “possibilidade de o sujeito advir como responsável pela própria condição”. E esses discursos se conjugam a diferentes práticas de responsabilização profissionais pelo cuidado, como a mediação, a arbitragem e a negociação das ações da família e da vizinhança em relação ao usuário.

Em uma perspectiva mais complexa, a equipe do CAPS se responsabiliza pela saúde mental da área programática quando estão organizados em miniequipe para atender ao matriciamento da atenção básica, estão abertos 24 horas, atende a interconsultas com a UPA, atende a outros serviços que por algum motivo recebeu um morador do território da Rocinha. E ainda, em ocasião de grande sofrimento psíquico por parte dos moradores da Rocinha que trabalham na ESF, o CAPS os acolheu, realizou grupos de suporte/apoio e se prontificou ao atendimento individual em caso de sofrimento psíquico persistente.

Outra perspectiva da responsabilização acontece no plantão noturno em que somente a enfermagem está presente para atender à demanda externa espontânea, os usuários matriculados em intercorrências, as famílias em situações de dificuldades em manejar a sintomática de um usuário, interconsulta com a UPA etc. Este plantonista realiza a intervenção que demandar e repassa o caso à equipe do dia, para a continuidade e efetividade do atendimento, através de intervenções necessárias só possíveis em horário útil.

A **continuidade, efetividade e acessibilidade** são princípios do serviço que os sujeitos do estudo sustentam em suas práticas. Seja em períodos de crise ou tratamento prolongado, o usuário mantém o Projeto Terapêutico Singular, os objetivos e as estratégias são reavaliados e modificados periodicamente. A efetividade é demarcada na avaliação positiva e alcance de objetivos do projeto terapêutico do usuário e, ainda, no reconhecimento da melhora pela família. O serviço encontra-se de portas abertas 24 horas por dia ou através do acesso à equipe para interconsultas e matriciamento. A parceria com a Clínica da Família e a Unidade de Pronto atendimento alarga o acesso da

população ao serviço de saúde mental daquele território. Espera-se efetividade utilizando a ferramenta Projeto Terapêutico:

“Os projetos terapêuticos singulares e suas intervenções **visam** não apenas os sujeitos, mas também seu contexto social e suas redes sócio-relacionais, de forma a produzir mudanças sustentáveis e independentes dos serviços.”
(MANGIA e BARROS, 2009)

O princípio da **coordenação** é expresso através do Projeto terapêutico singular. É uma prática instituída para todos os usuários matriculados, avaliada periodicamente pelo Técnico de Referência e discussão em miniequipe ou na reunião de equipe semanal. É operacionalizado por um impresso que contém dados do usuário, contrato de frequência ao CAPS, atividades que participa regularmente, contrato de alimentar-se no serviço e objetivos gerais. Quanto à questão coordena ... ?

Um indicador de **eficiência** apontada pelos sujeitos do estudo é quando os usuários dos serviços aderem à proposta terapêutica do CAPS e não necessitam de internações em hospital psiquiátrico. Geralmente, aumenta-se a eficiência quando acontece um vínculo importante com o Técnico de Referência (e/ou os profissionais da miniequipe) e a parceria com a família. Segundo as enfermeiras, o vínculo e a parceria com a família são determinantes para o sucesso do processo terapêutico.

Considerando a **equidade** como a distribuição justa de recursos, seria apenas de ordem da gestão e planejamento, entretanto, as enfermeiras apontam para a urgência da crise ou atender às demandas daqueles que estão expostos a riscos físicos e sociais. Apostam em assegurar o bem-estar primeiro à crise, aos mais graves e assim prestar um cuidado justo à comunidade. Na maioria das ações, a equipe se organiza em acolhimento, convivência, atendimentos programados nos PTS, matriciadores, e eventuais demandas organizam-se na reunião de início de turno.

A partir das práticas das enfermeiras no CAPS, podemos ensaiar a dizer sobre o cuidado realizado segundo a abordagem psicossocial:

- cuidado com o corpo dos usuários
- cuidados com a medicação e pequenos procedimentos
- responsáveis técnicas conforme a profissão
- técnica de referência
- passagem de plantão, reunião de início, fim de turno e de equipe
- atendimento à família
- ambiência / convivência
- acolhimento da demanda externa e interna
- atendimento aos usuários em crise

- coordenação de oficinas, grupos terapêuticos e assembleias
- miniequipes e responsáveis por áreas programáticas, matriciadores
- interconsultas
- atividades burocráticas: registros, prontuários, livros, produtividade e zelar pelos bens materiais do CAPS
- visitas domiciliares
- descobrir recursos e articular com o território
- acolhimento intra e extra CAPS
- acompanhante terapêutico
- atendimentos para desinstitucionalização
- atividades para empoderamento dos usuários, cidadania e autonomia
- participação em reuniões ou fórum de saúde mental
- passeios fora do território
- dar suportes às redes de apoio

Esse cuidado parte do individual, perpassa o biológico, mas alcança questões psíquicas e sociais próprias da subjetividade que o sujeito social demanda. E o investimento no sujeito, através do acolhimento, da escuta, do vínculo, da relação terapêutica e ambiência, contribui para ressignificação psíquica do usuário. E o investimento no trabalho em grupo, assembleia, no acompanhamento terapêutico, na visita domiciliar, na articulação/apoio com a rede familiar e social, nos passeios que contribuem para a pertença do território habitado e a retomada do papel social dentro da rede social. E deste modo o cuidado é ao mesmo tempo personalizado e coletivo.

O cuidado no CAPS acontece de dentro para fora do serviço, está centrado no usuário e busca a integralidade do cuidado quando articula com outros serviços ou setores para atender às necessidades diagnosticadas para aquele usuário. Mas principalmente investe na autonomia, na busca da cidadania e empoderamento dos usuários. Neste aspecto, é um desafio encontrar na rede de serviços comunitários instituições e serviços que atendam às demandas, eles buscam, agendam e acompanham os usuários.

5.5 A PERSPECTIVA PRODUÇÃO DE VIDA

Mas as práticas descritas pelos sujeitos do estudo extrapolam a assistência dentro de um serviço especializado, extrapola a prevenção de agravos, a inclusão da família e aproxima da perspectiva de promoção de vida/saúde. Considerando que a abordagem psicossocial defende esse propósito, buscou alargar a discussão incluindo experiências de outros movimentos da Política de Saúde do SUS sobre a perspectiva da Promoção de vida.

Segundo Pedro Gabriel Delgado (in: VASCONCELOS, 2013), no momento, o desafio é intersectorialidade. A Reforma Psiquiátrica precisa abrir-se para outros campos das políticas públicas, como assistência social, educação, renda, cultura, habitação e justiça. Mas não se nega que nas práticas de saúde mental encontra empenho no fortalecimento de ações de solidariedade e promoção de saúde.

O Programa Nacional de Educação Popular em Saúde, em consonância com os Princípios dos SUS (universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS), propõe uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. Essa proposta tem seus pressupostos teóricos, conforme o Quadro abaixo.

Quadro 9 - Princípios teórico-metodológicos da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2012).

Princípio	Definição
Diálogo	O ser humano está em constante construção e aprendizado, não há quem tudo sabe, assim como não há quem nada sabe. Dialogar é o encontro de conhecimentos construídos histórica e culturalmente por sujeitos, portanto, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade. O diálogo acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da realidade, contribuindo com os processos de transformação e humanização.
Amorosidade	A valorização da amorosidade significa a ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. Permite que o afeto se torne elemento estruturante da busca pela saúde. No vínculo afetivo criado na relação educativa em saúde surge uma emoção que influencia simultaneamente a consciência e o agir das pessoas envolvidas, ampliando o compromisso, a compreensão mútua e a solidariedade, não apenas pela elaboração racional. A amorosidade aciona um processo subjetivo de elaboração, não totalmente consciente, que traz importantes percepções, motivações e intuições sobre a realidade para o processo de produção da saúde.
Problematização	A problematização implica a existência de relações dialógicas, enquanto um dos princípios da PNEPS propõe a construção de práticas em saúde alicerçadas na leitura e análise crítica da realidade. A experiência prévia dos sujeitos é reconhecida e contribui para a identificação das situações-limite presentes no cotidiano e das potencialidades para transformá-las por meio de ações para sua superação. Discute os problemas surgidos nas vivências com todas as suas contradições. O sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente.
Emancipação	É um processo coletivo e compartilhado de conquista das pessoas e grupos da superação e libertação de todas as formas de opressão, exploração, discriminação e violência ainda vigentes na sociedade e que produzem a desumanização e a determinação social do adoecimento. Fortalece o sentido da coletividade na perspectiva de uma sociedade justa e democrática onde as pessoas e grupos sejam protagonistas por meio da reflexão, o diálogo, a expressão da amorosidade, a criatividade e autonomia, afirmando que a libertação somente acontece na relação com outro.
Compromisso com a Construção do Projeto Democrático e Popular	Reafirma o compromisso de construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária, soberana e culturalmente diversa que somente será construída por meio da contribuição das lutas sociais e garantia do direito universal à saúde no Brasil, tendo como protagonistas os sujeitos populares, seus grupos e movimentos, que historicamente foram silenciados e marginalizados. A construção desse Projeto Democrático e Popular pressupõe a superação da distância entre o país que temos e o que queremos construir, superando as diversas formas de exploração, alienação, opressão, discriminação e violência ainda presentes na sociedade que desumanizam as relações, produzem adoecimento e injustiças, visando à transformação da realidade, com vistas à emancipação. O Projeto Democrático e Popular promotor de vida e saúde caracteriza-se por princípios como a valorização do ser humano em sua integralidade, a soberania e autodeterminação dos povos, o respeito à diversidade étnico-cultural, de gênero, sexual, religiosa e geracional; a preservação da biodiversidade no contexto do desenvolvimento sustentável; o protagonismo, a organização e o poder popular; a democracia participativa; organização solidária da economia e da sociedade; acesso e garantia universal aos direitos, reafirmando o SUS como parte constitutiva deste Projeto.

A educação em saúde, na perspectiva tradicional de saúde, objetiva a prevenção de doenças, mas com o conceito ampliado de Saúde, o processo educativo visa

aumentar a crítica sobre si mesmo e seu contexto sócio-político-cultural e consequentemente aumentar a consciência e a transformação da sua vida.

O termo amorosidade se refere a ampliar o diálogo para as relações de cuidado e ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, além de apostar no diálogo baseado em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas. Ou seja, refere-se ao investimento nos sujeitos, fortalecimento de vínculos e de redes de cuidado, apontados pelos sujeitos do estudo enquanto práticas de saúde mental.

Os processos pedagógicos utilizados pela Educação Popular de Saúde (Problematização, emancipação, compromisso com a democracia) se sustentam na perspectiva dos sujeitos sociais capazes de utilizar os saberes e as experiências do grupo para transformar suas vidas e seu território. Estas estratégias permitem aumentar o poder de decisão, a liberdade de escolha, a autoestima, o reconhecimento do papel social, entre outras habilidades.

Um relato de experiência em educação popular em Saúde Mental, no bairro de Pernambués, território do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, no município de Salvador/BA, mostrou que (CARNEIRO et al, 2010, p. 473):

“Mais do que reflexões político-ideológicas, a possibilidade de reunir loucos e não loucos, drogaditos e não drogaditos, deficientes e não deficientes, de forma horizontalizada, em si já garantia a realização do objetivo maior dos Fóruns e Encontros. Ao dar voz e vez a cada participante/falante, numa relação horizontal e de validação de saber e poder, foi legitimado e se fez real, em nível micro, o projeto da criação de um mundo no qual caibam todos os mundos. A estratégia da educação popular permitiu que os sujeitos envolvidos no processo se organizassem politicamente, o que pôde ser percebido no interesse em planejar e executar os Fóruns, definindo seus objetivos de acordo com a necessidade da comunidade. Essa pequena experiência de grandes proporções num nível micro constatou a riqueza e a potência da estratégia de educação popular em saúde para fazer avançar o projeto de Reforma Psiquiátrica.”

A acolhida e o diálogo dos sujeitos sociais nos grupos de educação popular proporcionaram outro olhar da situação, de si mesmo, e isto contribui para resolver os problemas cotidianos. Ao fortalecer a sua participação na vida, os problemas que antes eram o foco, passam a ser vistos de outra forma e assim os sujeitos reescrevem sua história. No entanto, as proporções da educação popular em saúde não são medidas, não são programáveis, não são controláveis.

No caso Rocinha, conta-se que a militante do Movimento Luta Antimanicomial e pintora Maria do Socorro dos Santos, que dá nome ao CAPS, teve uma história de muitas internações e crises psiquiátricas. Até que ação de pintar e participar do movimento modificou a sua história, ela passou a verbalizar melhora na condição de

vida. Não ficou curada, mas aumentou seu bem-estar, minimizaram os sintomas, melhoraram as relações com os familiares e com a rede social, entre outros benefícios à sua vida. Não significa que todos os usuários precisam ser militantes, porém a noção de pertença de um grupo e adotar um norte para vida possibilitou a Maria do Socorro ressignificar sua existência.

Buss (2000), com o pressuposto que muitos componentes da vida social contribuem para uma vida com qualidade e também para que as populações alcancem um perfil elevado de saúde, analisou a construção do conceito de promoção da saúde a partir das conferências internacionais de saúde. Na carta de Ottawa, o conceito centrava no processo de capacitação de uma comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida. Na conferência de Adelaide, o foco foi as políticas públicas saudáveis que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.

Na Conferência de Sundsvall, ampliou-se a consciência internacional de indivíduos, movimentos sociais e governos sobre os riscos de um colapso do planeta diante das inúmeras e profundas agressões ao meio ambiente. O evento trouxe, com notável potência, o tema do ambiente para a arena da saúde, não restrito apenas à dimensão física ou natural, mas também enfatizando as dimensões sociais, econômica, política e cultural. A promoção de saúde envolve os espaços em que as pessoas vivem e engloba as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver melhor e oportunidade para ter maior poder de decisão nas estruturas econômica e política. (BUSS, 2000)

A Conferência de Bogotá reconheceu a relação da mútua determinação entre saúde e desenvolvimento afirmando que a promoção da saúde na América Latina deve buscar a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento. O desafio da promoção da saúde na América Latina consiste em transformar as relações excludentes, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e a equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento (BUSS, 2000).

As práticas para promoção de saúde envolvem o investimento nas pessoas e nos grupos para participarem da construção política-social-cultural; a construção social de espaços mais saudáveis e o acesso aos recursos para viver; aumentar o poder de decisão

e participação social; criação de condições que garantam bem-estar geral como proposta de desenvolvimento.

Buss (2000, p. 174) resume:

“Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vívida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença.”

A promoção da saúde parte do compromisso político mas também do técnico operacional. Os movimentos capilares podem demandar a vontade política de um Estado democrático, mas a imposição política apenas não eleva os níveis de bem-estar. O empoderamento e a intersetorialidade são chaves para esta perspectiva promotora de vida. O empoderamento, seja individual ou grupal, representa o fortalecimento dos usuários do SUS como cidadão livre, capaz e parte do Estado. A intersetorialidade contrapõe a fragmentação, reconhece a mútua determinação da saúde e reforça o acesso às múltiplas estruturas para o bem-estar.

Quadro 10 - Exemplos de Práticas promotoras de vida observadas no CAPS (DUTRA, 2015).

Exemplo de atividade	Descrição da atividade
Assembleia	Acontece semanalmente. É um exercício democrático que fortalece a participação dos usuários. Cada um pode propor um ponto de pauta, opinar e discordar.
Oficinas no território	Por exemplo: Oficina de Piscina, Barulhos do Mar etc. São atividades coordenadas por um profissional do CAPS, mas têm como espaço físico o espaço do território, demandando caminhar até o local.
Oficinas de Jornal	Atividade aberta, semanal, com objetivo de ler as notícias publicadas nos jornais na semana e construir o próprio noticiário com a realidade do CAPS.
Passeios dentro do território	Atividade acontece aos domingos, são programados passeios, a partir da sugestão dos usuários a espaços da Rocinha.
Passeios fora do território	Acontece sem frequência definida, a partir das propostas colocadas na Assembleia pelos usuários, são organizadas por usuários e profissionais. A maioria acontece na cidade do Rio de Janeiro com utilização de transporte público.
Interconsultas	Representa a opinião do campo da saúde mental em um caso, em outros casos, a sugestão de retirar os rótulos impostos ao portador de sofrimento mental que atrapalham um atendimento de qualidade.
Oficina de percussão	Acontece semanalmente em duas atividades: 1) atividade de percussão no interior do CAPS ou outro espaço nas proximidades; 2) saída ao território para reciclar materiais adequados à percussão. Enquanto se caminha, o profissional instiga que cada um conte fatos e histórias sobre a Rocinha.
Visitas domiciliares	São realizadas por um ou dois profissionais do CAPS e um agente comunitário de saúde: conhecem as famílias, os espaços onde se vive, as relações, os vizinhos etc. Aproveitam para dar informações sobre saúde, instigar diálogos, oferecer parceria, convidar a participar do CAPS e potencializa o atendimento ao sujeitos do SUS.
Projeto EJA	Acontece de segunda a sexta, às 18h, no CAPS, uma professora da rede de educação leciona para usuários do CAPS.

Nas entrevistas e observações, destaca-se a decisão das enfermeiras por provocar diálogos e negociações que coloquem os usuários na condição de cidadão, sujeito social, protagonista da sua própria vida. O quadro acima são apenas exemplos de ações que vislumbram uma perspectiva de promoção de saúde.

O tratamento é complementar à promoção de saúde. Ambos acontecem ao mesmo tempo, mas a promoção de vida busca outra dimensão da vida do usuário: a essência do sujeito e os seus potenciais. Não é possível pensar o cuidado sem a

promoção de vida. O cuidado exige abordar o todo, o melhor nível de saúde, o zelo, a valorização, a dignidade, a beleza da vida, a atitude que transborda da pessoa para o meio ambiente. A promoção de vida é um degrau mais avançado do cuidado, mas não significa que acontece em um segundo momento, mas que é mais complexo, intenso e necessita de técnicas específicas.

5.6. A CLÍNICA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NO TERRITÓRIO

A Clínica de Enfermagem Psiquiátrica, na Proposta Teórica do Intuir Empático, (OLIVEIRA, 2005) sustenta nos constructos intuição, empatia, escuta qualificada, tempo, esperar e prontidão para o cuidado. A clínica representa um processo dinâmico aberto, na qual os construtos se traduzem no fazer da enfermagem para o cuidado aos que sofrem psiquicamente.

A prática da enfermagem psiquiátrica no CAPS estudado se sustenta nos constructos do Intuir Empático e inclui o constructo mediar a autonomia. Isto significa que a partir do constructo esperar, as enfermeiras empoderam o sujeito social para usufruir da liberdade e autonomia inerente da condição de ser humano. Mesmo que o sujeito não se reconheça como cidadão livre e capaz, o cuidador acredita e investe para reconstruir sua história de vida. As estratégias para a retomada da autonomia dos sujeitos cuidados envolve mediação, o acompanhamento, os investimentos graduais, todas fortalecidas por relacionamento terapêutico e afeto.

A Clínica de Enfermagem Psiquiátrica se constrói a partir da demanda da vida daqueles que sofrem psiquicamente. Assim, atente à demanda do contexto social, cultural, histórico e político que estamos vivendo. Desde que se ouviu “liberdade, igualdade e fraternidade” ecoados a partir da França, o mundo nunca foi o mesmo. A liberdade reporta à cidadania, aos direitos humanos, à humanização, mas principalmente à essência do ser. Um ato que se revela a partir da apreciação da condição humana.

O cuidado é humano, e não seria cuidado se não fomentasse a partir da essência do sujeito cuidado. E a partir daí pensar a história de vida, o contexto onde vive, seus problemas de saúde, suas necessidades emergentes, sua autonomia e assim por diante faz parte de processo conjunto de construção de projetos de vida. O cuidar é um desafio que se coloca a cada encontro de um humano com outro humano em uma sinfonia regida por um profissional, mas protagonizado pelo sujeito e o resultado é único. Ao mesmo tempo em que os dados trazem a complexidade e gravidade dos usuários atendidos, trazem o afeto e a satisfação pelos sinais de bem-estar dos usuários.

Loyola e Rocha (2000, p.7) ressaltam o cuidar como “atitude fundamental de ocupação, de pré-ocupação, de implicação e de envolvimento afetivo com o outro”. Significa “acolher com garantias” sem deixar de intervir/tratar, mas ter o cuidado na centralidade do processo. Cuidar, para as autoras, (p.9) expressa “sintonia com, auscultar lhe o ritmo e afinar-se com, permitindo ao ser humano-paciente a experiência daquilo que realmente conta”. Assim, a parte

invisível e afetiva da construção da clínica de enfermagem psiquiátrica está na empatia, intuição, esperar e tempo. Enquanto a parte operacional da Clínica de enfermagem Psiquiátrica está no tripé: prontidão para o cuidado, investir no sujeito social (escuta qualificada, cuidado pós-demanda, tempo) e ampliar o saber e o fazer (autonomia) conforme a abordagem psicossocial.

O cuidado entendido aqui é segundo o pensamento de Boff (1999), quando propõe que seja uma atitude de realmente fazer diferença no mundo. Para Boff, cuidado expressa a atitude de zelo, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa. O autor acrescenta que o cuidado abrange mais do que um momento de atenção, representa preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro.

A ideia de reabilitação psicossocial tem sustentado a busca por melhores práticas de cuidados dentro da abordagem psicossocial, mas considera-se que o cuidado aqui colocado pelos sujeitos do estudo está para além, abrange a vida do sujeito, na sua singularidade, sem focar o diagnóstico, as incapacidades e as limitações. O cuidado se coloca como investir no que o sujeito é: livre, autônomo, capaz, dono da sua história, parte de um processo social complexo e em construção. O cuidado representa investimento, envolvimento afetivo, através do preocupar-se e responsabilizar-se com o usuário.

Um exemplo disso: em um passeio ao Cristo Redentor, a coordenadora da atividade ressaltou que lá os usuários do CAPS (todos com carreira psiquiátrica) eram apenas turistas, como outros de várias partes do mundo que estavam ali. Ou seja, a enfermeira, que planejou e acreditou nos benefícios da atividade, fica afetada pelo fato de os usuários experimentarem ser turistas e ressalta a importância disto na proposta terapêutica. O movimento de sair do território para provocar que é possível exercer várias identidades, ou ver o mundo por outro ângulo, ou experimentar outros horizontes, enfim, buscar possibilidades na subjetividade da cidade significa investir na subjetividade essencial do usuário.

Outro exemplo é o envolvimento da família no cuidado. A família é acolhida, envolvida no Projeto Terapêutico em uma parceira. A equipe do CAPS entende que não haverá progressos se a família não estiver envolvida. Essa família poderá ser simplesmente alguém que apoia, como um vizinho, madrasta, ex-sogra, entre diversas possibilidades que aparecem no cotidiano. Segundo Grandi e Waidman (2011), o cotidiano das famílias que vivenciam a crise psiquiátrica como difícil, sofridas e sobrecarregadas. Somam-se a estas a sobrecarga subjetiva carregada de emoções trazidas de outras crises, a dificuldade em aceitar o problema mental, a culpa pelo

problema do familiar, a frustração da não melhora e das expectativas criadas, entre outros sofrimentos. Por outro lado, o mesmo estudo aponta a fé, a esperança e a ajuda profissional.

O cuidado que investe no usuário, e conseqüentemente na família, oferece acolhida, apoio, suporte, informações, esclarecimentos dos direitos cidadãos, articulações com serviços, trocas com outros familiares e parceria na tarefa de cuidador do familiar em sofrimento psíquico. A fé e a esperança trazidas pelas famílias, por vezes, ficam guardadas, assim os profissionais procuram destacar as estratégias que deram certo, ou discutem o que deve ser reformulado. Por vezes, por exemplo, propõem acolhimento noturno para o usuário em crise pelo simples fato de perceber que naquele momento o familiar-cuidador precisa de espaço para se reconstituir e retomar, no dia seguinte, o papel de cuidador.

Esta estratégia de parceria com a família representa o fortalecimento da rede de apoio e/ou cuidado. Em dado momento, fortalece o cuidador familiar ou, através de visita domiciliar, fortalece e faz parcerias com vizinhos e/ou comércio local. Houve exemplos, tais como negociar dívida na quitanda com a usuária; demonstrar para a vizinha como utilizar os medicamentos porque esta se prontificou a supervisionar; auxiliar a cuidadora em como buscar medicamentos especiais para DST; acompanhar a usuária e o seu familiar ao exame; acompanhar para adquirir documentos porque a família se sente insegura.

O investir no sujeito e mediar a autonomia se alimentam na expressão de Milton Santos (2013, p. 126): “o destino do homem é a liberdade”. Acredita-se na vocação para ser livre e autônomo como a única forma de melhorar o nível de bem-estar. Como zelo e responsabilidade, o profissional vai construindo possibilidades, mediando a liberdade, oferece escolhas, estimula dar novos passos (sob vigilância próxima, à distância e sem vigilância), provoca ocasiões para novos desejos, os ajuda a buscar desejos e nós guardados na história de cada, empresta suas vontades e os provoca a retomar a vida.

Cuidado se expressou como investir genuinamente nos seres humanos: escuta qualificada, esperar, prontidão para o cuidado, empatia, tempo, cuidado pós-demanda, mediar a autonomia. O cuidado se sustenta no pressuposto que somos humanos. O investimento no outro se ampara no pressuposto que todos são capazes de se autocuidar. E mediar a autonomia se alimenta dos pressupostos que todos são livres e que só a liberdade permite que um ser humano alcance o seu melhor.

As práticas do CAPS iniciam-se com o conhecer (para ter empatia) o sujeito e o contexto social e sua família, posteriormente estabelece relações interpessoais, acontece

os vínculos, as técnicas de cuidado e/ou tratamento (Prontidão para cuidar, cuidado pós-demanda), a construção conjunta de PTS, execução do PTS (implementação das estratégias, reavaliação) e a ampliação dos objetivos (autonomia, intersetorialidade e participação social).

Mas as práticas das enfermeiras são construídas a partir da intuição, afeto, criatividade, ciência e experiência. No momento que acontece a demanda, estas cinco faculdades são acionadas instantaneamente. Indagadas sobre a definição da Clínica de enfermagem psiquiátrica, sintetizaram:

- Para a Enf. 7, a prática de enfermagem se sustenta na abordagem psicossocial, no conceito de clínica ampliada, na subjetividade dos sujeitos cuidados e no saber da enfermagem fortalecida pela interdisciplinaridade.
- A Enf.4 traduz a prática de enfermagem como atender ao singular, ao plural e aos espaços, em uma constante articulação entre os três.
- A Enf. 3 considera a ação da enfermagem dentro da equipe um pilar, que faz uma conexão entre o fazer da equipe. A enfermagem tem a responsabilidade pela continuidade porque faz a “costura” nas diversas estratégias do serviço, nas funções de cada membro da equipe e no acompanhamento dos Projetos Terapêuticos.

Considerando os significados atribuídos, as práticas são duas frentes de ação simultâneas: conhecer/aproximar e mediar. A ação de conhecer se refere ao usuário, o território e as relações estabelecidas nele. A prática de mediar significa: 1) usuário - o autocuidado, a autonomia, a cidadania e os papéis sociais do usuário; 2) território - a desconstrução de ideias preconcebidas, articular/negociar parceiros, mediar redes de apoio, inclusão social etc.

As enfermeiras definem território como “olho do furacão”. Todo trabalho depende de como está o território: “o usuário chega aqui afetado pelo território”. O território “é tudo de bom e tudo de ruim”. “E é onde se vive”. As enfermeiras compreendem o território com o espaço do cuidado de enfermagem psiquiátrica, por ser nele que ocorrem os sofrimentos e os progressos na vida dos usuários.

No cotidiano, as enfermeiras psiquiatras se fortalecem na melhora dos usuários, no apoio e trocas com a equipe do CAPS ou equipe de enfermagem e na ideia de contribuir para o bem-estar do outro. A equipe passa a ser um ente, um “espírito” que fortalece seus membros tanto na tomada de decisão clínica quanto na questão afetiva. Como equipe, fortalecem-se, respeitam-se, apoiam-se e apreendem uns com os outros; representa o humano do serviço. Assim, quando a equipe está em sintonia, empenhada a

desenvolver sua função, embebida pela filosofia de trabalho, afeta os usuários positivamente, mas quando ocorre o oposto, os afeta negativamente.

A graduação e a pós-graduação contribuíram para as práticas das enfermeiras, assim como a experiência prática em equipe, dentro do CAPS. Referem que o treinamento em serviço se dá através do compartilhamento das decisões cotidianas, das discussões de casos, da supervisão clínica, dos estudos de temas relacionados ao trabalho e da participação de fórum ou seminários na rede de saúde. Segundo as enfermeiras, este processo de formação em serviço contribui para que revejam suas práticas e se autoavaliem, no entanto traz uma crítica que a formação está amarrada ao interesse pessoal do profissional.

A tese a ser defendida foi que a construção do constructo território na Clínica de Enfermagem Psiquiátrica, em parceria com as enfermeiras do CAPS III, modificaria a prática da enfermagem sustentada na perspectiva territorial e modificou.

Como no diálogo do 4º Grupo Educativo:

“O J. (usuário) participou na atividade de buscar material no território para a festa junina e precisava subir um barranco. Eu disse sobe, outros disseram - ele não vai subir, eu disse - ele pode subir. Eu nem pensei que estava empoderando.” Enf. 4. GE-4

“Agora você pode fazer (emponderar) com consciência.” Enf. 4 GE-4

“A gente se deu conta do riquíssimo trabalho que é realizado.” Enf. 3

“Eu não penso, eu faço. Sou prática: sou mão, sou braço...” Enf. 4

“Mas você vem sendo afetada por toda essa teoria. E sua prática muda. E quando eu recebo o seu plantão, eu percebo o quanto tem deste ‘afetada’ em você.” Enf. 3. GE-4

As falas demonstram a construção das práticas, em um processo dinâmico de apropriação dos conceitos da clínica de enfermagem psiquiátrica, mas acontecem em um processo individual de formação de cuidadores quando estes entram em contato com o conceito conforme sua subjetividade. Cada cuidador no seu tempo, com suas bagagens profissionais e pessoais, com suas experiências e suas motivações.

A Enfermeira 7 afirma que a experiência de participar da pesquisa foi muito positiva, a fez reavaliar sua prática, contribuiu para compreender melhor o que ela e sua equipe realiza, no entanto o estudo desta temática necessita retornar para a Enfermagem em uma dimensão maior. A Enfermeira 3 fala da importância de valorizar a enfermagem no saber e fazer: “foi possível fazer uma autoavaliação, parar um pouco de olhar para a equipe e olhar para a enfermagem” (GE-4). E ambas falam da urgência da visibilidade da Clínica da Enfermagem Psiquiátrica para outros profissionais e para a sociedade. A discussão e o esforço para conceituar a prática de enfermagem trouxeram à tona a identidade, a clareza da ação do profissional de enfermagem e a valorização.

5.7. MEDIAR A AUTONOMIA

O conceito de autonomia que se aproxima dos dados deste estudo é segundo o pensamento de Paulo Freire: a autonomia constrói na ação e reflexão dialética sobre o mundo. O homem tem a liberdade de construir a si mesmo e ele forma-se como o outro, ou seja, Freire valoriza especialmente os aspectos sociais da autonomia (FREIRE, 1983, 2000).

A autonomia, tema dos estudos de Paulo Freire, tem um sentido sócio-político-pedagógico: autonomia é a condição sócio-histórica de um povo ou pessoa que tenha se libertado, se emancipado, das opressões que restringem ou anulam sua liberdade de determinação. Para Freire, a autonomia está ligada à libertação das estruturas opressoras. “A libertação a que não chegarão pelo acaso, mas pela práxis de sua busca; pelo conhecimento e reconhecimento da necessidade de lutar por ela” (FREIRE, 1983, p.32). Só com a conscientização e a intervenção no mundo acontece a liberdade e autonomia. A liberdade de pensar por si, a capacidade de guiar-se por princípios que concordem com a própria razão e a capacidade de se realizar exige a condição de um homem consciente e ativo.

A conscientização é isto: tomar posse da realidade; por esta razão, e por causa da radicação utópica que a informa, é um afastamento da realidade. A conscientização produz a desmitologização. É evidente e impressionante, mas os opressores jamais poderão provocar a conscientização para a libertação: como desmitologizar, se eu oprimo? Ao contrário, porque sou opressor, tenho a tendência a mistificar a realidade que se dá à captação dos oprimidos, para os quais a captação é feita de maneira mística e não crítica. O trabalho humanizante não poderá ser outro senão o trabalho da desmitificação. (FREIRE, 1979, p.15)

A conscientização, de Freire, representa a parte invisível da autonomia, quando o sujeito percebe a realidade da sua existência, compreende como ele tem estado no mundo e verdadeiramente se reconhece com ser humano responsável pela sua história. Este processo pode sofrer inerências pessoais e sociais, tais como problemas de saúde e opressões sociais.

Freire afirma que:

“O domínio da existência é o domínio do trabalho, da cultura, da história, dos valores - domínio em que os seres humanos experimentam a dialética entre determinação e liberdade.” (FREIRE, 1982, p. 66)

Se aceitarmos a determinação, abdicamos da autonomia. Por outro lado, não somos autossuficientes e estamos conectados a pessoas e instituições que usam da determinação, então a conscientização nos restabelece a condição autônoma. É na experimentação da vida que adquirimos consciência da liberdade e da autonomia, mas para assumir a existência em sua totalidade é necessário que o homem seja autônomo. No entanto, ser autônomo envolve todas as questões da vida em sociedade porque implica em assumir as responsabilidades pelas escolhas. No trabalho das enfermeiras, foram observadas várias mediações da autonomia: lidar com o dinheiro (receber, pagar, verificar o troco, administrar os gastos); lidar o morar (organizar a casa, limpar, não acumular entulhos, manter), estar no serviço (respeitar os colegas, falar, saber esperar, não agredir) etc. Na medida em que os usuários vão tomando consciência de como lidar com sua liberdade, ela vai se expandindo.

Paulo Freire (2000) entende que somos seres inacabados e pela educação nos fazemos livres e autônomos. Considerando os casos de histórico de sofrimento psíquico grave, além da educação formal de que se trata Freire, estes casos demandam mediação da autonomia, investimento no sujeito e auxílio para a conscientização da condição autônoma. A experiência de viver está permeada por forças sociais, mas se essa construção for determinada, não há autonomia. É na incompletude dos seres humanos que centra a atitude de cuidado: investir nos sujeitos sociais por acreditar na reconstrução de si mesmo; e mediar as determinações ou condicionamentos impostos pela carreira psiquiátrica e história de vida.

“A presença no mundo não é a de quem apenas se adapta, mas a de quem nele se insere. É a posição de quem luta para não ser apenas objeto, mas sujeito também da História” (FREIRE, 1982, p.60). Ser autor da própria história é ser autônomo. Freire (2000) fala de “assumir-se” e esta ação envolve assumir a condição sócio-histórica, a condição de ser pensante, comunicante, transformador, criador, sonhador, que ama e sente raiva. Mas isso não significa a autossuficiência e independência, mas ser autêntico e formar vários vínculos de codependência, sem perder a liberdade de gerir a própria vida.

Um exemplo do investimento da autonomia e a consciência da condição sociocultural é a Oficina de Precursão do CAPS Maria do Socorro, coordenada por um oficinairo e músico. Ela acontece todos os sábados, em dois movimentos: quinzenalmente reúnem para treino de percussão e quinzenalmente andam pelo território em busca de materiais a ser utilizados como instrumento de percussão. Esse caminhar pela Rocinha acontece acompanhado pelo oficinairo que conta a história do lugar, de pessoas que se destacaram, dos movimentos culturais, da música naquele

espaço, entre outras histórias que aparecem e estimulam os participantes da Oficina a também contarem suas histórias naquele território.

Quando as enfermeiras dizem temos casos muito graves, falam da questão da história psiquiátrica mas também da história social e familiar problemática dos usuários, assim a clínica se equilibra entre os dois pilares. Melhorando os sintomas do diagnóstico psiquiátrico, investe-se na mediação da autonomia, melhorando a autonomia, avança as questões do tratamento farmacológico e psicoterápico e assim por diante.

Freire aponta que a dialogicidade aparece como exigência epistemológica porque ninguém liberta ninguém, a libertação acontece a partir da autoconfiguração. Mas a consciência se constitui e se desenvolve essencialmente entre comunicantes. O diálogo representa o movimento constitutivo da consciência do mundo. Ao objetivar o mundo, cria história, humaniza e toma consciência do poder de ser autônomo. Desse modo, a ação dialógica feita no mundo possibilita a sua própria construção de homem. No entanto, para Freire (1983, p.46), “A fê nos homens é dado a *priori* do dialogo”.

Freire (2000, p. 80) diz que é contradição um ser consciente não buscar o futuro com esperança, não sonhar com a transformação e não buscar a construção de um mundo onde todos possam realizar-se com autonomia. Assim como, seria uma contradição tratar sem a ação de investir na autonomia dos usuários. Desta forma, a clínica de enfermagem psiquiátrica acontece na ação dialógica: o escutar- emprestar um pouco de si; o esperar-lembrar de quando já realizou; o cuidar-estimular o autocuidar; atender à demanda - dar oportunidade; colocar-se no lugar do outro e ao mesmo tempo oferecer outro lugar; experimentar a autonomia e a liberdade; e assim construir modos de vida.

Ainda concordando com Freire, (2000), a clínica de Enfermagem psiquiátrica, no constructo mediar a autonomia, se sustenta na convicção que a mudança é possível. A prática permeia aumentar a apreensão da realidade, o protagonismo do sujeito ou família e o respeito incondicional à liberdade e autonomia. A construção pedagógica de educar para autonomia de Freire, ou apropriando para cuidar para autonomia, exige rigorosidade metódica; pesquisa; respeito ao saber do outro; criticidade; estética e ética; corporificação da palavra pelo exemplo, risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação; reflexão crítica da prática, reconhecimento e identidade cultural. Os resultados descritos anteriormente nas práticas das enfermeiras apontam os passos:

- Rigoriedade metódica – acolhem, escutam, realizam visita domiciliar, acompanham, discutem.
- Pesquisa – participaram desta pesquisa, participam de fórum, fazer estudos de temas da prática no CAPS.
- Respeito ao saber do outro – buscam compreender o usuário, como vive, de que condição ele está falando,
- Criticidade – autocrítica, crítica do trabalho em equipe, avaliação do PTS, mantém a postura de estar sempre interrogando.
- Corporificação da palavra pelo exemplo – por exemplo, quando faz atendimento em família, escuta primeiro o usuário para demonstrar o protagonismo dele.
- Risco – sustentam-se na “intuição”, que pode dar certo ou não. Mas é o que se tem no momento.
- Aceitação do novo – a cada dia o trabalho é reinventado. “Não sei no que vai dar, mas é preciso experimentar”.
- Reflexão crítica da prática – discussão em equipe e miniequipe, discussão do caso como com o colega mais próximo.
- Reconhecimento e identidade cultural – não são da Rocinha, mas conhecem, circulam e utilizam o aparato no trabalho porque entendem que é essencial para os sujeitos sociais.

A clínica investe na autonomia do sujeito, uma vez que acredita que ele só será livre na sua subjetividade. Essa liberdade será proporcional a suas escolhas mais íntimas, que inclui consciência de quem é.

CONCLUSÃO

A proposta de desenvolver em parceria com as enfermeiras conceitos da prática da Enfermagem Psiquiátrica no território, em um CAPS III, apontou para um processo de conhecer o sujeito social e o contexto onde ele vive, investir no sujeito considerando suas potencialidades para atuar no território e utilizar as ferramentas recomendadas pela abordagem psicossocial.

A problemática em que desencadeou este estudo foi a lacuna das práticas territoriais na clínica de enfermagem psiquiátrica. Os dados resultantes desta indagação (entrevistas, grupos educativos e observação) listaram as práticas realizadas cotidianamente pelas enfermeiras e provocaram uma reflexão profunda acerca das mesmas. A indagação sobre como passaram a desenvolver estas práticas, a princípio, falaram da ausência de suporte na formação da graduação em enfermagem. Em seguida, apontaram que buscaram em diversas fontes (incluindo o saber da enfermagem) para um cuidado de enfermagem psiquiátrica.

Por que a clínica de enfermagem psiquiátrica continua invisível? Seria porque está fora do paradigma dominante tratar/curar? Por que as enfermeiras realizam um trabalho fantástico, com pouca consciência de que isto é a enfermagem psiquiátrica? Apenas foi possível responder que a clínica de enfermagem psiquiátrica no território envolve os constructos: escuta qualificada, empatia, intuição, prontidão para cuidar, esperar, tempo, cuidado pós-demanda e mediar a autonomia.

Os constructos da clínica, baseados no Referencial Teórico Intuir Empático, foram descritos por Oliveira (2005), e o constructo mediar autonomia foi apontado pelos dados. Constatou-se que a prática das enfermeiras foi facilmente descrita, mas as construções teóricas frequentemente aparecem pouco claras nas falas. Ou seja, as enfermeiras falam da necessidade de discutir sobre a sustentação teórica da clínica de enfermagem psiquiátrica.

O Referencial Metodológico, Pesquisa Convergente-Assistencial, representa a alma desta pesquisa porque viabilizou a discussão da clínica de enfermagem psiquiátrica ao mesmo tempo em que permitiu que os envolvidos trouxessem seus saberes e anseios para a construção desta clínica. A dinâmica de conceituar e relacionar

teoria e prática provocou autoavaliação, autocrítica, desejo de apreender, resultando em uma experiência única para os sujeitos do estudo.

O levantamento da literatura sobre o tema mostrou que a enfermagem psiquiátrica caminha paralelamente com os avanços do movimento da Reforma Psiquiátrica, mas principalmente tem se reinventado no paradigma do cuidar. Isso significa que os avanços estão para além das práticas construídas segundo a abordagem psicossocial, visto que inclui o investimento no ser humano, de maneira afetiva e efetiva. O primeiro levantamento bibliográfico (estudo de dissertação e teses sobre enfermagem psiquiátrica) mostra que as ferramentas de cuidado institucional foram reinventadas nos serviços territoriais e está em franca construção, dentro dos preceitos de cuidados.

O segundo levantamento (revisão integrativa sobre ação no território) aponta que a saúde mental no território é responsabilidade das equipes de atenção básica e pelas equipes especializadas de saúde mental para atender à promoção de saúde e atenção aos cidadãos em sofrimento psíquico intenso. Este processo acontece através do apoio matricial, mas principalmente pela decisão dos profissionais em promover saúde no território. Para tal, as práticas devem acontecer de dentro para fora dos serviços, ou seja, no território onde os usuários vivem. O *modus operandi* desta proposta é a relação, assim pode-se dizer que o profissional ocupa-se permanentemente da negociação com pessoas ou recursos do território, incluindo outros serviços de saúde, cultura e assistência social.

Para melhor compreensão dos resultados, foi necessário descrever o contexto social da Rocinha, campo do estudo, um exercício de desvendar as falas dos sujeitos do estudo sobre o sofrimento psíquico dos cidadãos que moram lá. E assim, alavancou outras questões da contemporaneidade dos territórios das periferias das cidades, necessárias para qualquer proposta de intervenção em saúde. Enfim, o terceiro elemento da clínica, o território, ao mesmo tempo, “causa” sofrimento e contém os recursos para minimizar o sofrimento.

A clínica foi descrita em quatro categorias: “Por um Cuidado Ampliado de Enfermagem Psiquiátrica”; “Investimento no Sujeito Social”; “Cuidado afetivo”; e “Olhar Ampliado”. O investimento no sujeito social é notório nos dados. O Intuir Empático apontou investimento no sujeito (escuta qualificada, cuidado pós-demanda, empática e esperar). Da mesma forma que a Política de Saúde Mental direcionou a assistência hospitalocêntrica para a psicossocial, a enfermagem psiquiátrica transformou-se incluindo a perspectiva psicossocial na sua clínica. O cuidado Ampliado

representa as práticas descritas pelas enfermeiras dentro e fora do CAPS. Essas práticas contêm os pressupostos do cuidado, da abordagem psicossocial e a Política de Saúde Mental do Brasil.

Um ponto nevrálgico foi a palavra afeto, inicialmente as enfermeiras se interrogavam se era um termo apropriado para a clínica de enfermagem psiquiátrica, mas assumiam que se envolviam emocionalmente com os casos “como se fosse da família”. E, ainda, que as relações terapêuticas são a base do trabalho. No grupo subsequente, assumiram que as relações (acolhimento, vínculo, convivência, a proximidade com o usuário) afetam os usuários positivamente, e o trabalho acontece no afetar e ser afetado. As enfermeiras incluem o território com “ente” que afeta positivamente e negativamente os usuários, por isso, é nele que se sustenta a clínica de enfermagem psiquiátrica no CAPS.

Revisitando Cristina Loyola, o cuidado é o oposto da indiferença. E os dados sugerem que o importar-se com o outro transcende em práticas e construções de possibilidades de cuidado. Este mover possibilita abrir para os recursos teóricos a busca de recursos no território e principalmente a prontidão para o cuidado. No processo pesquisar-discutir, quanto ao cuidar, ocorreram mudanças subjetivas na prática das enfermeiras, sujeitos do estudo, tais como:

- 1) articulam práticas que realizam com os constructos teóricos construídos em grupo;
- 2) expressam admiração pela dimensão, complexidade e profundidade do trabalho realizado pelo grupo;
- 3) afirmam que não tinham consciência da tamanha responsabilidade pelo cuidado, incluindo a responsabilidade pela continuidade do trabalho realizado por toda equipe;
- 4) expressam que é preciso olhar para enfermagem e tomar posse do trabalho real e pressupostos teóricos que o sustenta;
- 5) afirmam que a participação na pesquisa permitiu que fizessem uma autoavaliação do trabalho;
- 6) apontaram que os GE foram uma experiência importante e pessoal, mas uma construção desta natureza necessita acrescentar na Enfermagem, em uma dimensão ampla;
- 7) percebem que o fazer dentro do CAPS contém os princípios da articulação do usuário com seu território;
- 8) dizem “eu gosto de estar lá fora”;
- 9) rematam como “somos afetadas”, entre outras.

A transição paradigmática (abordagem hospitalocêntrica para psicossocial) e deslocamento do cuidado para a comunidade (lugar de conforto dos usuários) acontece com tensões e conflitos. Mesmo assim, as enfermeiras assumem que a clínica é esta: cuidado de dentro para fora do CAPS. Por exemplo, o cuidado do corpo (higiene, vestimentas etc.) realizado pela enfermeira tem objetivos diferentes do cuidado hospitalocêntrico: o corpo é do usuário; o corpo é social e traz sinais do que vivencia; o corpo reflete os processos psíquicos; o autocuidado representa degraus da autonomia; a relação com o próprio corpo possivelmente modifica outras relações estabelecidas; e assim deflagra-se o processo de cuidar. Dessa forma, a prática de cuidar do corpo do usuário passa a conter objetivos que envolvem autonomia, autoestima, autocrítica, apreensão da realidade, consciência cidadã e relação do usuário com a comunidade etc.

Todo processo metodológico da clínica se torna complexo porque é entrelaçado por muitas questões em uma única ação. É complexo porque requer reflexão, investimento, continuidade, negociação e, principalmente, é uma intervenção psicoterapêutica da enfermagem psiquiátrica. A principal bagagem teórica de uma ação de cuidado está com o usuário e a construção psicoterapêutica também depende dele. O diferencial da clínica de enfermagem psiquiátrica é que acontece em diversos espaços e momentos e poucas vezes em um atendimento de consultório.

No CAPS Maria do Socorro existe um espaço chamado Sala de Cuidados e nele acontece a administração de medicação, pequenos procedimentos e a organização e manejo do trabalho da equipe de enfermagem. O espaço passa a ser de escuta, de acessibilidade, de privacidade, de observação e acolhimento. Nesse espaço, na convivência e através dos usuários que acompanham, a enfermagem manifesta a prontidão para cuidar e a escuta qualificada. Estes são momentos ímpares para planejar e intervir no aumento da autonomia, por exemplo.

A clínica traz ainda o arcabouço da abordagem psicossocial, aqui chamado de “Olhar Ampliado”, que abarca atender às necessidades da vida do usuário, reconhecê-lo como sujeito social e singular, e adotar a interdisciplinaridade e a intersetorialidade para atender ao princípio da integralidade do cuidado.

O quinto capítulo foi construído na busca de contextualizar a construção da clínica de enfermagem psiquiátrica a partir dos dados apontados nas categorias. Ele constituiu a Clínica de Enfermagem Psiquiátrica na Rocinha a partir das demandas psicossociais dos usuários, as ações das enfermeiras e o território. Para tal, discute-se quem é esse usuário, como esse profissional organiza o trabalho e como ambos são afetados pelo território Rocinha.

O eixo central do trabalho é a dualidade autonomia e liberdade. As enfermeiras investem para que os usuários alcancem o seu melhor nível de saúde e através da mediação (tratamento farmacológico, relação terapêutica, relações com o território, redes de apoio etc.) investem na autonomia e liberdade dos usuários.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Trad. Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes. 2007.
- ABUHAB, D.; MESSENERG C.B.; FONSECA, R.M.G.S; ARANHA E SILVA A.L.; SANTOS, A.B.A.P. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Rev Gaucha Enferm.** v. 26, n. 3, p. 369-380, 2005. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4567>
- AGUIAR, M.G.G. **A reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da casa de saúde Anchieta e núcleos de atenção psicossocial** (Dissertação). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995.
- ALLIGOOD, M.R. e MARRINER Tomey, A. **Nursing Theory: Utilization and application**. 2ªed. St. Louis: Mosby, 2002.
- ALMEIDA, D.T.; TREVISAN, É. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em saúde mental no Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 15, n. 36, p. 299-308, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop3110.pdf>.
- ALVES, C.C.F.; SILVEIRA, R.P. Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no Acre: o contexto do território na desinstitucionalização. **Rev APS**, v. 14, n. 4, p. 454-463, 2011. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/1298/557>
- ALVES, M.A.S. O lúdico na interação aluno-paciente no cotidiano da enfermagem psiquiátrica (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 1999.
- AMARANTE, A. L.; LEPRE, A. S.; GOMES, J. L. D.; PEREIRA, A. V. E DUTRA, V. F. D. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 85-93, 2011
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANTONACCI, M.H.; PINHO, L.B. Saúde mental na atenção básica: uma abordagem convergente assistencial. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v. 32, n. 1, p. 136-142, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a18v32n1.pdf>
- ARANGO ALV. Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. **Hacia promoc. Salud**,; n.12, p. 63-782007.
- ASSUI, S. A produção do cuidado no território: “há tanta vida lá fora”. In: Ministério da Saúde (BR). **VI Conferência Nacional de Saúde Mental** [online]. Brasília (DF): MS; 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cuidadosilvioyasui.pdf>
- FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 8ª ed.. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BORGONO, K.D.S. **Vivenciando o cuidado transdimensional com trabalhadoras de enfermagem psiquiátrica** (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

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

BRASIL. **Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília 1 a 4 de dezembro de 1992. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e políticas de Saúde Mental no Brasil**: Conferência Regional de reforma dos Serviços de Saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. (Dulce Helena Chiaverini –Organizadora). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Atenção Básica: Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Sistema Único de Saúde** (PNEPS – SUS). Brasília: 2012.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Acesso em 15 outubro 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, C.J.G. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. Rev. Bras. Enferm., v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>

CAMPOS, G.W.S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, 1999, vol.4, no.2, p.393-403. ISSN 1413-8123

CAPOCCI, P.O. **A trajetória de um espaço institucional, o Núcleo de Convívio: limites e possibilidades** (Dissertação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2002.

CARDOSO, T.V.M. **O discurso de Peplau e o discurso atual: uma compreensão sobre o cuidado de enfermagem e o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira** (Dissertação). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004

CARNEIRO, A. C.; OLIVEIRA, A. C. M.; SANTOS, M. M. S.; ALVES M. S.; CASAIS, N. A.; SANTOS, A. Educação popular em Saúde Mental: relato de uma experiência. **Saude soc.** [serial on the Internet]. 2010 [cited 2015 Feb 17], v. 19, n. 2, p. 462-474. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000200021>.

CARVALHO, V. **Sobre Enfermagem: Ensino e Perfil Profissional**. Rio de Janeiro: Central de Eventos, 2006.

CASTELO-BRANCO, A.L. **Encontro interativo: assistência de enfermagem psiquiátrica privilegiando a relação social** (Tese). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

CASTRO, R.C.B.R. **Programa sobre comunicação não-verbal para a equipe de enfermagem baseado nos preceitos da reforma psiquiátrica** (Tese). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, 2003.

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

CAVALCANTI; P. C. S. **O cuidado da enfermeira psiquiatra nos Centros de Atenção Psicossocial: da institucionalização à reabilitação**. (Dissertação) Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2010.

COLLIÈRE, M-F. **Promover a vida**. 2. Ed. Portugal: Lidel, 2001.

COLLIÈRE MF. **Cuidar... A primeira arte da vida**. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2003.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica Contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: UNESP, 2013.

COVRE, M.L. C. **O que cidadania?**. Série Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2002.

DALMOLIN, B.M. **Reforma psiquiátrica: um processo em construção na prática dos enfermeiros do Rio Grande do Sul**. (Tese) Escola de Saúde Pública Universidade de São Paulo, 1998.

DAMÁSIO, V.F. **O cuidado na desinstitucionalização sob o olhar de ex-internas e seus familiares** (Dissertação). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

DELFINI, P.S.S.; SATO, M.T.; ANTONELI, P.P.; GUIMARÃES, P.O.S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 14, n. supl.1, p. 1483-1492, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a21v14s1.pdf>

DELGADO, P. G. Atendimento Psicossocial na Metrópole: algumas questões iniciais. **Cadernos IPUB (UFRJ)**, N. 14, p. 113-121; (1999).

DELGADO, P. G. Apresentação. In: Vasconcelos, E. M. **Cartilha [de] ajuda e suporte mútuos em saúde mental: para participantes de grupos** Rio de Janeiro/Brasília: Escola do Serviço Social da UFRJ/ Ministério da Saúde e Fundo Nacional de Saúde, 2013

DUTRA, V.F.D. Abordagem ao cuidado em saúde mental: revisão sistemática da literatura. **R. pesq.: cuid. fundam. [online]**. V.3 n.11, p.1528-41, 2011. Disponível em: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/64834_7339.PDF.

DUTRA, V.F.D. e ROCHA, R.M. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: Subsídios para o cuidado integral. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):386-91.

DUTRA, V.F.D. **Prática Clínica no Território**. Aula ministrada Concurso Público para Seleção de Professor Assistente da EEAN/UFRJ, 2010.

ESTADÃO. **Invasão da Rocinha terá 2000 homens e aparato bélico**. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,invacao-da-rocinha-tera-2-mil-homens-aparato-belico-e-horario-marcado-5h,797649,0.htm>. Acesso em: 30 de junho de 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.

FIORATI, R.C. **Acompanhamento terapêutico: uma estratégia terapêutica em uma unidade de internação psiquiátrica** (Dissertação). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. [Organização e tradução de Robert Machado]. 26ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2008.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**; [tradução de Kátia de Mello e Silva]. São Paulo: Cortez/Moraes, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 15ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FREIRE, Paulo. **Ação cultural para a liberdade**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

GALVÃO CM, SAWADA NO, MENDES IAC. In search of the best evidence. **Rev Esc Enferm USP**, v. 37, n. 4, p. 43-50, 2003. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>

GRANDI, A.L. e WAI DMAN, M.A.P. Convivencia e rotina da família atendida em CAPS. **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 4, p. 763-72. 2011.

GEORGE, J. B. **Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice** . 5. ed. New Jersey : Prentice Hall, 2002

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDBERG, J. **A Clínica da Psicose: um projeto da rede pública**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: TeCorá/IFB, 1994.

GOFFMAN, I. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad.: Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes Rio de Janeiro: LTC, 1975.

INFOESCOLA. **A Rocinha**. Disponível em: <http://www.infoescola.com/rio-de-janeiro/favela-da-rocinha/>. Acesso em: 30 de junho de 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010: Aglomerados subnormais** - Primeiros resultados demogr., Rio de Janeiro, p.1-259, 2010.

JOIA, E.C. **Consulta de enfermagem: uma proposta para atendimento em ambulatório psiquiátrico** (Dissertação). Enfermagem de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2000.

KANTORSKI, L.P.; HYPOLITO, A.M.; WILLRICH, J.Q.; MEIRELLES, M.C.P. A atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial a luz do modo psicossocial. **REME - Rev. Min. Enferm.** v.14, n.3, p. 399-407, 2010. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4d3079563e899.pdf

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

KIRSCHBAUM, D.I.R. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 17, n.3, p. 368-373 2009

LACERDA, A. VALLA, V. V. **As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento**. IN.: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 2004.

LAVALL, E. **Família e o cuidado de saúde mental no domicílio: estudo avaliativo**. (dissertação) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

LEMKE, R.A.; SILVA, R.A.N. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis [online]**, v. 21, n. 3, p. 979-1004, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/12.pdf>

LIMA JÚNIOR, J.M.; MELO, S.C.F.; BRAGA, L.A.V.; DIAS, M.D. Saúde mental e saúde da família: implicações, limites e possibilidades. **Cad. Saúde Colet.**, v.18, n. 2, p. 229-33, 2010. Disponível em:
http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_2/artigos/CSCv18n2_229-233.pdf

LOYOLA, C. M. D. e ROCHA, R. M. Apresentação. In: Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. **Cadernos do IPUB n. 19**, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, 2000.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. de O. Projetos Terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 20, n. 2, p. 85-91, 2009.

MARTINES, W.R.V. E MACHADO, A.L. Produção de cuidado e subjetividade. **Rev Bras Enferm.** v. 63, n. 2, p. 328-33, 2010.

MATEUS, M. D. Princípios dos cuidados de saúde mental na comunidade. In: MATEUS, M. D. (org.) **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental , do CAPS Luiz R. Cerqueira**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 108-123.

MATEUS, M. D. Abordagem Psicossocial. In: MATEUS, M. D.(org.) **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental , do CAPS Luiz R. Cerqueira** . São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. p. 290-305

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MENEZES, M.; YASUI, S. O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. [citado 2012 Out 01]; v.14, n. 1, p. 217-226, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a27v14n1.pdf>.

MIELKE, F.B. **Ações de saúde mental na estratégia saúde da família: um estudo avaliativo** (Dissertação). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

MIELKE, F.B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc. Anna Nery [online]**, v. 15, n. 4, p. 762-768, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a15v15n4.pdf>

MIELKE, F.B.; OLSCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 6, p. 900-907, 2010. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/05.pdf>

MINAYO, M.C.S. (org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17ª ed. Petrópolis, Vozes, 2000.

MISKULIN, K.P.C. **Avaliação de um Programa de Atendimento Domiciliar em Saúde Mental** (Dissertação). Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1998.

MONTEIRO, R. A. P.; CASTRO, L. R. A concepção de cidadania como conjunto de direitos e sua implicação para a cidadania de crianças e jovens. **Revista Psicologia Política**; v. 8, n.16, p. 271-284; 2008. Recuperado em 14 de fevereiro de 2015, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2008000200006&lng=pt&tlng=pt.

MORIN, E.; LE MOIGNE, J.L. **A Inteligência da Complexidade**. São Paulo: Petrópolis, 2000.

MUNARI, D.B.; MELO, T.S.; PAGOTTO, V.; ROCHA, B.S.; SOARES, C.B.; MEDEIROS, M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.[Internet]**, v. 10, n. 3, p. 784-952, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a24.htm>

NICÁCIO, M.F.S. **Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental**. (Tese). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; OTTONI, V.; MORAES NETO, V.; SANTANA, M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 24, n. 1, p. 188-196, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/18.pdf>.

OGLOBO. **Lula diz que na Rocinha que bandidos também se escondem em prédios de Copacabana**. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/politica/lula-diz-na-rocinha-que-bandidos-tambem-se-escondem-em-predios-chiques-de-copacabana-3043419>. Acesso em: 30 de Junho de 2013.

OLIVEIRA, F.M. **Território da vida - um recurso para a transformação das relações entre sociedade e loucura**. (Dissertação) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2004.

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

OLIVEIRA, R.M.P. **Por uma clínica de enfermagem psiquiátrica: o intuir empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra** (Tese). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, R.M.P.; LOYOLA, C.M.D. Visita Domiciliar em Saúde Mental: Como Cuidado de Enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10, n. 4, p. 645 – 5, 2006.

OLIVEIRA, R.M.P. Aula expositiva. Programa Pós-Graduação da EEAN/UFRJ em 04/Agosto/ 2014.

OMS. **Livro de recursos da OMS sobre saúde Mental, direitos humanos e legislação**. (Tradução Willians Valentim, Título original: WHO resource book on mental health, human rights and legislation). Genebra:OMS, 2005.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra (Suíça): OMS; 2001. Disponível em: www.opas.org.br/

PERES, M.A.A. **A ordem no hospício: primórdios da enfermagem psiquiátrica no Brasil (1852-1890)** [tese]. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

PINHO, L.B. **Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica** (Tese). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2009.

PITTA A. **Tecendo uma teia de cuidado de saúde mental.** In: VENANCIO, A.T.e CAVALCANTI, M.T. (Org.). **Saúde Mental: campos, saberes e discursos.** Rio de Janeiro: IPUB-CUCA, 2001.

RAMOS, P.F.; MASSIH, P.D.A. Construção de um projeto de cuidado em saúde mental na atenção básica. **Psicol. ciênc. prof** v. 30, n. 1, p. 212-223, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n1/v30n1a16.pdf>

REINALDO, A.M.S. **Gerenciamento de casos como estratégia de trabalho para a enfermagem psiquiátrica comunitária** (Tese). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

REIS, J.C. **Política de atenção ao indivíduo em sofrimento mental em um município do oeste do Paraná.** (Dissertação) Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

RIO DE JANEIRO. **Diário Oficial Estado Rio de Janeiro. N.º. 005, de 07 Jan 201.**

ROTELLI F, LEONARDIS O, MAURI D. **Desinstitucionalização.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SANTOS, M. **Espaço e sociedade.** Petrópolis: Vozes, 1979.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal.** 19ª Ed. Rio de Janeiro: Redord, 2010.

SANTOS, M. **O espaço da cidadania e outras reflexões.** Série: O Pensamento Político Brasileiro. 2ª ed. Brasília: Fundação Ulisses Guimaraes, 2013.

SANTOS, M.R.P.; NUNES, M.O. Território e saúde mental: um estudo sobre a experiência de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil. **Interface Botucatu [online]**, v.15, n. 38, p. 715-726, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop3511.pdf>

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Instituto Franco Basaglia/Te Cora; 1999.

SARACENO. B. **Cidadania como forma de tolerância.** Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, 22 (2): p. 93-101, maio/ago. 2011.

SCHNEIDER, J.F.; SOUZA, J.P.; NASI, C.; CAMATTA, M.W.; MACHINESKI, G.G. **Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade.** Rev Gaúcha Enferm., v. 30, n.3, p.397-405, set., 2009.

SENA, J.M.F. **Produção do Cuidado no Centro de Atenção Psicossocial de Fortaleza-CE: limites e desafios na construção da autonomia do usuário** (Dissertação). Escola de enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2010.

SILVA, M.B.B. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 14, n. 1, p. 149-158, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a20v14n1.pdf>

SILVA, A.V. **Acolher escutar e trabalhar em equipe: as representações sociais do cuidar do enfermeiro na recepção integrada em saúde mental** (Dissertação). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2003.

SILVA, C.B.; SANTOS, J.E.; SOUZA, R.C. Estratégia de apoio em saúde mental aos agentes comunitários de saúde de Salvador-BA. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n.1, p. 153-160, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/15.pdf> [citado 2012 Out 05];

SCHARANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 127-134, 2008.

SOARES, J. M. A. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental.** (Dissertação). Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, 1997. 117 p.

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

TAVARES, C.M.M. **A imaginação criadora como perspectiva do cuidar na enfermagem psiquiátrica** (Tese). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

THORNICROFT, G. e TANSELLA, M. Boas Práticas em Saúde Mental Comunitária. (tradução Melissa Tiekko Muramoto) Baueri: Manole; 2010.

TONELLI, A.L.N.F. **O cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar ao portador de transtorno mental e sua família: uma contribuição para a reinserção social** (Dissertação). Enfermagem de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2004.

TRAVELBEE, J. **Intervencion em enfermeria psiquiatrica.** 1.ed. Trad. Jose F Infante e Nohemy B Infante. Colômbia: OPAS; 1979.

TRENTINI, M. PAIM, L. **Pesquisa convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2ªed. Florianópolis: Insular, 2004.

WHO/WONCA. Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global.** Lisboa: Ministério da Saúde de Portugal, 2008

ZERBETTO, S.E.; EFIGÊNIO E.B.; SANTOS, N.L.N.; MARTINS, S.C. **O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem.** Rev. Eletr. Enf. [Internet], v.13 n. 1, p.99-109, 2001. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a11.htm>.

Anexos

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA
NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL MARIA DO SOCORRO**

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2013.

A Coordenadora do CAPS Maria do Socorro
Sra. Maria Antunes Tavares

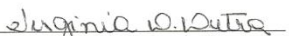
E u, Virginia Faria Damásio Dutra, responsável principal pelo projeto de Doutorado, ligado ao Programa de Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, venho pelo presente, solicitar a realização de pesquisa nesta instituição, sendo o trabalho de pesquisa sob o título intitulado "A Enfermagem Psiquiátrica no território: Uma prática em construção", com o objetivo: 1) Desenvolver, em parceria com as enfermeiras, um processo de construção de uma clínica de Enfermagem Psiquiátrica inovadora na perspectiva da lógica do território para sustentar o cuidado no CAPS III do município do Rio de Janeiro; e 2) Avaliar de modo subjetivo as mudanças na concepção dos sujeitos da pesquisa referente ao cuidado psiquiátrico na perspectiva territorial. Orientado pela Professora Doutora Rosane Mara Pontes de Oliveira.

Contato do pesquisador principal – Virginia Faria Damasio Dutra - Telefone 8424-7202 e 22930528, Email: virginia.damasio@gmail.com e orientador – Rosane Oliveira – telefone 78314432, E-mail: Romapope@gmail.com.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações da Instituição.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,


Virginia Faria Damasio Dutra
Escola Enfermagem Anna Nery/ UFRJ

Autorizo a pesquisa ()

Autorizo a pesquisa sem a Divulgação do Nome da instituição ()

Não autorizo a pesquisa ()


Assinatura e Carimbo da Instituição

Paula Urzúa Taleikis
Diretora
CAPS III Maria do Socorro

Você está sendo convidado a para participar da pesquisa **intitulada**: A Enfermagem Psiquiátrica no território: Uma prática em construção, pesquisa ligada ao Programa de Doutorado da EEAN/UFRJ, que tem como **objetivos**: 1) Desenvolver, em parceria com as enfermeiras, um processo de construção de uma clínica de Enfermagem Psiquiátrica inovadora na perspectiva da lógica do território para sustentar o cuidado no CAPS III, do município do Rio de Janeiro; e 2) Avaliar de modo subjetivo as mudanças na concepção dos sujeitos da pesquisa referente ao cuidado psiquiátrico na perspectiva territorial. Esta é uma Pesquisa Convergente-Assistencial e terá duração de dois anos, com o término previsto para Dezembro de 2014.

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 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 nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista e produção grupal que depois de gravados será guardado por cinco (05) anos e destruída.

Você **não** terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Haverá uma construção teórica das práticas territoriais da enfermagem atuante na perspectiva psicossocial a partir das reflexão-ação. Não envolve experimentação ou usuários do serviço. **O benefício da sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem Psiquiátrica**. Toda pesquisa realizada com seres humanos confere riscos aos mesmos em graus variados. Esta **pesquisa não oferece riscos às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano**, em qualquer fase da mesma ou dela decorrente. Contudo, poderá ocasionar incômodo ao enfermeiro durante o seu horário de trabalho, o que será gerenciado pela pesquisadora da melhor forma possível, conciliando para que a entrevista seja realizada em seu horário de preferência, sem que haja prejuízo à prática, além da sua participação ser voluntária. **O benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem psiquiátrica.

Profª. Virginia Faria Damásio Dutra (Doutoranda)

Esc. de Enfermagem Anna Nery/UFRJ - Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova, Rio de Janeiro – RJ, Tel.: (21) 2293-8999 / 2293-8098 R.222 / Cel.: 8424-7202 e-mail: Virginia.damasio@gmail.com

Drª. Rosane Mara Pontes de Oliveira (Orientadora)

Tel.: (21) 2293-8999 / 2293-8098 R.222, Cel.:78314432, e-mail: romapope@gmail.com

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo,

_____ concordo em participar do estudo intitulado **A Enfermagem Psiquiátrica no território: Uma prática em construção**.

Data: _____

Assinatura: _____


Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 86A/2013

Rio de Janeiro, 06 de maio de 2013.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

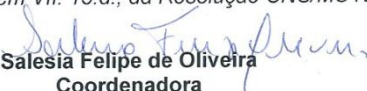
<p>Coordenadora: Salesia Felipe de Oliveira</p> <p>Vice-Coordenadores: Pedro Paulo Magalhães Chrispim</p> <p>Membros: Carla Moura Cazelli Carlos Alberto Pereira de Oliveira Fátima Meirelles Pereira Gomes José M. Salame Livia Beiral Forni Maria Alice Gunzburguer Costa Lima Martine Gerbauld Nara da Rocha Saraiva Sônia Ruth V. de Miranda Chaves Vitoria Regia Osorio Vellozo</p> <p>Secretária Executiva Brígida Araújo de Carvalho Silva Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 23/13.</p> <p>TÍTULO: Enfermagem psiquiátrica no território: uma prática em construção.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Virginia Faria Damásio Dutra.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: CAPS Maria do Socorro.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 03/05/2013.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).


Salesia Felipe de Oliveira
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590
 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761