

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

BRUNA LOPES DOS SANTOS PINTO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MÉDICO – CIRURGICA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ENFERMAGEM HOSPITALAR

**A CLÍNICA DA ENFERMAGEM NO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III: uma clínica cuidadosa.**

Rio de Janeiro

2015

BRUNA LOPES DOS SANTOS PINTO

**A Clínica da Enfermagem no
Centro de Atenção Psicossocial III: uma clínica cuidadosa.**

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

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

Rio de Janeiro

2015

BRUNA LOPES DOS SANTOS PINTO

**A Clínica da Enfermagem no
Centro de Atenção Psicossocial III: uma clínica cuidadosa**

Dissertação de Mestrado submetida ao Corpo Docente da Escola de Enfermagem Anna Nery / Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Aprovado por:

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

Prof. Dr. Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos
1^a Examinador

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

Suplentes:

Prof. Dr^a. Lílian Hortale de Oliveira Moreira

Prof. Dr^a. Fátima Helena do Espírito Santo

Rio de Janeiro
2015.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos queridos usuários do CAPS III João Ferreira que me conduzem ao desejo de cuidar com qualidade, integralidade e igualdade; e aos demais usuários que sofrem de transtorno mental, que provocam em mim o desejo pela militância da inclusão social e da dignidade de vida para todos.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado esta oportunidade de crescimento profissional, por me amparar nos momentos difíceis, por mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

Aos meus Pais, Janete e Antônio, agradeço pelo amor incondicional, apoio e coragem que sempre me transmitiram.

À minha família, a qual amo muito, pelo carinho, amor, paciência e incentivo.

Ao meu esposo, Bruno Felix, pelo companheirismo e amizade, sempre me fortalecendo e incentivando a esta conquista.

Ao meu precioso filho Breno que me trouxe serenidade, força e determinação necessárias para conclusão dessa obra.

À minha orientadora, Prof.^a Dr^a Rosane Mara, pelo carinho, por mais esta contribuição para meu crescimento profissional, por toda disponibilidade para compartilhar o conhecimento, pela orientação prestada, pelo apoio incondicional e compreensão que sempre manifestou.¹

Aos Professores que compuseram minha banca de avaliação: Dr^a Lilian Hortale, Dr. Mauro Leonardo, Dr^a Maria Angelica Peres e Dr^a Fátima Helena, pelos ensinamentos prestados e disponibilidade.

A equipe do programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery pelos esclarecimentos e atenção sempre que necessários.

À equipe de enfermagem do CAPS III João Ferreira que sempre estiveram disponíveis as contribuições necessárias para este estudo, pela sensibilidade e palavras significativas para existência dessa pesquisa.

A toda a equipe do CAPS III João Ferreira que sempre esteve disponível para troca de pensamentos para contribuição dessa pesquisa e usuários do CAPS III João Ferreira que nos provoca a luta incessante pela reabilitação psicossocial.

EPÍGRAFE



Fonte: <http://redcapsdoriodejaneiro.blogspot.com.br/> - 2014

“A loucura diz respeito à própria cultura humana”. É dela constitutiva e dela cuidar é a grande loucura da idade moderna.

“Todos nós, profissionais da saúde mental, cuidadores, familiares e os próprios pacientes, amamos além do nosso bom senso.”

(Prof. João Ferreira da Silva Filho, 2008).

PINTO, Bruna Lopes dos Santos. **A Clínica de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial III: uma clínica cuidadosa**. Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

RESUMO

O estudo qualitativo utiliza o método da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). Foi observada a necessidade da consolidação de uma clínica pautada nos preceitos da reforma psiquiátrica, valorizando o cuidado no território, construção do vínculo, resgate da singularidade, trocas sociais, cidadania e reinserção social. No CAPS III o enfermeiro é responsável por inúmeras atividades, o que dificulta a reabilitação psicossocial e aplica o cuidado hospitalocêntrico, por vezes. Objeto do estudo: o cuidado do enfermeiro no CAPS III. Objetivos: Descrever as ações de cuidado do enfermeiro em um CAPS III e analisar o cuidado do enfermeiro à luz do referencial teórico do Intuir Empático como estratégia de cuidado da enfermeira psiquiátrica. A pesquisa foi realizada com enfermeiros do CAPS III no RJ. O projeto foi aprovado pelo CEP correspondente. Na análise dos dados formaram-se três categorias: A Clínica de Enfermagem Psiquiátrica no CAPS III: Uma clínica cuidadosa; O Compartilhamento do Cuidado através da estratégia da Interdisciplinaridade: O cuidado que provoca mudanças; e A Valorização da Clínica Psiquiátrica no Ensino de Graduação: Formando enfermeiros capacitados para o cuidado em saúde mental. Atualmente, o grande desafio para a enfermagem é a conquista de espaços recriados frente à Reforma Psiquiátrica Brasileira com os novos construtos do cuidado em enfermagem. O Enfermeiro com a ocupação de novos espaços e práticas no cuidado do usuário com transtorno mental, vem agregando habilidades próprias para a assistência de enfermagem na saúde mental, sendo desafiador o trabalho interdisciplinar nos cenários de cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Enfermagem psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial. Cuidado.

PINTO, Bruna Lopes dos Santos. **A Clínica de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial III: uma clínica cuidadosa.** Rio de Janeiro, 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

ABSTRACT

The qualitative study uses the method of Care Convergent Research (PCA). It was observed the need to consolidate a clinical guided the principles of the psychiatric reform valuing care in the territory of the bond construction, uniqueness rescue, social exchanges, citizenship, and social reintegration. In CAPS III nurses are responsible for the numerous activities that hinder the psychosocial rehabilitation and applies the hospital-centered care. Object of study: the nurse's care in CAPS III. Objectives: To describe the nursing care actions in a CAPS III and analyze the nursing care the light of the theoretical framework of Intuit Empathic as Psychiatric Nurse care strategy. The research was conducted with the CAPS III RJ nurses. The project was approved by the corresponding zip code. In the data analysis three categories were formed: The Psychiatric Nursing Clinic in CAPS III : Close clinical ; The Sharing the Care through the Interdisciplinary strategy : the care that causes changes ; and Valuing the Psychiatric Clinic at the Graduate School: Graduate nurses trained to mental health care . Currently the great challenge for nursing is to win recreated front spaces to the Brazilian Psychiatric Reform with the new constructs of nursing care. The nurse with the occupation of new spaces and practices in the user beware of mental disorder has been adding own skills to nursing care in mental health, challenging and interdisciplinary work in care environments in mental health.

Keywords: Psychiatric Nursing. Psychosocial rehabilitation center. Watch out.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – A Rede de Atenção Psicossocial	03
Figura 02 – Atividades desenvolvidas pelos Enfermeiros nos CAPS III	05
Figura 03 – Número de Internação dos Usuários dos CAPS do RJ	14
Figura 04 – Número de Acolhimento Noturno dos Usuários nos CAPS III	15
Figura 05–Número de Internações em Hospitais Psiquiátricos dos Usuários que Frequentam o CAPS III João Ferreira	16

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 01 – O CAPS III	02
Diagrama 02 – O problema de pesquisa	11
Diagrama 03 – O intuir empático	38
Diagrama 04 – A análise dos dados	46
Diagrama 05 – A clínica da enfermagem no CAPS III	58
Diagrama 06 – As categorias Formadas	58
Diagrama 07 – O cuidado de enfermagem	60
Diagrama 08 – O cuidado de enfermagem psiquiátrica	62
Diagrama 09 – O cuidado de enfermagem psiquiátrica no CAPS III	63
Diagrama 10 – O cuidado no CAPS III	66
Diagrama 11 – As ferramentas do cuidado de enfermagem no CAPS III	68
Diagrama 12 – As ferramentas do cuidado na reabilitação psicossocial	71
Diagrama 13 – A rede de atenção psicossocial	96
Diagrama 14 – O compartilhamento do cuidado na reabilitação psicossocial	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Experiências anteriores dos sujeitos da pesquisa em saúde mental	54
Quadro 02 – Categoria a clínica da enfermagem psiquiátrica	59
Quadro 03 – Categoria o compartilhamento do cuidado através da estratégia da interdisciplinaridade	93
Quadro 04 – Categoria valorização da clínica psiquiátrica no ensino de graduação	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Faixa etária dos sujeitos da pesquisa	50
Tabela 02 – Número de emprego formal dos sujeitos da pesquisa	53
Tabela 03 – Carga Horária semanal de trabalho dos sujeitos da pesquisa	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Gênero dos sujeitos da pesquisa	49
Gráfico 02 – Situação conjugal dos sujeitos da pesquisa	50
Gráfico 03 – Posse de filhos pelos sujeitos da pesquisa	51
Gráfico 04 – Religião dos sujeitos da pesquisa	51
Gráfico 05 – Grau de escolaridade dos sujeitos da pesquisa	52
Gráfico 06 – Área de especialização dos sujeitos da pesquisa	52
Gráfico 07 – Tempo de experiência dos sujeitos da pesquisa em saúde mental	54
Gráfico 08 – Realização de curso de aperfeiçoamento ou extensão em saúde mental pelos sujeitos da pesquisa	55
Gráfico 09 – Desejo dos sujeitos da pesquisa em realizar cursos de capacitação ou especialização	56
Gráfico 10 – Tempo de trabalho dos sujeitos da pesquisa no CAPS III João Ferreira	56

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS DO ESTUDO

1.1 Trajetória Acadêmica e Profissional: começando a falar de CAPS -----	01
1.2 Motivação e Problema do Estudo -----	06
1.3 Contextualização e Justificava do estudo -----	11
1.4 Questão Norteadora e Objeto do Estudo1 -----	31
1.5 Objetivos do Estudo -----	32
1.6 Relevância e Contribuições do Estudo -----	32

CAPÍTULO II – REFERENCIAL TÉORICO

2.1 O Intuir Empático como estratégia de cuidado da enfermeira psiquiátrica -	33
---	----

CAPÍTULO III - REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudo -----	38
3.2 Cenário do Estudo -----	41
3.3 Sujeitos do Estudo -----	43
3.4 Coleta de dados -----	44
3.5 Análise de dados -----	45
3.6 Aspectos Éticos -----	46

CAPÍTULO IV – CONHECENDO OS SUJEITOS DO ESTUDO ----- 48

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 A Clínica da Enfermagem Psiquiátrica no CAPS III: uma clínica cuidadosa --	59
5.2 O Compartilhamento do Cuidado através da estratégia da Interdisciplinaridade: o cuidado que provoca mudanças -----	93
5.3 A Valorização da Clínica Psiquiátrica no Ensino de Graduação: Formando enfermeiros capacitados para o cuidado em saúde mental -----	109

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS ----- 116

BIBLIOGRAFIA ----- 122

APÊNDICES ----- 128

ANEXO-----134

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Trajetórias Acadêmicas e Profissionais: começando a falar sobre CAPS.

Durante a graduação em Enfermagem, pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, mantive contato usuários com transtornos mentais; sendo aluna bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBEX-UFRJ) da linha de pesquisa “Ampliando o Cerco: o cuidado de saúde mental oferecido à população urbana do município de Paracambi – RJ”. Neste Projeto acompanhei o trabalho de desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras e desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso (TCC), onde destaquei a perda da Autonomia e Independência que o processo de institucionalização de longa permanência causa nos indivíduos submetidos à internação manicomial. O resultado deste trabalho foi o processo de envelhecimento acelerado ocorrido com os sujeitos de pesquisa internados por longa permanência nesse cenário manicomial.

A continuidade do meu projeto do TCC ocorreu quando cursei a especialização em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da FIOCRUZ, quando reconheci os diferentes tipos de envelhecimento dos portadores de doenças psíquicas institucionalizados por longas datas, bem como identifiquei o processo de reabilitação investido nesta população degradada e excluída da sociedade.

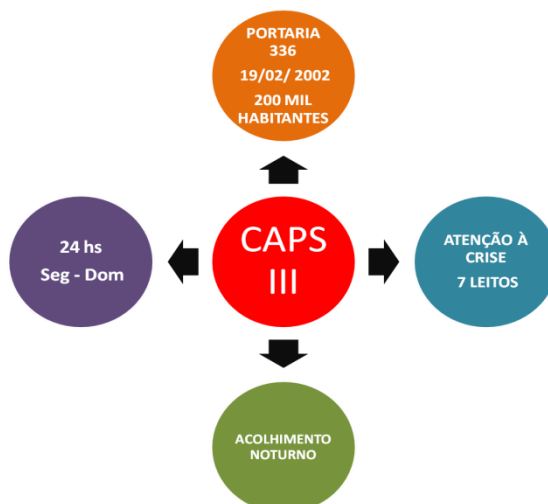
Atuei como Enfermeira Líder e Coordenadora, durante três anos, no Instituto Municipal de Assistência à Saúde Juliano Moreira, com uma clientela de idosos institucionalizados de longa permanência. Desenvolvi os projetos de desinstitucionalização através dos programas de volta pra casa, família acolhedora, moradia assistida e residências terapêuticas. Como enfermeira no Hospital Municipal Jurandyr Manfredine, um cenário de Emergência Psiquiátrica com aproximadamente sessenta leitos de curta permanência que atende grande parte do território do Município do Rio de Janeiro, atuei na atenção à crise psiquiátrica observando as diferentes terapias oferecidas para cuidar do sujeito com transtorno mental em crise.

A especialização *Lato Sensu* em linhas de cuidado em enfermagem em atenção psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Ministério da Saúde (MS) gerou reflexões a cerca da clínica de enfermagem psiquiátrica e a rede de atenção psicossocial, bem como minha atuação como enfermeira em uma unidade de cuidados intensivos em saúde mental.

Desde 2011 integro a equipe técnica de um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) no município do Rio de Janeiro, localizado na área programática 3.1, que atende as áreas do Complexo do Alemão, Mangueiras, Bonsucesso, Penha, Ramos e Olaria.

Os CAPS III são destinados para uma área com população acima de 200.000 pessoas, com funcionamento 24 horas, durante todos os dias da semana - mesmos nos feriados - e a estes são destinados um limite de 07 leitos para atenção à crise. O período de permanência dos usuários a esses leitos está estabelecido na portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 a um prazo de até 07 dias, podendo ser prorrogável para 10 dias intercalados perfazendo 30 dias. Essa modalidade difere dos demais pelo fato de prestar assistência aos usuários atendidos pela unidade no momento de crise, oferecendo um novo cuidado no território de vida dos usuários, buscando a singularidade e aproximação com a rede de apoio. (Brasil, 2004) Porém, já existem relatórios do Ministério da Saúde (Brasil, 2010) referente à redução da cobertura populacional para os CAPS, sendo a partir de 150.000 habitantes para o CAPS III, mas ainda precisa ser regulamentado. (DIAGRAMA 01)

DIAGRAMA 01 – O Centro de Atenção Psicossocial III



O acolhimento noturno e a permanência nos fins de semana no CAPS III é uma estratégia de cuidado continuado que visa proporcionar atenção integral aos usuários do CAPS e evitar internações psiquiátricas. Esse recurso vem sendo utilizado em situações de grave comprometimento psíquico do cliente ou como forma de evitar que crises emergjam ou se aprofundem. O acolhimento noturno deverá atender, preferencialmente, aos usuários que estão vinculados a um projeto terapêutico¹ no CAPS ou servir de apoio aos usuários matriculados nos outros CAPS da área de sua abrangência, sendo este uma extensão do cuidado noturno nos momentos necessários, a fim de se evitar a internação psiquiátrica.

O acesso ao CAPS pode se dar através da demanda espontânea do próprio usuário ou por encaminhamento do mesmo em qualquer unidade de saúde da rede ou intersetorial; ou ainda através do Matriciamento em Saúde Mental.

Os CAPS devem assumir o papel de organizador do fluxo da rede de cuidados em saúde mental, conforme aponta o Ministério da Saúde, que potencialize os suportes sociais existentes e gere discussões acerca da política de saúde mental, fazendo acontecer a porta de saída para outros serviços da saúde mental ou não que compõem a rede territorial (BRASIL, 2004).

O trabalho no CAPS III é desenvolvido por uma equipe multiprofissional composta por: psicólogo, musicoterapeuta, terapeuta ocupacional, psiquiatra, assistente social, farmacêutico, enfermeiro, técnico de enfermagem, oficineiro, copeiras, administrador e equipe de apoio; podendo outras categorias profissionais compor a equipe. Sendo este, um local de cuidado interdisciplinar que atende em parceria com outros profissionais disponíveis na rede de atenção a saúde e assistência.

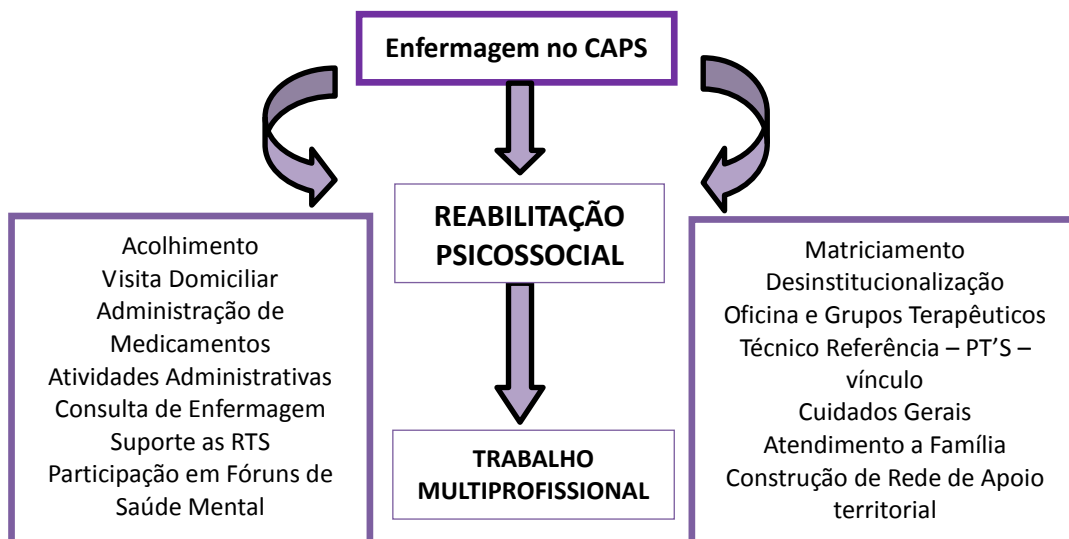
Dentre as atividades de cuidado sob responsabilidade dos enfermeiros, estão: as atividades administrativas e burocráticas como organização do fluxo de serviço,

1 **Projeto Terapêutico** - “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário”. (Brasil, 2007)

reposição de insumos, organização dos setores; e atividades de supervisão dos técnicos de enfermagem.

A escuta, acolhimento, administração de medicações prescritas, dispensa de medicações conforme prescrição, auxílio à higiene corporal e cuidados gerais são competências dos enfermeiros. Esses contemplam também nos CAPS III as atividades de consulta de enfermagem, realização de oficinas e grupos terapêuticos, visita domiciliar, construção e desenvolvimento de projeto terapêutico dos usuários; que são referenciados ao profissional, atividades de lazer e cultura, matriciamento das equipes de saúde da família (apoio matricial em saúde mental), atenção à crise, educação para saúde, reunião de familiares, atividades de desinstitucionalização através do apoio as residências terapêuticas e clínicas conveniadas institucionais. Sendo, em sua maioria, atividades que são desenvolvidas em equipe interdisciplinar, o que torna as ações pluralizadas. (FIGURA 02)

FIGURA 02 – Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nos CAPS III



1.2 Motivação e Problema do estudo

Os profissionais de enfermagem são escalados no serviço do CAPS III como plantonistas ou diaristas, com carga horária semanal de 40 horas. Os enfermeiros plantonistas cumprem sua carga horária tanto no serviço diurno quanto noturno, com turnos de 12 horas de serviço, respeitando o descanso de 36 horas preconizado pelo regime trabalhista da consolidação das leis de trabalho (CLT). Com isto, a disponibilidade e o tempo desse profissional de enfermagem para construção do vínculo, desenvolvimento de suas atividades administrativas e de reabilitação psicossocial ficam comprometidas, sobrecarregando-se de atividades num curto período do dia, de 12 horas semanais, para o desenvolvimento de todas essas ações.

Somado essa problemática com a escala de serviço do profissional de enfermagem, fica excluído da participação na reunião de equipe semanal para supervisão dos casos assistidos; o que dificulta o desenvolvimento de ações terapêuticas de cuidado compartilhadas em equipe interdisciplinar. Atividade esta, indispensável para discussão dos casos (para tomada de decisões), rediscussão do fluxo de atendimento e das propostas de trabalho em equipe.

A construção e a manutenção do vínculo e dos projetos terapêuticos ficam restritos à carga horária diurna do enfermeiro, com isso a clínica de reabilitação psicossocial fica limitada, já que o profissional não encontra **tempo** ideal para o estabelecimento do cuidado integral necessário com o sujeito em seu território. Oliveira (2005) cita em sua tese a importância da disponibilidade do tempo como ferramenta para o cuidado do enfermeiro psiquiátrico, sendo imprescindível para construção do vínculo e estabelecimento do projeto terapêutico.

As ações de enfermagem, constantemente, se remetem a aplicação e dispensa de medicações e as demais de suas atividades, inerente a clínica de reabilitação psicossocial, ficam comprometidas pela falta de tempo desse profissional. Esta ação equivocada se deve pela falta de um profissional de auxiliar de farmácia que realize essas ações de dispensa de medicações. E assim, o enfermeiro torna seu cuidado mecanicista, deixando de olhar para o sujeito como objeto de cuidado; ocupando-se,

rotineiramente, de sua “doença mental” ao controlar o comportamento dos usuários, dando o enfoque na doença e seu controle; refletindo os cuidados hospitalocêntrico dentro dos cenários dos CAPS III.

Almeida (2009) refere que formação profissional do Enfermeiro remete à medicalização da loucura, baseado no controle dos sintomas e centrado na figura do médico; desvalorizando sua autonomia profissional como técnico em saúde mental capaz de reduzir danos do sofrimento mental e reabilitar os usuários assistidos.

Baseado em minha vivência profissional o enfermeiro ainda se utiliza do ato de medicar como uma estratégia de cuidado, por vezes, punitiva e controladora do comportamento dos portadores de transtorno mental; o que reflete sua falta de **prontidão para cuidar** e articular outros recursos para melhora da desorganização psíquica do sujeito; deixando de dar voz à singularidade do paciente, destacando o controle dos sintomas como ação de cuidado para melhora do quadro psíquico. O poder hegemônico dos profissionais e a figura de autoridade, ainda perpassam o cenário dos CAPS, a partir da atuação dos profissionais que se utilizam de ações punitivas, como: a contenção física e química, isolamento nos quartos de acolhimento, com o objetivo de “reeducação do louco” e disciplinamento do mesmo. Faz-se necessário a criação de novas estratégias de cuidado para a reabilitação psicossocial dos usuários com objetivo da superação das contradições coercitivas incorporadas na categoria. Apesar disso, nota-se que o profissional de enfermagem vem conquistando novos espaços terapêuticos de atuação que possibilitam um cuidado mais pautado na singularidade e na inserção social.

Apesar do profissional de enfermagem ter uma formação mais humanizada, o mesmo possui sua prática voltada para as questões administrativas com a responsabilidade de dimensionamento de recursos humanos e materiais, distanciando-se, portanto, das atividades assistenciais e de socialização do portador de transtorno mental, dispostas na Reforma Psiquiátrica. (ALMEIDA, 2009)

A falta de tempo, devido à sobrecarga de trabalho, ao cuidado implica também em uma **escuta** de baixa qualidade, como destaca Oliveira (2005). Uma vez que o

enfermeiro não apresenta o tempo necessário para oferecer essa atenção, logo o cuidado oferecido passa ser baseado em uma demanda pluralizada e não singularizada ao sujeito. Com isso, o sujeito se torna agente passivo diante do enfrentamento da vida.

O enfermeiro que atua no CAPS III precisa estar disponível ao cuidado, seja ele no momento de crise ou durante o processo reabilitador, utilizando ferramentas substitutivas às aplicadas nos manicômios; incluindo o sujeito no território, na vida em sociedade, resgatando seus direitos de cidadãos, dando voz as suas escolhas de projeto de vida, significando aos laços constitutivos na família e na comunidade.

Porém ainda, os enfermeiros possuem dificuldades na realização desse processo seja no momento de crise ou não. Em algumas situações vivenciadas percebo o enfermeiro ainda, inclinado a desenvolver o cuidado dentro do CAPS, deixando de articular o cuidado territorial, talvez pela falta de disponibilidade a esses cuidados; ou pela falta de conhecimento, e quem sabe de iniciativa para tomada de decisões junto aos usuários assistidos, ficando mais centrado nas atividades do cuidado interno do CAPS, deixando de praticar o cuidado externo. Apesar disso, os cuidados da escuta qualificada e do acolhimento sempre estão disponíveis no CAPS, sendo a equipe de enfermagem os principais técnicos de referência dos usuários pela disponibilidade na resolução dos problemas.

A prática da enfermagem psiquiátrica de saúde mental para Kirschbaum (2009) ainda é baseada em atividades mecanicistas, como a organização do serviço, administração de medicamentos e reposição de materiais. O que justifica o menor número de atendimentos realizados pela equipe de enfermagem, e assim uma escassa atuação técnico-assistencial específica.

O desconhecimento da clínica da enfermagem psiquiátrica nos cenários de saúde mental gera desmotivação, insegurança, baixa produtividade e perda de autonomia nas ações de cuidado; tendo como consequência um cuidado pouco resolutivo e carente de integralidade.

Saraceno (1998) reflete nessa questão dizendo que o pensamento linear em relação à causa e efeito dos transtornos simplifica o problema e induz respostas simples, que não vão ao encontro das necessidades de saúde das pessoas que sofrem.

Estudos apontam que a fuga para as atividades *administrativas burocráticas* são meios utilizados pelos enfermeiros nos novos cenários de assistências em saúde mental, devido o não reconhecimento de seu papel - novo dispositivo de atuação. (OLIVEIRA, ALESSI, p. 337, 2003)

Mello (1998) destaca que os enfermeiros atuantes nos serviço extra-hospitalares em saúde mental atuam de forma indireta no atendimento à clientela, sendo uma prática caracterizada pelo gerenciamento do fluxo de atendimento do serviço para otimização dos atendimentos pelos outros profissionais da equipe. Hoje, pela minha vivência profissional, observo maior conquista destes espaços de atendimento aos usuários portadores de transtorno mental pelo enfermeiro, apesar de ainda ser uma atuação bastante “tímida”, acredito que pela falta de conhecimento técnico-científico e disponibilidade para avaliação e resolutividade dos casos emergentes, sendo com isso ainda agente facilitador do fluxo de atendimento dos CAPS como retrata a autora.

A problemática da institucionalização dos CAPS é discutida por Merh (2004), onde informa que esse ato gera a cronicidade assistencial com interiorização dos cuidados para dentro do serviço; deixando de operacionalizar a assistência para fora do serviço através da circulação desse usuário na rede comunitária; fato que, por vezes, transforma os CAPS em manicômios disfarçados.

SARACENO (1999) aponta que da mesma forma que os manicômios foram criados para excluir a loucura do espaço urbano, há hoje movimento de promover exclusão em alguns espaços da cidade. O autor ressalta que o manicômio e sua lógica não estão nas arquiteturas dos espaços ou em lugares abertos ou fechados, mas na forma como nos relacionamos com a loucura. Portanto, o cuidado que oferecemos aos usuários do CAPS III pode ser a reprodução dos cuidados manicomialis, a partir do

questionamento de como se cuida nos novos espaços assistenciais de saúde mental, seja de forma exclusiva ou inclusiva.

Observo a necessidade da consolidação de uma clínica ampliada pautada nos preceitos da reforma valorizando o cuidado no território da vivência do sujeito, construção do vínculo terapêutico, resgate da singularidade, trocas sociais, cidadania e da reinserção social.

Para a formalização deste cuidado demanda do profissional de enfermagem o tempo, disponibilidade e o conhecimento em saúde mental; que são ferramentas que, por vezes, o enfermeiro não dispõe para executar seu cuidado no CAPS III. Logo o cuidado se torna “superficial”, sem a lógica da singularidade e subjetividade de cada sujeito; tornando o cuidado objetivo ao tratamento dos problemas emergentes, dando continuidade aos meios de cuidado físicos e químicos coercitivos como modelo de assistência. O enfermeiro precisa proporcionar **escuta qualificada** e a valorização do sujeito-cidadão que sofre mentalmente para elaboração de seu plano de cuidados, segundo Oliveira (2005).

OLIVEIRA e ALESSI (2003) apontam que a falta de conhecimento sobre a clínica da enfermagem psiquiátrica, muita das vezes, reproduz o cuidado baseado na tutela, controle, punição, exclusão e medicalização; favorecendo o silenciamento da loucura e isolando o indivíduo do poder contratual da sociedade.

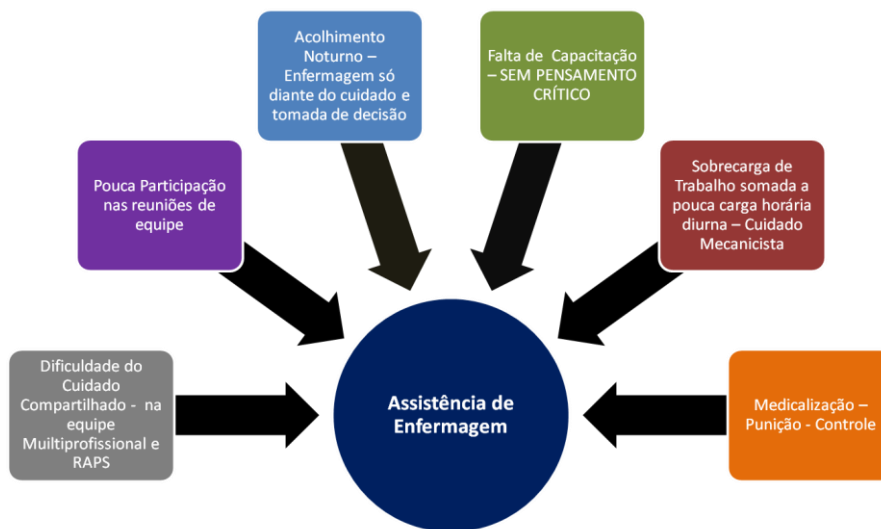
KIRSCHBAUM *et. al.* (2001) dizem que o desconhecimento da atuação de enfermagem, o seu papel frente à equipe, e o desconhecimento de suas ações de cuidado, leva o enfermeiro a desempenhar uma assistência sem o pensamento crítico e desenvolver práticas de cuidado pouco fundamentadas teoricamente; o que não contribui para a melhora da assistência de enfermagem, nem à assistência em saúde mental.

Portanto, a questão desta pesquisa é o cuidado de enfermagem oferecido pelos enfermeiros em um CAPS III visando à conformidade das políticas de saúde mental e a clínica ampliada da reabilitação psicossocial.

O interesse por este estudo emergiu dos conflitos e lacunas ainda presentes na clínica de enfermagem no CAPS III para a assistência em saúde mental oferecida, fato observado durante minha vivência nas duas vertentes da psiquiatria - a da reforma, em um Centro de Atenção Psicossocial, e “pré-reforma”, em um Hospital Psiquiátrico.

Essas experiências possibilitaram refletir sobre estes prismas distintos e identificar as diferentes formas de cuidado de enfermagem oferecidas nesses cenários de atuação, que por vezes, refletem os cuidados hospitalocêntricos nos dispositivos de atenção psicossocial.

DIAGRAMA 02 – O Problema da Pesquisa



1.3 A Contextualização e Justificativa do estudo

O questionamento da lógica manicomial efetuado pela Reforma Psiquiátrica trouxe consigo a crítica ao modelo tradicional da clínica psiquiátrica. Basaglia (1995) cita que com a busca da superação do saber - psiquiátrico e do paradigma doença –

cura houve um rompimento da assistência manicomial, que passará a ser considerada ineficazes, normatizadoras, controladoras e segregadoras.

A partir dessas discussões colocadas pelos idealizadores da Reforma Psiquiátrica ocorreu uma invalidação das práticas clínicas hospitalocêntricas que culminaram com o surgimento de uma nova modalidade terapêutica para o cuidado em saúde mental, com construção de práticas efetivamente transformadoras junto aos loucos para superação do paradigma do asilamento manicomial.

Basaglia (1985) em sua obra “A Instituição Negada” defende a idéia de que o combate à doença mental é a luta contra a miséria do bairro, que no estado de degradação em que vive, é a fonte de produção de um mal-estar social, inclusive da loucura. O autor idealiza a importância da oferta de saúde para o combate à pobreza e resgate ao equilíbrio mental. Devemos ainda considerar o conceito de saúde segundo a Lei 8080 de 1990, em que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

O sofrimento humano psíquico tem se mostrado como um fator de risco para várias morbidades e suicídios; aumentando assim as taxas de mortalidade. A instalação da doença mental traz conseqüências danosas ao organismo humano que são intensificadas quando somadas a não adesão aos tratamentos e orientações recomendadas, tornando os indivíduos funcionalmente incapacitados e dependentes para realização de suas atividades diárias, instalando também um isolamento social drástico. (OLIVEIRA, 2005)

Pesquisadores estimam um aumento da prevalência do número de doentes, devido ao envelhecimento da população, ao agravamento dos problemas sociais e à desestabilização civil. (FREITAS *et al*, 2006). As perturbações mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacidade em todo o mundo. Esse crescente ônus representa um custo enorme em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos. (BRASIL, 2004)

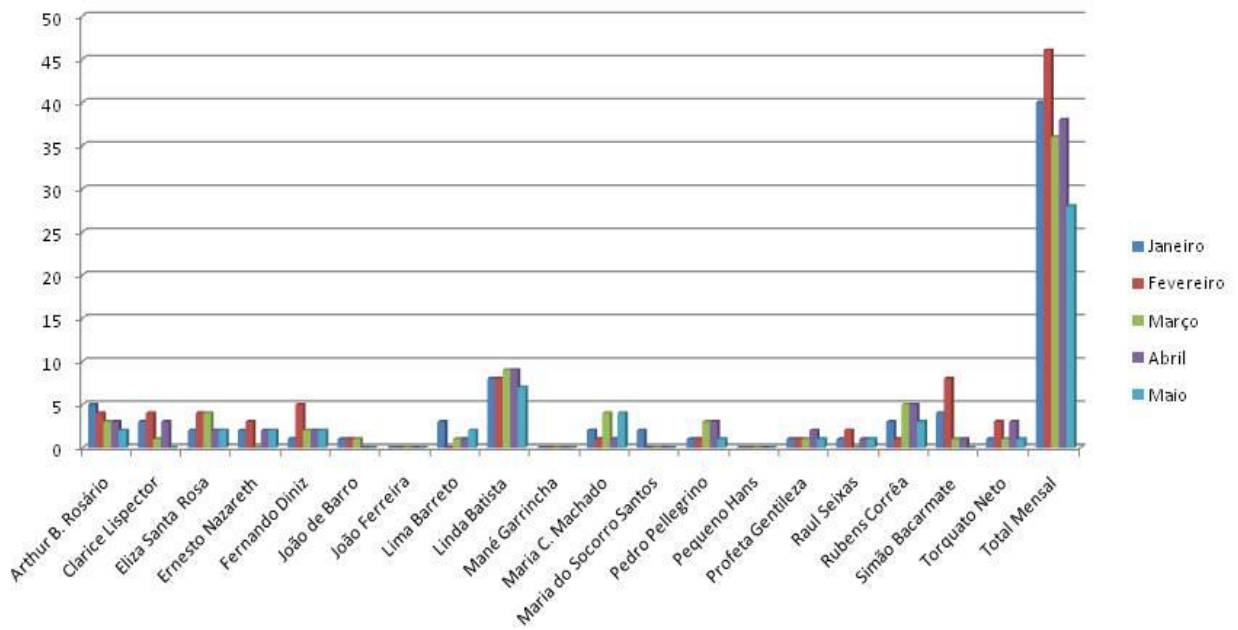
Dados do Relatório de Gestão do SUS (2011) apontam informações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e destacam a importância da saúde mental na saúde pública, afirmando que mais de 25% da população mundial apresentam um ou mais transtornos psiquiátricos durante a vida e que 34% das consultas médicas no Brasil evidenciam queixas de algum sofrimento psíquico. No Brasil, o Ministério da Saúde (2003) estima que 3% da população têm transtornos mentais severos e persistentes, um milhão de pessoas cometem suicídio/ano e 10 a 20 milhões tentam o suicídio/ano. 11% transtornos mentais graves em decorrência do uso de substâncias psicoativas, e ainda 12% da população sofrem de transtorno moderado e requerem ações de Saúde Mental especializada e contínua.

Dados apontados pelo DATASUS, em 2005, indicam o número de internações hospitalares em psiquiatria são equivalentes a 0,2 % do total de 100% de hospitalizações, ou seja, são 22.898 mil internações só no ano de 2005, o que ainda decorre um número superior estimado. Este processo de psiquiatrização vinculada à senilidade transcender um fardo social ainda maior para a vida do indivíduo, sendo este marginalizado da sociedade capitalista em vigor.

Com a inserção dos CAPS os índices de internação psiquiátrica vêm diminuindo intensificadamente. Dados da prefeitura do Rio de Janeiro apontam um total de 188 internações de usuários dos CAPS no período de Janeiro a Maio de 2011 (Figura 03). Com a implantação dos CAPS III no município do RJ o número de internações vem a cada dia diminuindo; isso pelo recurso disponível nesses dispositivos de assistência a saúde mental, em que se utiliza do acolhimento noturno. No CAPS III João Ferreira Filho o recurso da internação em hospitais psiquiátrico não foi acionado por nenhum de seus usuários durante o período da pesquisa em questão. (Figura 04 e 05).

FIGURA 03 – Número de internação dos usuários dos CAPS do RJ no período de janeiro a maio de 2011

Internações de usuários dos 19 CAPS em Hospitais Psiquiátricos



Total de internações: 188



FIGURA 04 – Número de Acolhimento Noturno dos usuários nos CAPS III no período de Janeiro a Maio de 2011.

Acolhimento noturno de usuários em CAPS III

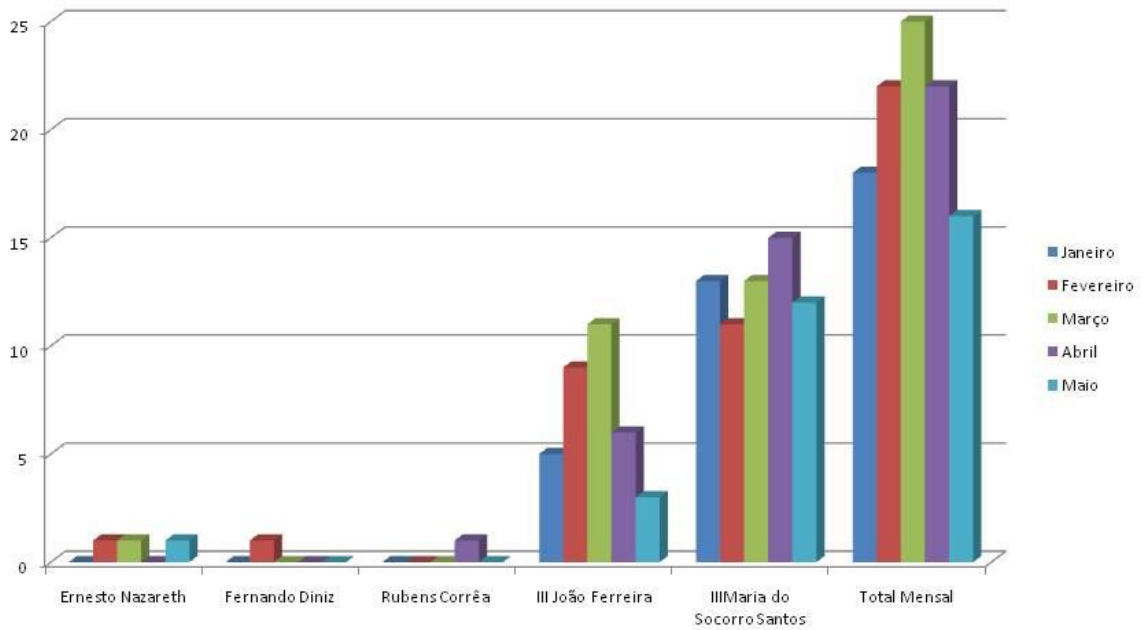


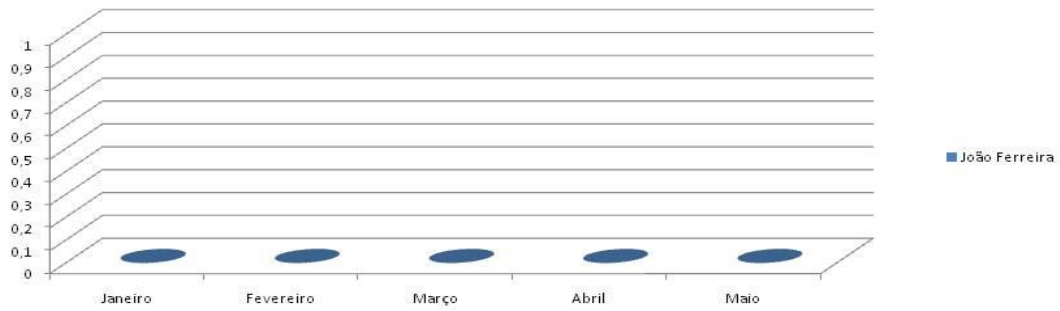
FIGURA 05 – Número de internações em Hospitais Psiquiátricos dos usuários que frequentam o CAPS III João Ferreira Filho no período de Janeiro a Maio de 2011

Internações de usuários em Hospitais Psiquiátricos

CAPS III João Ferreira Filho – AP 3.1



João Ferreira



O acolhimento noturno e estendido durante o período de crise psíquica no local de tratamento do usuário pode ofertar, além de um cuidado singular a segurança pela confiança estabelecida com o serviço e profissionais; uma vez que o vínculo terapêutico já foi construído. Isso torna a intervenção terapêutica num momento de crise menos traumática e mais acolhedora, favorecendo a estabilidade do quadro sintomático e redução de traumas causados pela internação psiquiátrica involuntária. Com o estabelecimento do vínculo terapêutico entre usuário e profissionais de saúde, o processo de intervenção no momento de crise psíquica é realizado por ferramentas diversas que vão de encontro às demandas do usuário e seu projeto terapêutico, valorizando as escolhas e a história de vida desse usuário. O envolvimento desse cuidado no território da vida deste usuário também é um importante e potente recurso utilizado pelos CAPS III; podendo cuidar dele até mesmo em sua própria residência ou na casa de amigos direcionados pelo próprio usuário. Conforme aponta as figuras 03 e 04 a necessidade de acionar o recurso da internação psiquiátrica no momento em que se utiliza o acolhimento noturno - como recurso e estratégia de cuidado - é mínimo; o que reforça a qualidade desse cuidado no tratamento das crises emergentes, além de reduzir o estigma da loucura que permeia a sociedade.

O estigma social da loucura se faz presente desde os primórdios da existência da sociedade. O cuidado do louco no contexto social foi gerado pela exclusão através de práticas reclusivas nos muros do manicômio, silenciando o incômodo da figura perturbadora nas ruas da cidade. (DELGADO, 2002)

Em *A História da Loucura* (2004), Foucault analisa a percepção social da loucura – que culmina na fundação da moderna psiquiatria. Antes da loucura ser controlada pela sociedade e pela psiquiatria mediante a internação, os loucos tinham existência errante, alguns eram escorraçados das cidades, colocados em embarcações sem rumo e outros confinados. Não havia nenhum tratamento médico para a loucura, nem a noção de doença mental.

Até o fim do século XVIII, a psiquiatria internou diversos tipos de excluídos, entre os quais devassos, libertinos, loucos, etc., nos mesmos locais e sob os mesmos

regimes disciplinares. O internamento não era um primeiro esforço na direção de uma hospitalização da loucura, mas antes constituía uma reprodução do destino dos outros correcionais da sociedade. Isso não significava um tratamento médico, mas antes seguir o regime de correção obedecendo a determinadas regras. Os hospitais também serviam para acomodar os interesses econômicos, funcionando como casas de trabalho de baixo custo nos tempos de crises e quando não havia suficiente mão de obra disponível. (FOUCAULT, 2004)

O confinamento promoveu um processo de desumanização do louco. A loucura era tratada como um traço da animalidade do homem, ao invés de um estado específico. As condições de vida nesses hospitais eram precárias. Os loucos eram cobertos com trapos, mal alimentados, viviam sem ar puro para respirar, sem água limpa para beber e estavam entregues à brutal vigilância de carcereiros. (FOUCAULT, 2004)

A prática de enfermagem, anterior a década de 80, era baseada na exclusão do ser em sofrimento mental, sendo personagens da assistência destinados a funções de vigias e controladores do comportamento dos loucos, com o papel punitivo quando estes causavam a desordem institucional, sendo apelidados de guardas, e o cuidado desumanizado era totalmente ausente de princípios éticos e científicos. (ALMEIDA *et al*, 2009)

Michel Foucault (2000) retrata em sua obra a “Microfísica do Poder” a estruturação dos princípios difundidos nos manicômios através do tripé: punição, controle e isolamento. Com a imposição de papéis característicos do paradigma manicomial impede a construção das relações intersubjetivas, tais como: afeto, diálogo, acolhimento, conforto, entre o binômio enfermeiro-paciente.

Neste período a doença psiquiátrica era caracterizada como uma doença orgânica, se instalando no organismo independente de outros fatores, tendo como seu objeto de cuidado a doença em sua clínica e não o sujeito em sofrimento. Os fatores psicossociais são considerados como agravantes do processo do adoecimento interno, inconsciente do sujeito adoecido. Assim o saber e a prática da enfermagem, bem como

o modelo da medicina em geral, eram baseados no poder do médico e alicerçados em uma visão biológica ou organicista do processo de adoecimento. Desse modo, a subjetividade do indivíduo fica oculta pela objetividade dos sintomas.

Um recorte da obra *Uma Conversa sobre a nova lei 180* de Franco Basaglia foi citada em Conferências Brasileira no ano de 2000:

Eu tenho dito que não sei o que é loucura. Pode ser tudo ou nada. É uma condição humana. Em nós, a loucura existe e está presente como a razão. O problema é que a sociedade, digamos cível, deveria aceitar tanto a razão quanto a loucura. Ao invés, esta sociedade reconhece a loucura como parte da razão e reduz à razão no mesmo momento em que existe uma ciência que se encarrega de eliminá-la. O manicômio tem sua razão de ser porque torna racional o irracional. Quando qualquer um fica louco e entra no manicômio, deixa de ser louco para transformar-se em doente. Torna-se racional enquanto doente. O problema é como desfazer este nó, superar a loucura institucional e reconhecer a loucura lá onde ela teve origem, como se diz, na vida.

Michel Foucault (2004) e Erving Goffman (1999) salientaram o papel coercitivo das instituições psiquiátricas com fins políticos ou ideológicos. Em meados do século XX, ambos contribuíram de maneira substancial para revelar as ambigüidades do modelo manicomial de tratamento aos loucos. Foucault problematiza o surgimento do hospício e da psiquiatria moderna como uma forma de organização disciplinadora e coercitiva, enquanto Goffman (1999) esboça o modelo do hospital psiquiátrico como uma instituição total que estabelece um controle burocrático dos indivíduos. Suas análises rompem com o discurso dominante baseado no saber do médico e dão predileção a outras vozes. Muito lidos e debatidos desde a segunda metade do século XX, eles foram de suma importância para a antipsiquiatria e para uma maior reflexão sobre o papel das organizações de uma maneira geral em nossa sociedade.

O conceito de Saúde adotado pelo SUS e pela reforma psiquiátrica reflete saberes distintos, que formulam um entendimento interdisciplinar e uma construção científica brasileira conhecida como Saúde Coletiva, provenientes de três fontes: Saúde Pública, Medicina Preventiva e Ciências Sociais. O processo saúde-doença deixa de ser uma questão apenas biológica para levar em consideração as relações entre saúde e estrutura social. (AMARANTE, 2000)

O grande marco da reforma psiquiátrica no Brasil é a I Conferência Nacional de Saúde Mental de 1987, organizada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, com a participação de 176 delegados eleitos em pré-conferências estaduais. A Conferência lança a campanha “Por uma Sociedade sem Manicômios”, cujo eixo é a retomada da cidadania das pessoas com transtornos psiquiátricos e a reversão do modelo hospitalocêntrico. (AMARANTE, 2000)

Ela adota princípios considerados progressistas na área de saúde mental, apontando a necessidade da superação do modelo hospitalocêntrico. Inicia-se, efetivamente, o processo de desinstitucionalização nas políticas de saúde mental no país. A reforma psiquiátrica brasileira vai se basear no modelo italiano, que considera o manicômio como o *locus* da doença mental. Visa restabelecer a autonomia do indivíduo, devolvendo para si o controle do próprio corpo e com a recuperação dos direitos de cidadania.

O movimento da Luta Antimanicomial e o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira começaram a produzir mudanças no cuidado aos loucos e na relação da sociedade com a loucura. A exclusão e o confinamento foram substituídos pela circulação na cidade e pela garantia do convívio; a loucura encontra um novo local de vivência, a comunidade, o território.

Tenório (2001) reforça a ideia de que a reforma psiquiátrica visa “promover outra resposta social à loucura, não manicomial” e ainda destaca que a reforma vem de encontro a todo um sistema hegemônico que prioriza a internação psiquiátrica, sistema esse de valores culturais constitutivos de uma sociedade, das famílias, dos profissionais, dos próprios pacientes. A reforma ressalva ainda, as maneiras de organização do trabalho clínico e institucional que se utiliza da prática indiscriminada de internação.

As práticas indiscriminadas da internação psiquiátrica visam a redução da loucura ao confinamento, excluindo o sujeito da sociedade, anulando sua cidadania e pertencimento social. Haja vista a necessidade de utilizar o recurso da internação psiquiátrica como imprescindível, por vezes, para o tratamento do sofrimento mental e

proteção do paciente. Para Tenório (2001, p. 75) combater a internação é superar esse recurso como algo prioritário ou único ao tratamento, que discorre os interesses privados e a segregação social, sem priorizar a terapêutica assistencial. A questão é como utilizar esse recurso de maneira terapêutica no tratamento das crises emergentes dos indivíduos que sofrem de transtornos mentais severos.

Essa nova direção incorporada às políticas públicas através da aprovação de inúmeras leis e regulamentação, passou a consolidar uma nova Política Nacional de Saúde Mental. Hoje, ainda temos avançado no sentido da construção de uma nova forma de cuidado para o sofrimento mental, com novas formas de encontro entre a loucura e a cidade, fato destacado pela secretaria de saúde mental do município do Rio de Janeiro. (COELHO *et al*, 2012).

Com a redução do número de leitos nos hospitais psiquiátricos, os recursos devem ser direcionados para uma rede territorial e substitutiva de atenção psicossocial que conta com uma série de ações e de serviços de saúde mental, como os CAPS, os Ambulatórios de Saúde Mental, os Serviços de Residências Terapêuticas, Cooperativas de Trabalho, os Centros de Cultura e de Convivência, Programa de Volta pra Casa, entre tantos outros. Atualmente, a Atenção Primária em Saúde (APS), através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) também constitui um dispositivo importante da rede de cuidados em saúde mental na qual o apoio matricial assume um papel fundamental ao consolidar a ESF como um ponto desta rede. (COELHO *et al*, 2012)

Penso que os CAPS III vem de encontro a essa necessidade de estabelecer o cuidado à crise operacionalizando os conceitos da reabilitação psicossocial, de construção de vínculo, regionalização do cuidado, que passa ser constitutivos no território do sujeito; envolvendo não somente os profissionais de saúde nesse tratamento, mas também a família, a comunidade e uma gama de redes intersetoriais que vão de encontro às necessidades de cada caso assistido.

Almeida (2009) retrata que a partir dos movimentos da reforma psiquiátrica houve uma rearticulação do processo de trabalho dos profissionais de enfermagem nos

serviços de saúde mental, exigindo mudanças no saber e no fazer da área. Tal reformulação ocorreu de forma lenta e gradual apesar das implicações éticas e legais que emergiam a necessidade de aceleração deste processo.

Com os conceitos advindos do processo da reforma psiquiátrica a clínica do indivíduo em sofrimento mental passa a ser compreendida em seu sentido multidimensional, valorizando a pluralidade, reconhecendo sua história; a vida social e seus desejos. Logo sua singularidade e desejo foram considerados em uma perspectiva ética de construção de cidadania, implicando não somente nos seus direitos, como também na capacidade de autonomia e liberdade. (TENÓRIO, 2001)

Dell'Acqua (1991) estabelece a necessidade de reinventar a clínica como construção de possibilidades, como construção de subjetividades e possibilidades de destacar o sofrimento dos sujeitos a fim de se responsabilizar-se pelo sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado e na cidadania enquanto princípio ético. A formação de uma clínica que não seja uma estratégia de normalização e disciplinamento.

Loyola (2008) apresenta que o cuidado de enfermagem em saúde mental passa a ser pautado no tripé: acolhimento, inclusão social e tratamento.

Sendo, portanto, um desafio para a enfermagem a recriação de novos campos do saber de atuação profissional baseado na integralidade, responsabilidade territorial e na atitude de fazer a diferença na vida das pessoas. O cuidado de enfermagem deve proporcionar ao usuário, através de práticas interdisciplinares, a reabilitação psicossocial como base de elementos, como: a subjetividade, autonomia, autoestima, autocuidado, identidade pessoal e social. Utilizando de ferramentas, como: o acolhimento, vínculo, escuta e corresponsabilidade com oferta do cuidado integral.

O novo modelo de cuidado passa ser uma resposta a cada singularidade do indivíduo ou situação de vida; deixando de ser centralizado. A reforma traz uma discussão da dimensão política e social que permeia a loucura, e propõem uma superação da clínica, sendo emoldurada por três vertentes: a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial. (TENÓRIO, 2001)

Rotelli (1990) discorre que o objeto de cuidado não deve ser a doença mental, objeto reducionista, e sim o sofrimento existente na vida dos pacientes e sua relação com o corpo social. É necessário ter o sujeito como objeto de nossa intervenção, nas suas múltiplas interações socioeconômicas e culturais, ajudando o usuário no enfrentamento diário de sua vida. Para tanto, Tenório (2001) aponta que isso envolve a construção de um suporte social, controle dos sintomas, apoio e orientação à família, oferecer condições de moradia e lazer e criação de alternativas de trabalho; tendo uma instituição referenciada ao tratamento e apoio à família. É dessa forma que a clínica da reabilitação psicossocial se reafirma.

As novas instituições de saúde devem atender aos preceitos da universalidade, acolhimento e inventividade, sendo a “superfície da vida” - como Tenório retrata - para o sujeito psicótico; tendo o papel na vida dos usuários de organização dos espaços, das trocas e da circulação, local que valorize a singularidade de cada indivíduo; seja característico em seu acolhimento, priorizando o respeito ao outro e as diversidades, sendo heterogêneo. A principal tarefa da nova instituição seria o acompanhamento do sujeito em seu cotidiano buscando uma vida melhor em sociedade. Logo, esse novo lugar do cuidado em saúde mental seria apreciado de dois novos conceitos: o da clínica ampliada e do território; que discutiremos mais à frente. (TENÓRIO, 2001)

Deve-se dar voz ao sujeito, não com o objetivo de reconhecimento do sintoma, mas como uma produção do sujeito social, reconhecendo a subjetividade inerente ao paciente no momento de sua vida. Para isso, Tenório (2001) aponta a importância da relação de transferência existente entre o paciente e o profissional de saúde, sendo através do vínculo deste relacionamento, capaz de engajar o paciente nesse tratamento e de reconhecimento da subjetividade das falas e atitudes do paciente. Logo, é necessário que a empatia se estabeleça para construção desse vínculo com o paciente.

O conceito de território se insere na clínica da atenção psicossocial como “não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua

inserção no mundo” (DELGADO, 1999). Assim, o serviço de saúde mental deve considerar as referências sociais e culturais da comunidade que está inserida para estabelecimento da clínica da atenção psicossocial.

Milton Santos (2000) fala que o território não está delimitado a um espaço físico geográfico, e sim um espaço fruto das relações estabelecidas; sejam elas: políticas, sociais, culturais e econômicas de determinada população. Esta noção de território permeia a proposta institucional do CAPS, uma vez que a assistência aos portadores de transtorno mental grave deve pressupor a articulação dessas relações presentes no território do usuário.

Neste sentido, torna-se fundamental que os CAPS funcionem de acordo com a lógica do território, sendo responsáveis por tecer a rede de atenção e articulá-la no sentido de potencializar a produção de subjetividades e apropriação da vida, a partir da compreensão de que é no território que as relações se estabelecem.

Goldberg (1994) diz que na clínica da atenção psicossocial se busca a construção de condições para a autonomia dos pacientes através do retorno à vida social do sujeito, respeitando as limitações clínicas inerentes a cada caso. Sendo a autonomia representativa para cada paciente, reconhecendo a singularidade de cada paciente, e não o tornando comum a modelos gerais de saúde. Assim, a autonomia pode perpassar ao fato do paciente ir trabalhar todos os dias ou ao simples fato deste conseguir ir ao CAPS todos os dias sem a ajuda de outra pessoa ou quem sabe de poder reconhecer a chegada da crise a fim de pedir ajuda para evitar uma internação futura. (TENÓRIO, 2001)

O conceito de Reabilitação Psicossocial é descrito pela Associação Internacional dos Serviços de Reabilitação Psicossocial (IAPRS) como:

Processo de facilitar o indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade [...] mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado. (*apud* Pitta, 1996)

Já para OMS a reabilitação psicossocial se traduz como:

Um conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários. (Pitta, 1996)

Para Goldberg (1994) a reabilitação é um ato de ofertar todas as possibilidades possíveis para tratamento do usuário, deixando o paciente atingir seu limiar, e não impor a ele o tratamento desejado pela equipe; aonde tratar e reabilitar são fatores inseparáveis. Nessa perspectiva, a autonomia de cada paciente é ditada pelo próprio paciente; sendo ele ditador de suas limitações possíveis para atingir o gerenciamento de sua vida.

Tenório (2001, *apud* Tykanori, 1996) fala que a exclusão do louco da sociedade se dá pela perda do poder contratual, aonde as trocas sócias são - em sua maioria - nula; anulando o valor social que o sujeito psicótico possui.

Portanto, reabilitar seria também resgatar a contratualidade, criando possibilidades para que o paciente participe do processo de trocas sócias com o objetivo de ampliação de sua autonomia.

Assim, o termo “autonomia” citado pelos autores Goldberg e Tykanori, vem atrelado aos conceitos de gerenciamento da vida e de resgate do poder contratual na sociedade; fatores indispensáveis a ser aplicados na clínica da reabilitação psicossocial e fundamentais para gerir o cuidado de enfermagem em saúde mental.

Tykanori (1996, p.57) formula ainda mais o conceito de autonomia para reabilitação psicossocial, deixando explícito que a autonomia não vem a ser independência de algo ou autossuficiência, mas sim, tornar-se dependente dos laços sócias necessário para o manejo da vida, evitando os constrangimentos impostos pela doença mental:

Entendemos autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com autossuficiência, nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é, antes, uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quando mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.

A clínica da reabilitação psicossocial traz a importância da manutenção da singularidade do paciente durante seu tratamento, respeitando suas escolhas e limitações durante a construção de seu projeto terapêutico, garantindo uma atenção e conduta específica para cada caso, descartando a cronificação das condutas empregadas nos manicômios, sendo reavaliadas frequentemente. A resposta do paciente a cada conduta é que ditará os próximos planos terapêuticos empregados (TENÓRIO, 2001, p.66). Desta maneira, o cuidado pós-demanda, proposto pela teoria do intuir empático, se configura para construção do projeto terapêutico singularizado.

Assim, a clínica de enfermagem psiquiátrica passa ser estruturada em elementos constitutivos, como: empatia, intuição, tempo, cuidado, pós-demanda, escuta qualificada, prontidão para cuidar e esperar. Essa clínica é a essência da proposta do modelo teórico do “intuir empático” proposto por Oliveira (2005).

Para Oliveira, “o intuir empático” é um processo dinâmico e pessoal, visto que a partir dele que a enfermeira constitui sua ação de cuidar de pessoas com transtornos mentais. O modelo foi construído por meio de movimentos dialéticos dos pensamentos e interações das enfermeiras; o que permitiu que o cuidado e suas dimensões fossem sua tônica.

Os profissionais integrantes dos serviços substitutivos, inclusive enfermeiros, em consonância com o processo de alteração do modelo de atenção ao portador de transtorno mental, perpassam um momento prático que transita pela experiência empírica nas instituições asilares, bem como, pelo novo discurso político assistencial em saúde mental.

O processo de trabalho foi reorganizado de forma a ser realizado numa perspectiva interdisciplinar acompanhada de horizontalização das funções dos profissionais da equipe multiprofissional, independentemente da formação original ou específica de cada profissional. Essa configuração do processo de trabalho está prevista e preconizada na Lei 10216, de seis de abril de 2001, e é favorecida não só pelas recomendações constantes das Portarias 336/ 02 e 189/02, mas também por ser

contemplada por mecanismos de financiamento das ações de saúde mental. (KIRSCHBAUM, 2009)

A consolidação deste modelo de trabalho designou a formação de equipe de referências, que tem como compromisso se responsabilizar por uma população adstrita e estabelecer com ela vínculos terapêuticos. Cada integrante da equipe multiprofissional desempenha o papel de desenvolver ações que são pertinentes a sua formação profissional, bem como as intervenções comuns a todos os profissionais integrantes da equipe, independente de sua formação específica. Permitindo assim, a construção de uma clínica ampliada através da criação de projetos terapêuticos individualizados.

Atualmente, a prática assistencial de enfermagem se caracteriza pela transição entre uma prática de cuidado hospitalar, que dispunha da contenção do comportamento dos portadores de transtornos mentais, a incorporação de princípios novos e desconhecidos, que se adaptam a uma prática interdisciplinar, aberta às diversidades dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, indo além da perspectiva disciplinar de suas ações. É portanto, período crítico para a profissão e favorável para o conhecimento e a análise do processo de trabalho em enfermagem, como cita Oliveira (2005).

Em meio a essa conjuntura transicional, o ensino de enfermagem psiquiátrica também apresenta dificuldades em adequar o conteúdo teórico-prático à realidade assistencial, de modo que, após a implementação da Reforma Psiquiátrica, reformularam-se timidamente os conteúdos programáticos, o que perpetua o despreparo prático, mesmo nos profissionais recém-formados. Dessa maneira, a alteração na qualidade da assistência está intimamente relacionada ao redirecionamento da qualificação e do preparo dos discentes, sendo as instituições de ensino responsáveis pela formação de profissionais atores nas transformações assistenciais vigentes, como coloca Almeida (2009).

Alguns estudos revelam que o papel dos enfermeiros, nos dispositivos de assistência extra-hospitalar em saúde mental, ainda é incompreendido. Revelam que o

enfermeiro tem como objetivo o gerenciamento intermediário do serviço, sendo agente facilitador do fluxo de atendimentos dos demais profissionais, deixando de cuidar do sofrimento presente na sua clientela e nos seus familiares. (KIRSCHBAUM, 2009)

Os demais profissionais integrantes da equipe e as instituições de cuidado parecem exigir da Enfermagem Psiquiátrica, não um progresso do conhecimento, mas a satisfação em ter todos os problemas resolvidos. Oliveira (2005) informa sobre a prática da enfermagem psiquiátrica onde todo o problema mal resolvido, ou todos os empecilhos ressaltados, são determinantes da incompetência profissional por parte dos integrantes da equipe de enfermagem. Grifa ainda, que todos os resultados da prática de enfermagem precisam ser visíveis.

A proposta de Oliveira e Alessi (2003) é a reconstrução do objeto de intervenção através da utilização de novos instrumentos de trabalho para uma redefinição da prática terapêutica para além do sentido da “cura”, mas de reabilitação, reinserção social. Os novos instrumentos utilizados na prática de enfermagem devem sobrepor os meios físicos e químicos coercitivos, valorizando a escuta e a individualização do sujeito em sofrimento mental.

Pelas singularidades existentes no CAPS entende-se que o papel do enfermeiro deve ir muito além das “práticas tradicionais”, como: o redimensionamento de profissionais, relacionamento interpessoal, administração de medicamentos, cuidados com higiene pessoal dos usuários, estímulos pelo autocuidado, entre outros. O profissional de enfermagem deve estar capacitado para realizar e contribuir na avaliação orgânica dos usuários. Portanto, o conhecimento sobre farmacologia e psicopatologias é de extrema importância. O papel de educador em saúde deve ser absorvido pelos enfermeiros nos CAPS quando se espera orientação em saúde e sobre as condições clínicas dos sujeitos em sofrimento; como explica Kirschbaum (2009).

Contudo o convívio com um cenário em constante transformação coloca o enfermeiro diante de novos e importantes desafios, consentindo que se faça uma análise crítica dos saberes que fundamentam sua prática profissional. Porém, o campo

das relações interpessoais não pode ficar limitado à relação enfermeiro-paciente. As múltiplas dimensões sociais, culturais, políticas e econômicas devem ser também consideradas para o desenvolvimento de um cuidado ampliado baseado na reabilitação psicossocial.

Diante do exposto busquei na revisão de literatura apresentar a produção acadêmica científica sobre a clínica da enfermagem nos CAPS III, para assim elucidar as condições dessa produção no Brasil e construir um pensamento crítico a respeito da produção científica analisada, além reconhecer as diferentes perspectivas, abordagens e metodologias empregadas nos estudos.

Durante a realização do estado da arte sobre o tema “a clínica da enfermagem psiquiátrica no CAPS III” no banco de dados eletrônico dos artigos indexados no LILACS, MEDLINE, Portal CAPES e no banco de teses e dissertações da Universidade Federal do Rio de Janeiro em base Minerva – UFRJ – pude destacar que não houve nenhuma publicação a cerca dessa temática.

A investigação foi realizada nos periódicos no período de 2002 a 2012. Optei por esse recorte temporal, pois foi no ano de 2002 que se estabeleceu a Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 que regulamenta a modalidade do CAPS III no Brasil, e assim buscar os conhecimentos relacionados à prática desta política e a inserção do profissional de enfermagem nesse cenário.

Como descritores em saúde (DeCs) foram utilizados: [enfermagem psiquiátrica] e [serviços de saúde mental], e como palavra chave: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O operador booleano *and* e os descritores foram utilizados para restrição da amostra.

Quanto aos critérios de inclusão foram: as publicações on-line na integra (formato texto completo) que contemplassem o tema de estudo, idiomas português ou inglês, e o recorte temporal entre 2002 a 2012. As publicações duplicadas foram excluídas, bem como os artigos que estavam apenas disponíveis no formato de seus resumos e publicados antes de 2002. Os critérios excludentes se delimitaram também

aos artigos, que embora apresentassem os descritores utilizados na busca, não abordavam diretamente a temática da clínica da enfermagem psiquiátrica no CAPS.

O somatório dos achados nas referidas bases foram de sessenta publicações. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão nesta amostragem foram selecionados um total de doze publicações.

Nas doze publicações encontradas os autores retratam, em geral, a transição do cuidado de enfermagem nestes novos dispositivos de atenção à saúde mental baseados na teoria da reabilitação psicossocial. Identificaram que esse cuidado ainda está sendo adaptado às novas modalidades, e sofre com o modelo hospitalocêntrico (manicomial) aplicados durante anos pelos profissionais de enfermagem. Modelo este, que prioriza a satisfação das necessidades básicas diárias, tais como: higiene, alimentação, medicação, lazer, segregação, tutela e contenção da loucura. Os profissionais de enfermagem que participaram dessas pesquisas revelaram que as dificuldades das ações de cuidados, baseados nos preceitos da reabilitação psicossocial proposto pelo movimento político da reforma psiquiátrica, são devido à falta de treinamento visando à qualificação desse profissional antes de ser inserido nestes cenários de saúde mental. Em sua maioria, os enfermeiros discursam que se sentem pressionados a dar conta da demanda em uma realidade pública caótica que não fornece condições de trabalho. Gerando sobrecarga, insegurança e limitações no trabalho.

Em resumo, as pesquisas revisadas retratam que nova orientação do modelo assistencial vem impondo a implantação gradativa e crescente de uma rede de cuidados, cuja organização exige uma complexa estrutura de serviço comunitário articulado a recursos territoriais, culturais, sociais; enfermagem de saúde mental em hospital geral; residência terapêutica e cooperativa social. Entretanto, nenhum artigo presente nesta revisão buscou identificar a clínica de enfermagem na modalidade do CAPS III, que se diferencia das demais, visto que possuem leitos para acolhimento à crise, na lógica do território e ações de cuidados específicas a este cenário. Assim, esse levantamento do estado da arte reforça a importância da realização desta

pesquisa no que tange à contribuição de seus resultados para o campo da saúde mental em suas dimensões da pesquisa, ensino e assistência de enfermagem no CAPS III.

1.4. Questão Norteadora e Objeto do Estudo

A questão que norteia este estudo está baseada na interrogação do modelo de assistência do enfermeiro mediante a substituição do modelo de cuidado organicista, medicalizado, para um novo conceito de cuidar em saúde mental – a Reabilitação Psicossocial.

A falta de conhecimento sobre a clínica de Enfermagem Psiquiátrica nos tempos atuais remete para contribuição da discussão da complexidade de cuidar na saúde mental. Porém, é frequente avaliar a falta de complexidade na assistência de Enfermagem Psiquiátrica, e quando o há, é muito baixa. Portanto, a psiquiatria deve ter um número menor de professores, um número menor de enfermeiros. Popularmente ou literalmente o cuidado oferecido pelos profissionais de enfermagem Psiquiátrica resume-se em atividades de pequena complexidade ou “pouco científicas”. (OLIVEIRA, 2005)

Entretanto, ressalta-se ainda a formação de estigmas que permeiam este cuidado proposto, e assim, descaracterizam as idealizações de preconceitos sobre o louco. Na verdade, o estigma existe - no entendimento da Psiquiátrica - como uma ciência; o que gera barreiras no meio social, e por vezes, entre os agentes dos cuidados. (OLIVEIRA, 2005)

A autora Oliveira (2001, p. 22) coloca:

(...) é preciso que a enfermeira tenha o conhecimento científico, que a profissão exige. Precisa compreender seu próprio comportamento, o do paciente, de seus familiares e amigos e o impacto que esses comportamentos têm sobre o atendimento do paciente e sobre a evolução da doença. Precisa compreender um novo conceito de “cura” para a doença mental, aproximando-a ao conceito de cuidado e de uma clínica ampliada, pautando-se não apenas na internação psiquiátrica, mas estendendo-se a outras instâncias da vida do indivíduo.

O objeto do estudo é **o cuidado do enfermeiro num Centro de Atenção Psicossocial na modalidade III.**

1.5. Objetivos do Estudo

Para orientação do estudo foram estabelecidos os seguintes objetivos a serem alcançados:

- Descrever as ações de cuidado do enfermeiro em um CAPS III;
- Analisar o cuidado do enfermeiro a luz do referencial teórico do Intuir Empático como estratégia de cuidado da Enfermeira Psiquiátrica.

1.6 Relevâncias e Contribuições do estudo

O papel do enfermeiro no CAPS é por vezes desconhecido. Estudos revelam que este desconhecimento se deve pela recente implantação destes serviços em saúde mental, o que traduz um processo de construção do saber-fazer em enfermagem nestes novos cenários. A incerteza do objeto de trabalho da enfermagem nos CAPS salienta a importância do atual estudo, a fim de uma construção de uma teoria para ressignificar o modelo de cuidado de enfermagem nos dispositivos de atenção psicossocial.

O presente estudo se faz relevante, uma vez que o estado da arte da temática “a clínica da enfermagem no CAPS III” não foi abordado em nenhum estudo integrante da revisão de pesquisa; o estado da arte desta pesquisa conforme já exposto.

O atual estudo se faz importante para extinção de estigmas que permeiam o cuidado em saúde mental, e assim, desconstruindo as idealizações de preconceitos sobre o louco, mostrando que é possível agenciar um novo modelo de cuidado do louco na sociedade.

Espera-se contribuir para o norteamento dos entraves existente sobre o referido tema propostos, com o intuito de melhor compreender a participação dos enfermeiros na reabilitação psicossocial; bem como gerar novas discussões e pesquisas sobre o cuidado da enfermagem neste campo de atuação profissional. Assim, contribuindo para

crescimento profissional dos enfermeiros de saúde mental e melhor a oferta de cuidado oferecida pelos enfermeiros nos dispositivos de saúde mental.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO – O INTUIR EMPÁTICO

2.1 O Intuir Empático como estratégia de cuidado da Enfermeira Psiquiátrica

O referencial teórico do intuir empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra foi constituída no ano de 2005 pela Enf^a Dr^a Rosane Mara Pontes de Oliveira durante o processo de construção de sua tese. O estudo para construção dessa teoria foi realizado com dez enfermeiros de um hospital universitário psiquiátrico do município do Rio de Janeiro.

A teoria se originou a partir da análise dos dados, a luz do Interacionismo Simbólico, através da criação de diversas categorias e subcategorias para análise das entrevistas, sendo os dados coletados através do método da teoria fundamentada nos dados. O tema central desta pesquisa foi “A Clínica da Enfermagem Psiquiátrica” fundamentado em quatro categorias principais: formando as enfermeiras do futuro; conhecendo as enfermeiras que cuidam; enfermagem psiquiátrica: uma prática não nomeada; e por uma clínica indisciplinada. A partir da análise dos dados emergiu duas categorias centrais: "Formando gente que se importa" e "Deixando de reconhecer o cuidado subjetivo na clínica da Enfermagem Psiquiátrica". Através dessas categorias centrais emergiu o fenômeno central: "O Intuir Empático com estratégia de cuidado da enfermeira psiquiátrica".

A escolha por esse referencial teórico – o intuir empático – como estratégia de cuidado da enfermeira psiquiátrica – se fez devido esta pesquisa possuir como objeto de pesquisa, o cuidado da enfermeira psiquiátrica, sendo este atual estudo também

possuir o mesmo objeto em diferentes cenários de pesquisa, o primeiro em um hospital psiquiátrico, e o segundo em um centro de atenção psicossocial III.

A aproximação da temática é relevante para uso desse referencial teórico. Essa teoria traz a pluralidade da clínica da enfermagem psiquiátrica, destacando dois distintos modelos de cuidado. O primeiro é o modelo biológico com suas características hegemônicas, punitivas, medicalizadas e controladas. O segundo é o modelo psicossocial aonde valoriza a escuta, reabilitação e o acolhimento singular. Destaca-se ainda, que essas características distintas podem percorrer os diferentes cenários de atuação da enfermagem psiquiátrica, de acordo a complexidade dos atores do cuidado e do cenário de atuação.

Para Oliveira (2005, p.195), "o intuir empático" é "um processo dinâmico e pessoal, uma vez que é a partir dele que a enfermeira constitui sua ação de cuidar de pacientes com transtornos psiquiátricos". O modelo foi construído por meio de movimentos dialéticos dos pensamentos e interações das enfermeiras, o que permitiu que o cuidado e suas dimensões fossem sua tônica. Para melhor compreensão do fenômeno do "Intuir Empático" como estratégia de cuidado, se faz necessário o conhecimento dos termos **empatia** e **intuição**.

A empatia foi nomeada por Oliveira (2005, p.195) em sua tese como a disponibilidade do indivíduo em ingressar na vida do outro e assim deter os seus sentimentos e significados. (apud Kalisch, 1973, p.153). Cita ainda, que a empatia é essencial no processo interpessoal; sendo a base para formalização da relação de ajuda do binômio enfermeiro-paciente. Com a empatia o enfermeiro dispõe da sensibilidade ideal para reconhecer o que o paciente deseja, tornando compreensíveis esses sentimentos.

Para que a enfermeira exerça a empatia em sua prática assistencial precisa desprender de seus ideais, valores e opiniões, para que possa se envolver nesse cuidado sem julgamentos, sem estigmas. (Oliveira, 2005, p.195). No entanto, para que

essa empatia se estabeleça, se faz necessário que a enfermeira também se sensibilize com o sofrimento do outro, dando significado para seu cuidado com o objetivo de sanar ou minimizar este sofrimento.

O Intuir é a formalização do contato direto da mente com o real, capaz de captar sua essência de modo evidente, necessitando, porém, de demonstração; sendo considerada uma importante ferramenta para o julgamento clínico e na tomada de decisões. Logo, é um tipo de conhecimento fundamental para a enfermeira no seu processo de trabalho em psiquiatria. (OLIVEIRA, 2005)

Conforme Oliveira (2005, p. 21) retrata, a enfermagem psiquiátrica tem sido cobrada, dos demais profissionais e instituições de saúde, da resolutividade dos problemas emergentes da assistência, bem como organização operacional do serviço. Quando essas demandas não são atendidas ou os resultados não são visíveis, a equipe de enfermagem é denotada como incapaz. Oliveira cita ainda, que na enfermagem psiquiátrica os resultados da intervenção não são imediatistas, isto é, o tempo é sinônimo de resultado, e destaca:

Tempo interno, tempo de disponibilidade para que o sujeito possa querer, tempo para a enfermeira deixar o doente querer, porque a doença/sintomas tem seu próprio tempo de responder à medicação, porque esse sujeito, objeto do cuidado da enfermeira psiquiatra, não é nada passivo. Com sintoma, ou sem sintoma ele é ativo e tem querer.

O tempo em psiquiatria é relevante ao sujeito adoecido em seu processo terapêutico, envolve sua disponibilidade e envolvimento do projeto estabelecido, e por vezes o profissional de enfermagem não dispõe desse tempo ao sujeito, agindo e decidindo por eles. Os resultados do cuidado prestado são obtidos através das intervenções sucessivas e persistentes, em sua maioria. (OLIVEIRA, 2005)

O cumprimento das rotinas e às horas do plantão levam a uma correria da hora por parte deste profissional, não disponibilizando o tempo ideal para desenvolver o

cuidado em psiquiatria. Assim, o **tempo** passa a ser um elemento constitutivo da clínica da Enfermagem Psiquiátrica, sendo um planejamento do paciente e não da enfermeira.

Neste modelo a **empatia** foi considerada por Oliveira (2005) também como uma ferramenta imprescindível para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem em psiquiatria. Com a empatia ocorre a sensibilização dos sentimentos do paciente e a capacidade de verbalizar essa compreensão, deixando ser norteado pelas respostas deste paciente. Ela é a chave do relacionamento terapêutico, sendo a capacidade de percepção do outro como se fosse o próprio.

O cuidado de enfermagem generalista intervém sobre as demandas dos pacientes, sendo essas observadas e sanadas pelo enfermeiro que estabelece seu plano terapêutico antes que surjam. Em saúde mental o cuidado de enfermagem deverá ser estabelecido após a identificação da demanda dos usuários, considerando suas particularidades e estimulando-os para o autocuidado. Assim, na enfermagem psiquiátrica o enfermeiro deve esperar que os pacientes demandassem antes da elaboração do plano de cuidados, logo o cuidado existirá **pós-demanda**, valorizando as vontades e necessidades do paciente, fundamentado na pessoa e não no curso da doença, sem imposições de cuidado. (OLIVEIRA, 2005)

Oliveira (2005) informa que para estabelecermos o cuidado pós-demanda, se faz necessário que o profissional de saúde seja referenciado pelo paciente, para que o sujeito participe ativamente da construção de seu projeto de cuidado, na condição de coparticipante. É através da ciência que a enfermeira irá determinar a melhor forma de assistir/cuidar do seu paciente.

O modelo de “intuir empático” proposto por Oliveira (2005) considera também uma **escuta qualificada**, na qual é preciso ouvir o sujeito compartilhando com ele a situação de sofrimento, para assim estruturar qualquer tipo de intervenção.

O cuidar em saúde mental no modelo do “intuir empático” envolve também a **prontidão para cuidar** do outro em sofrimento, ou seja, estar disponível para conhecer suas necessidade e criar com ele um espaço de vida. (OLIVEIRA, 2005)

A clínica da enfermagem psiquiátrica induz o **esperançar**, que é aguardar com esperança para que nada ocorra, isto é, aguardar com o paciente. Tal conceito se aplica ao estudo quando aguardamos com esperança que o paciente queira fazer planos para o futuro. (OLIVIERA, 2005)

A complexidade do cuidado psiquiátrico é, por vezes, desvalorizada na clínica da Enfermagem Psiquiátrica, o que gera atividades de baixa complexidade ou, como cita Oliveira “pouco científca”. Oliveira traduz ainda, que o resultado desta desvalorização é um estigma ao cuidado de enfermagem em psiquiatria; e o cuidado é referenciado pela sua pouca resolutividade.

Oliveira aponta que o conceito de enfermagem psiquiátrica é pouco compreendido, assim como a função da enfermeira nos cenários de saúde mental; o que implica em uma baixa apreensão do ensino.

A mudança deste cuidado consignou a assunção de responsabilidades pela direção de casos pelos enfermeiros e maior participação nas atividades de reabilitação psicossocial por parte, também, dos trabalhadores de nível médio, em detrimento da posição que ocupavam no modelo assistencial anterior, que antes era o punitivo, controlador da ordem do comportamento dos pacientes, especialmente na realização do cuidado aos sujeitos psicóticos. (OLIVEIRA, 2005)

É a partir desses propostos teóricos que discutiremos a clínica de enfermagem psiquiátrica em sua nova dimensão de cuidado, independente do serviço de saúde mental em que a enfermeira psiquiátrica atue. No atual estudo será identificado o desenvolvimento da clínica da enfermagem psiquiátrica nos serviços substitutivos ao manicômio - o centro de atenção psicossocial III

DIAGRAMA 03 – O Intuir Empático



CAPÍTULO III

REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

O presente trabalho tem uma abordagem qualitativa, descritiva e reflexiva, baseado no método da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA).

A metodologia qualitativa incorpora a questão do significado e da intencionalidade, como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo tomadas como construções humanas significativas. A abordagem qualitativa justifica-se na medida em que trabalha o universo dos significados, valores, atitudes, relações que não podem ser operacionalizadas, aprofundando-se no significado de ações e relações humanas. (MINAYO, 1999)

A escolha dessa abordagem metodológica partiu da necessidade de se obter elementos que proporcionassem uma melhor compreensão da prática assistencial dos enfermeiros de um CAPS III e, assim, fundamentar o objeto de estudo.

Os estudos qualitativos atendem a situações nas quais simples observações indicam funcionamento complexo de estruturas e organizações. Uma pesquisa qualitativa trata diretamente com aspectos de complexidade humana explorando-o para solucionar seus questionamentos a cerca da problemática levantada. (POLIT *et al*, 2004)

A escolha por um estudo descritivo foi própria para o objeto em foco, pois permite o conhecimento aprofundado do objeto em questão para promoção de melhorias na assistência de enfermagem aos usuários em sofrimento mental.

As pesquisas descritivas têm como objeto primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, como cita Minayo (1999)

A designação para o uso PCA se deu pela melhor apropriação do estudo em busca do conhecimento da clínica da enfermagem no CAPS III, através do processo de aproximação sistemático do campo da pesquisa ao da prática de enfermagem desenvolvida em caráter de simultaneidade.

Paim e Trentini (1999) revelam que o contexto da prática também clama por paradigmas de pesquisa que se conectam diretamente com o mundo das ações práticas a fim de prover melhorias no trabalho profissional, como propõem a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA).

Em vista disso, a PCA propõe que os profissionais de enfermagem sejam os pesquisadores de suas ações diárias de assistência, para que sua pesquisa seja parte integrante da sua vida profissional nos diversos campos da prática. Neste caso, os instrumentos de investigação seriam úteis tanto para a pesquisa quanto para a assistência do dia a dia. (PAIM *et al*, 2008)

Portanto, a PCA designa ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal de determinada prática onde os pesquisadores desenvolvem simultaneamente

pesquisa e práticas de saúde com a intencionalidade de provocar mudanças qualificadoras daquela assistência. (PAIM E TRENTINI, 1999)

A Pesquisa Convergente-Assistencial foi desenvolvida por Trentini e Paim e publicada, pela primeira vez, em 1999. Segundo Paim e Trentini (1999) a PCA é sustentada pelos seguintes pressupostos:

- 1) A conjuntura da prática assistencial promove inovação, para solução de problemas adversos do cotidiano, reconstituindo práticas para a superação ou para maximização de situações favoráveis, o que exige empenho dos profissionais em incluir a pesquisa nas suas atividades assistenciais, pela união do saber-pensar ao saber-fazer.
- 2) O contexto da prática assistencial é potencialmente um campo fértil de questões abertas a estudos de pesquisa.
- 3) O espaço das relações entre a pesquisa e a assistência vitaliza ao mesmo tempo o trabalho vivo no campo da prática assistencial e no da investigação científica.
- 4) A PCA implica o compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações procedentes desse contexto.
- 5) O profissional de saúde é potencialmente um pesquisador de questões com as atuais lida cotidianamente, o que lhe possibilita uma atitude crítica apropriada à crescente dimensão intelectual no trabalho que realiza.

Os resultados de uma pesquisa que se utiliza do método da PCA têm como principal objetivo provocar mudanças evolutivas na concreta realidade dos cenários pela dialógica dos campos: o de prática assistencial e o da própria investigação científica.

Paim e Trentine (1999) referem que os princípios da PCA, são baseados em:

- ✓ *Essencialidade* – A aproximação dos processos de prática assistencial e da investigação em contínua ação dialógica;

- ✓ *Conectividade* – A exigência de ações de compromisso entre o pesquisador e a equipe assistencial na reconstrução da lógica “pensar e fazer”;
- ✓ *Interfacialidade* – A produção de mudanças na prática assistencial face às questões investigativas concomitantemente;
- ✓ *Imersibilidade* – A inserção do pesquisador e de seu projeto como parte presencial em ações da assistência, visando à construção de mudanças compartilhadas e apropriadas a novos conhecimentos em ambas as instâncias.

Neste contexto, o conceito do assistencial é o objeto de reconceituação no pensar e no fazer as ações de Enfermagem. A PCA considerando tal propósito de ação com vistas à realização de mudanças na prática assistencial apresenta-se com aproximações e distanciamentos dos requerimentos da Pesquisa-Ação. (PAIM *et al*, 2008)

Enfim, a PCA se propõe não só à resolução de problemas no contexto assistencial, mas também a construir mudanças e/ ou inovações nessa prática.

Este estudo irá se debruçar nesses preceitos, visando o conhecimento desse novo cenário das práticas da enfermagem psiquiátrica, o CAPS III, para viabilizar as resoluções dos problemas emergidos dos discursos dos sujeitos da pesquisa com o objetivo de mudar a prática da assistência de enfermagem, através da reconfiguração do saber pensar em enfermagem no campo da saúde mental.

3.2 Cenário do Estudo

Terá como cenário de pesquisa um CAPS III, localizado no município do Rio de Janeiro, na área programática (AP) 3.1., em uma comunidade pacificada. Este serviço atende as áreas do Complexo do Alemão, Mangueiras, Bonsucesso, Penha, Ramos e Olaria.

O CAPS III escolhido foi inaugurado em Junho de 2010, tendo como clientela pessoas maiores de 18 anos que sofrem com distúrbios mentais severos, associados ou não ao uso de álcool e outras drogas. Este dispositivo possui seis leitos para acolhimento integral a crise na lógica do território.

O objetivo do cenário do estudo é oferecer atendimento diário e noturno à população de sua área de abrangência (clientela adulta), com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, sendo um dispositivo potente à redução das internações em hospitais psiquiátricos e clínicas conveniadas.

A AP 3.1 possui também como dispositivos de saúde mental outros dois CAPS nas modalidades de CAPS II, sendo um situado em Olaria e outro na Ilha do Governador; um CAPS situado na Maré e a proposta de inauguração de um CAPS III também na Maré para o ano de 2014.

A escolha deste cenário é devido à história de reabilitação social neste dispositivo de cuidado em saúde mental inovador, além de ser o campo de atuação profissional da autora.

O cenário é um local de referência e tratamento para pessoas com grave sofrimento psíquico, que demandam um cuidado intensivo do enfermeiro e equipe multiprofissional, sendo um modelo inovador da assistência psiquiátrica, com um percentual - em média - de 306 usuários matriculados no serviço.

Localizado em uma comunidade pacificada onde a pobreza e a desigualdade social agravam a saúde mental dos moradores dessa AP.

Avaliação feita pela autora sobre a necessidade de mudança nas práticas assistenciais a sua clientela através do desenvolvimento de uma clínica de enfermagem foi movida pelo pressuposto teórico da reinserção social, cidadania, acolhimento, construção de vínculo, territorialidade do cuidado e intersetorialidade, e assim poder articular sua prática com a pesquisa no seu cenário de trabalho e gerar

possíveis mudança para melhor oferta de cuidado dos enfermeiros num CAPS III, conforme proposto pela PCA.

3.3. Sujeito do Estudo

O sujeito desta pesquisa são os enfermeiros inseridos num CAPS III.

O sujeito é a realidade a respeito da qual se deseja saber alguma coisa. É o universo de referência. Podem ser constituído de objetos, fatos, fenômenos ou pessoas a cujo respeito faz-se o estudo com dois objetivos principais: ou de melhor apreende-los ou com a intenção de agir sobre eles.

(Lakatos et al. 1991)

A escolha e a caracterização dos atores sociais do estudo foram determinadas pela busca de um interesse necessário emergido com a identificação do objeto de estudo pesquisado, o que assinalou um maior comprometimento com a investigação proposta.

Como critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa estão: fazer parte da equipe de enfermagem do CAPS por no mínimo 04 meses, serem enfermeiros que prestam assistência direta aos usuários no CAPS, de ambos os sexos, assinar e estar de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

Não foi determinado critérios de exclusão dos sujeitos da pesquisa.

Sabendo das considerações propostas pela Política Nacional de Saúde Mental, que encorajam os trabalhos em equipe multiprofissional, este estudo somente se atentará para o cuidado de enfermagem, tendo em vista o objeto de estudo e a necessidade de significar a prática individualizada do enfermeiro no cenário de pesquisa do CAPS III. E assim, futuramente, gerar reflexões a cerca do cuidado interdisciplinar em posterior estudo.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada em setembro de 2013, após a aprovação do comitê de ética em pesquisa, através da plataforma Brasil e se estendeu até março de 2014. Em uma pesquisa qualitativa a coleta de dados se dá por um período de tempo significativo para que haja uma interação do pesquisador com seu sujeito de estudo; e ela ocorre paralelamente à análise destes dados. Conforme o pesquisador percorre e compreende as informações coletadas poderá emergir novos questionamentos que deveram ser investigados posteriormente para ampliação ou confirmação do seu estudo. (POLIT *et al*, 2004)

As etapas da coleta de dados foram as seguintes:

(1º) Preenchimento de um formulário sociodemográfico pelos sujeitos da pesquisa para reconhecimento de seu perfil, considerando os aspectos de inclusão dos sujeitos da pesquisa e eventual consentimento de participação da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (APÊNDICE A)

(2º) Observação direta, não participativa, da prática de cuidado dos enfermeiros seguindo um roteiro de observação preestabelecido para as anotações pertinentes no diário de campo.

(3º) Realização de uma entrevista aberta com cada sujeito da pesquisa baseada no questionamento das perguntas (O que você entende pela clínica da enfermagem psiquiátrica? e O que você pensa sobre a assistência de enfermagem no CAPS III, seus principais desafios, impasses, questionamentos diante da clínica?). A partir dos discursos desta entrevista foram selecionados os conteúdos emergentes para posterior análise.

A entrevista é uma das opções de coleta de dados qualitativos, apresentando as seguintes vantagens: propiciar oportunidades para motivar e esclarecer o respondente; permitir flexibilidade ao questionar o respondente, ao determinar a sequência e ao escolher as palavras apropriadas; permitir maior controle sobre a situação e finalmente

permitir maior avaliação da validade das respostas mediante a observação do comportamento não verbal do respondente. (POLIT *et al*, 2004)

Na proposta metodológica da PCA os resultados devem emergir da prática, e as análises devem influenciar a mudança da prática, de modo que seja despertada uma reflexão nos sujeitos da pesquisa a cerca do cuidado oferecido em sua assistência cotidiana no cenário deste estudo.

Para coleta dos dados, os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos com uma linguagem clara sobre o assunto tratado no estudo e sobre o sigilo das informações.

Os dados para análise foram coletados com a ajuda de gravadores, relatórios de observações e documentos. Após a coleta os dados foram transcritos para realização das leituras, e em seguida se procede à análise dos dados.

3.5 Análises dos dados

As informações obtidas em uma pesquisa qualitativa são ricas e profundas, uma vez que se tem o potencial para esclarecer as múltiplas dimensões de um fenômeno complexo. Os resultados obtidos desta abordagem são baseados em experiências cotidianas da prática do cuidado nos CAPS III e dos sujeitos envolvidos nesta pesquisa. Esta abordagem garante uma visão analítica ao pesquisador habilitado.

Vale ressaltar que os resultados obtidos são considerados, ao cenário de coleta de dados, para situar a clínica de enfermagem no CAPS III. Não sendo possível criar inferências para outros cenários.

Os conteúdos emergentes do discurso serão analisados baseando-se no referencial teórico do *Intuir Empático*, proposto pela autora Rosane Mara Pontes de Oliveira. A análise dos discursos se dará a cada linha para formação dos conteúdos preliminares e desses se emergirem as categorias centrais para posterior análise. (DIAGRAMA 04)

DIAGRAMA 04 – A Análise dos Danos



3.6 Aspectos Éticos

Os princípios éticos envolvidos na pesquisa, que tem como sujeitos enfermeiros de um CAPS III, seguem o disposto na Resolução 196, de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos que consiste em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos responsáveis legais pelos sujeitos da pesquisa. Este consentimento tem como objetivo garantir o sigilo que assegura a identidade, privacidade e liberdade quanto a sua participação na pesquisa, bem como a autorização prévia por parte do estabelecimento de saúde, onde está localizado o cenário de estudo.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil, sendo encaminhado ao CEP da instituição proponente, da Escola de Enfermagem Anna Nery, número do parecer de aprovação 376.548. Recebeu também a autorização prévia da superintendência de saúde mental do município do Rio de Janeiro e da direção do CAPS que será cenário dessa pesquisa. O presente estudo também ganhou a aprovação do comitê de ética e pesquisa do Município do Rio de Janeiro, número do parecer de aprovação 01A/2014. (APÊNDICES F e G)

Com a aprovação do CEP, foi iniciada a coleta de dados, após todos os sujeitos assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) - em atendimento às exigências constantes na Resolução nº 196/1996 e Resolução nº 466/2012 do

Conselho Nacional de Saúde.

O estudo terá como benefício, à luz dos seus resultados, uma proposta de assistência de enfermagem para as novas perspectivas de cuidado em saúde mental, afim de um norteamento de cuidado que vise à reinserção social e recuperação da sua autonomia e independência para um resgate a qualidade de vida. Assim, não trará prejuízos aos usuários do serviço e a instituição de saúde, envolvidos nesta pesquisa.

Os resultados do estudo foram utilizados para atender as demandas da pesquisa, através da publicação dos resultados em periódicos, revistas científicas e eventos de cunho científico. Além de ser exposta a equipe multidisciplinar do CAPS - cenário da pesquisa - a fim de contribuir para discussões e reflexões acerca do processo de trabalho da equipe.

Os dados coletados durante as entrevistas foram gravados utilizando o recurso de MP3, sendo posteriormente transcritos e armazenados por até cinco anos, após os arquivos serão descartados.

A pesquisa não traz nenhum custo ou qualquer compensação financeira aos sujeitos envolvidos.

Os riscos da participação na pesquisa para os sujeitos envolvidos não são de ordem física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Apesar disso, poderá gerar incômodo ao enfermeiro participante durante 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 trabalho de preferência, sem que haja prejuízo à prática, além da sua participação ser voluntária.

Além disso, o fato das entrevistas serem realizadas no local de trabalho dos enfermeiros poderá comprometer os resultados, por se sentirem coagidos ou pouco à vontade em revelar os impasses da clínica de enfermagem neste serviço, ou dados que questionem sua prática assistencial. Assim, os aspectos positivos do processo de trabalho tendem a serem mais explícitos na coleta de dados; fato que será considerado pela pesquisadora.

A pesquisa tem como objetivo propor uma inovação da prática assistencial aos enfermeiros que farão parte desse estudo, contudo irá beneficiá-lo na qualidade de sua assistência prestada a sua clientela, bem como contribuirá para reflexões e críticas a respeito do cuidado de enfermagem em psiquiatria no âmbito da reabilitação psicossocial.

A Pesquisa Convergente Assistencial implica no compromisso de beneficiar o contexto assistencial durante o processo investigativo, ao mesmo tempo em que se beneficia com o acesso franco às informações procedentes desse contexto.

Além desses benefícios gerados pela pesquisa ocorrerá também, o aumento do conhecimento científico para a área de enfermagem psiquiátrica.

CAPÍTULO IV

CONHECENDO OS SUJEITOS DA PESQUISA

Para a identificação dos sujeitos da pesquisa, respeitando o anonimato destes, foi adotada a classificação por nomes de pedras preciosas que adjetivam tais sujeitos, pois são pedras preciosas para a enfermagem na saúde mental, portanto:

Enfermeiro Ametista – Esta pedra indica paz e espiritualidade, sendo de maior eficácia na meditação. Transmite paz, espiritualidade, elimina o estresse e inspira a cura e intuição. Os gregos acreditavam que a Ametista tinha o poder de transformar os maus pensamentos em pensamentos otimistas, além de proteger seu portador de falsas amizades.

Enfermeiro Âmbar – A pedra âmbar indica Sucesso, Proteção, Motivação, Sexualidade, despertando em nós a alegria de viver. Na meditação, ativa o pleso solar liberando o caminho para o fluxo de energias positivas. Entre os povos Árabes o Âmbar era usado como amuleto para afastar os maus espíritos e proporcionar alegria para seu portador.

Enfermeiro Calcedônia – Indica paz e serenidade, eliminando a raiva e ajuda a atrair perspectivas positivas e alivia pesadelos, no século XVI, a Calcedônia era prescrita pelos magos para acabar com ilusões e fantasias. Mandava-se perfurar a pedra e pendurá-la no pescoço para este fim.

Enfermeiro Unakita – Pedra preciosa antidepressiva. Afasta perturbações, nos dá equilíbrio e alegria de viver. Tem propriedades calmantes.

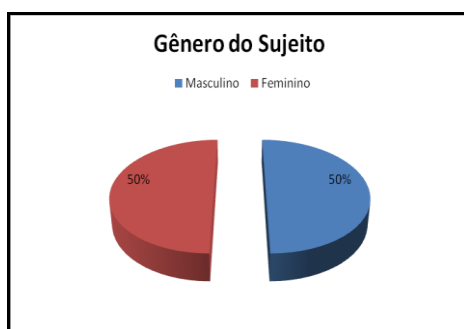
Enfermeiro Bronzita – Diminui depressões e ameniza os traumas vividos. Excelente para proteção contra influxos negativos atuando como um escudo protetor da alma. Os gregos e romanos a utilizavam como pedra curativa, sendo usada também como proteção e cura contra doenças espirituais e mentais.

Enfermeiro Cristal – Indica harmonia e energia, aumentando a possibilidade de cura física, mental ou espiritual por ser uma grande fonte de energia.

Os dados a seguir foram coletados a partir do formulário sociodemográfico preenchido pelos enfermeiros.

1) Segundo gênero dos sujeitos da pesquisa

Gráfico 1 - Gênero dos Sujeitos



Os gêneros dos sujeitos são equivalentes, sendo três sujeitos do gênero feminino e os outros três do gênero masculino.

2) Segundo Faixa Etária dos Sujeitos

Tabela 1 - Faixa Etária dos Sujeitos

Faixa Etária	Sujeitos
25 - 30 anos	02
30 - 35 anos	03
35 - 40 anos	01
Total	06

A faixa etária de maior equivalência é a de 30 a 35 anos, sendo profissionais com pouco tempo de inserção no mercado de trabalho, visto também que 02 sujeitos possuem a faixa etária de 25 a 30 anos.

3) Segundo Situação Conjugal dos Sujeitos

Gráfico 2 - Situação Conjugal dos Sujeitos



4) Segundo a posse de filhos

Gráfico 3 - Posse de Filhos pelos Sujeitos



Do total de seis sujeitos, três deles possuem filhos, e os outros três ainda não possuem. Os três sujeitos que possuem filhos, cada um teve somente um filho, respectivamente. Sendo 04 enfermeiros casados e dois enfermeiros solteiros em sua situação conjugal.

5) Segundo à Religião do Sujeito

Gráfico 4 - Religião dos Sujeitos



Todos os seis sujeitos da pesquisa possuem religião definida, sendo dois deles evangélicos e quatro católicos. Três sujeitos declaram praticar regularmente a religião, e os outros três não serem praticantes regulares da religião definida.

6) Segundo Grau de Escolaridade e Especialização dos Sujeitos

Gráfico 5 - Grau de Escolaridade dos Sujeitos

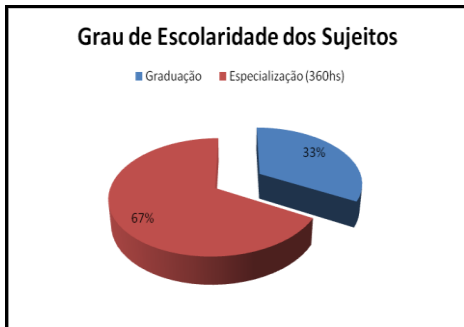
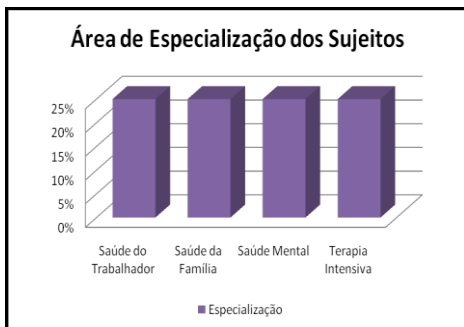


Gráfico 6 - Área de Especialização dos Sujeitos



Quatro dos enfermeiros possuem especialização concluída e dois somente possuem o nível de bacharel em enfermagem. Os que possuem especialização são de áreas diferenciadas, sendo somente um enfermeiro com especialização em saúde mental.

7) Segundo a quantidade de empregos dos Sujeitos

Tabela 02 – Nº de Emprego Formal dos Sujeitos

Nº Empregos	Sujeitos
01	04
02	01
03	01
Total	06

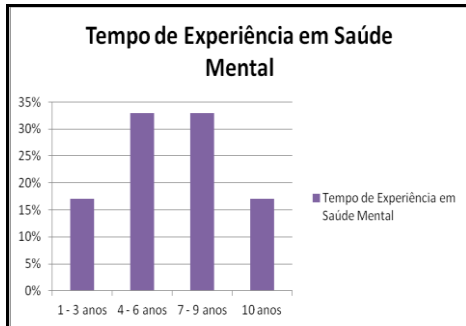
8) Segundo a Carga Horária Semanal de Trabalho dos Sujeitos**Tabela 03 – Carga Horária Semanal de Trabalho dos Sujeitos**

Carga Horária Semanal	Sujeitos
40hs	04
60hs	01
96hs	01
Total	06

Em geral os enfermeiros possuem somente um emprego em enfermagem com carga horária de 40 horas semanais, porém um dos enfermeiros possui uma carga horária de 96 horas na semana de trabalho, que pode acarretar sérios problemas em sua saúde física e mental.

9) Segundo o Tempo de Experiência em Saúde Mental dos Sujeitos

Gráfico 7 – Tempo de Experiência dos Sujeitos em Saúde Mental



Os sujeitos da pesquisa possuem diferentes tempos de experiência em saúde mental, sendo um sujeito com experiência de 1 a 3 anos, dois com tempo de experiência equivalente de 4 a 6 anos, dois sujeitos informam ter de 7 a 9 anos de experiência em saúde mental e um sujeito 10 anos de experiência na área.

10) Segundo as experiências anteriores dos Sujeitos em Saúde Mental

Quadro 01 – Experiências Anteriores dos Sujeitos em Saúde Mental

Experiências Anteriores	Sujeitos
CAPSi	02
CAPS II	02
Residência Terapêutica	01
CAPSad	01
Hospital Psiquiátrico de Longa Permanência	03
Hospital Psiquiátrico de Curta Permanência	01
Nenhuma	01

Os sujeitos da pesquisa possuem experiências diversas na área de saúde mental, sendo dois com experiência em CAPS infantojuvenil, dois em CAPS na

modalidade II, um sujeito que já atuou em CAPS na modalidade álcool e outras drogas, um com atuação em residências terapêuticas, três sujeitos que já atuaram em hospitais psiquiátricos de longa permanência, um com experiência em hospital psiquiátrico de curta permanência e um sujeito que declara não ter tido nenhuma experiência prévia em saúde mental.

11) Segundo a realização de Curso de Aperfeiçoamento ou Extensão em Saúde Mental pelos Sujeitos

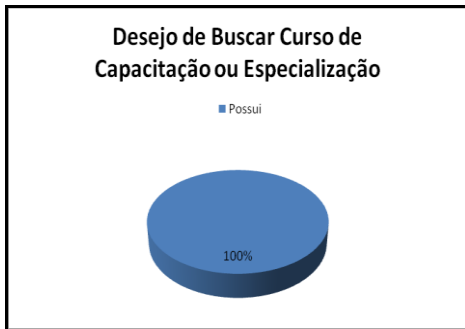
Gráfico 8 - Realização de Curso de Aperfeiçoamento ou Extensão em Saúde Mental pelos sujeitos



Dos seis sujeitos incluídos nessa pesquisa, dois possuem curso de aperfeiçoamento ou extensão em saúde mental, porém quatro dos sujeitos ainda não possuem nenhum curso em saúde mental.

12) Segundo o desejo de realizar curso de capacitação ou especialização pelos sujeitos

Gráfico 9 – Desejo dos Sujeitos em realizar cursos de capacitação ou especialização

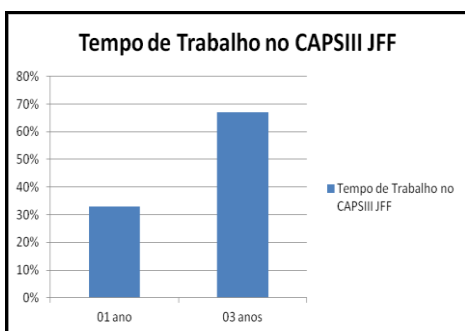


Todos os sujeitos da pesquisa declararam possuir desejo por buscar cursos de especialização ou capacitação; sendo a área de saúde mental apontada por 04 sujeitos, Terapia Intensiva, Saúde Pública e Saúde do Trabalhador foi apontado por 01 sujeito, respectivamente.

Três sujeitos da pesquisa informaram ainda, que o local de trabalho possui espaços de capacitação profissional; enquanto que os outros três sujeitos não reconhecem nenhum espaço de capacitação. Os que afirmam ter capacitação profissional declaram estes serem os espaços de supervisão clínica semanal e seminário interno; que acontecem esporadicamente.

13) Segundo o Tempo de Trabalho dos sujeitos no cenário da pesquisa

Gráfico 10 – Tempo de Trabalho dos Sujeitos no CAPS III João Ferreira



Dois sujeitos trabalham há um ano no CAPS III JFF e quatro compõem a equipe do CAPS III JFF há três anos, ou seja, desde a inauguração do serviço.

CAPÍTULO V – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Durante a coleta de dados, três assuntos foram de maior incidência nos discursos dos sujeitos: o cuidado de enfermagem no CAPS III, o compartilhamento do cuidado no CAPS III e a desqualificação do ensino de enfermagem psiquiátrica na graduação.

Todos os discursos dos enfermeiros sujeitos da pesquisa foram relacionados com a atividade prática assistencial dos mesmos no cenário de atuação ou em outras áreas da saúde mental, sempre valorizando a melhoria da oferta do cuidado no CAPS III - João Ferreira; estando implicados no processo de reabilitação psicossocial oferecidos pelos profissionais aos usuários.

Os conteúdos preliminares formador das categorias centrais emergiram dos discursos dos sujeitos, através da análise de linha a linha do discurso, após a transcrição na íntegra das entrevistas e separação das frases conforme o assunto expressado; dando enfoque ao principal tema abordado por cada sujeito em cada frase. As categorias listadas nos quadros que serão apresentados a seguir são mais significativas e que se repetiam na análise dos discursos dos sujeitos para a convergência e formação de um conteúdo central.

As categorias geradas foram: ***A Clínica de Enfermagem Psiquiátrica no CAPS III: uma clínica cuidadosa; O Compartilhamento do Cuidado através da estratégia da Interdisciplinaridade: o cuidado que provoca mudanças numa rede territorial em construção; e A Valorização da Clínica Psiquiátrica no Ensino de Graduação: Formando enfermeiros capacitados para o cuidado em saúde mental.***
(DIAGRAMAS 05 e 06)

DIAGRAMA 05 - A clínica da enfermagem no CAPS III

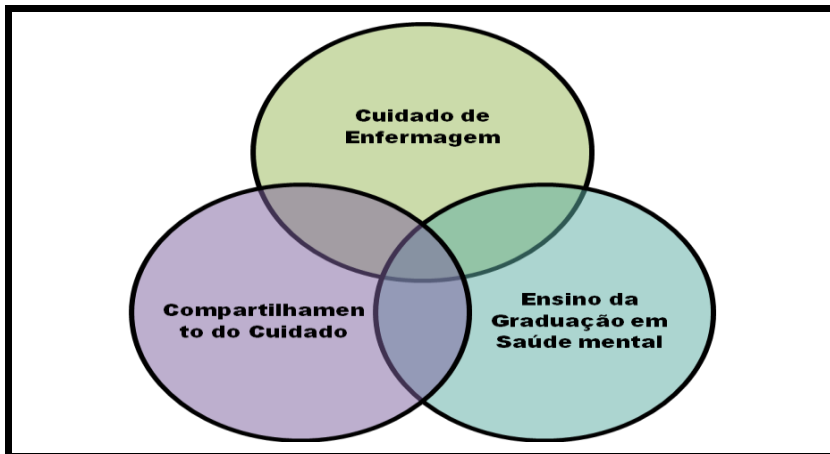
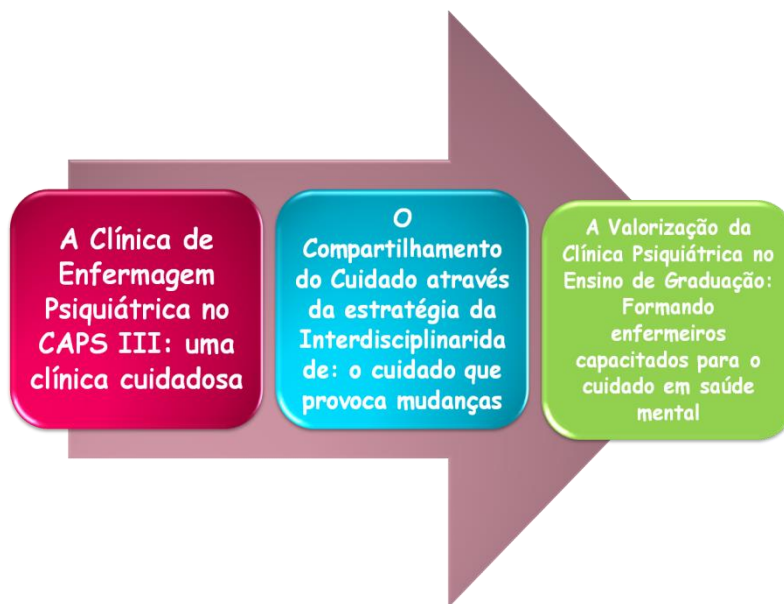


DIAGRAMA 06 – As categorias formadas



5.1 A CLÍNICA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NO CAPS III – uma clínica cuidadosa

Quadro 02 – Categoria A Clínica da Enfermagem Psiquiátrica: uma clínica cuidadosa

CATEGORIA FORMADA	CONTEÚDO PRELIMINARES
<p>A Clínica de Enfermagem Psiquiátrica no CAPS III: uma clínica cuidadosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> O cuidado permeado pelos os cuidados hospitalares O cuidado sem barreiras O cuidado pelo vínculo com o usuário O cuidado construído no dia a dia e caso a caso O cuidado sem regras, rotinas ou protocolos O cuidado sempre disponível e presente nas 24hs O cuidado acolhedor através da escuta qualificada O cuidado pós demanda do usuário O cuidado que é vital para instituição O cuidado gerador de felicidade e reinserção social e familiar O cuidado da desinstitucionalização O cuidado na convivência do serviço O cuidado que inclui ativamente o usuário na tomada de decisão O cuidado na crise psíquica através do acolhimento O cuidado com responsabilidades O cuidado que gera autonomia no gerenciamento do enfermeiro

A relação do ser humano com o outro expressa a interdependência existente no processo de cuidar e ser cuidado. Essa relação interativa de comunicação envolve o respeito ao corpo e as escolhas do outro; responsabilidade e complexidade de determinantes no seu desenvolvimento e realização. As relações de cuidado são

manifestadas em todas as atividades do cotidiano de cada ser. O cuidar é uma relação mútua de ajuda, de crescimento e autorealização, pautada pelo afeto e no respeito ético moral.

O cuidar em enfermagem visa conhecer e atender as necessidades do ser a ser cuidado e oferecer oportunidade a ele de cuidar-se e desenvolver o seu potencial. A enfermagem tem como premissa básica o cuidado com o ser humano na sua totalidade; considerando as potencialidades e capacidades para agir e decidir do ser cuidado. Observando sua individualidade, necessidades, expectativas e realidades. Cuidar do outro não é apenas cuidar do corpo, mas também da mente e emoção; valorizando as subjetividades existentes nesta relação enfermeiro-paciente. Oliveira (2005, p. 72) aponta que o cuidado é objeto epistemológico da enfermagem; sendo, portanto, conhecimento específico do enfermeiro que sofreu alterações de concepções durante o processo de crescimento da profissão.

DIAGRAMA 07 – O Cuidado de Enfermagem



Leopardi (1999, p.44) destaca que o foco do cuidado era o corpo doente, a doença com seus sinais e sintomas; e ao longo do tempo o objeto de cuidado passa a ser o sujeito em suas múltiplas necessidades, envolvendo não só o corpo, mas também a mente e a alma; valorizando a singularidade e totalidade desse sujeito. Boff (1999,

p.16) refere que cuidar é: *“entrar em sintonia com, auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. Este modo de ser no mundo, na forma de cuidado, permite ao ser humano a experiência fundamental do valor”*.

O cuidado também é referenciado como o ato de assistir, orientar, administrar, ensinar, ajudar, zelar e a ação prática relacionada ao paciente, que necessita de conhecimento científico e habilidades específicas para tal execução. (WALDOW, 1999)

De acordo com o Código de Ética de Enfermagem, o enfermeiro deve ter como preocupação primordial a assistência no cuidado ao ser humano como um todo e sua coletividade. É assegurada uma atenção integral a todo ser humano - conforme preconizado na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001) - que protege toda a pessoa em sofrimento mental, sem discriminação de qualquer gênero ou espécie, suprimindo todas as suas necessidades, respeitando-o e acolhendo-o com igualdade.

Na atenção psicossocial a atuação do profissional de enfermagem deve ser pautada no cuidado integral, contínuo e participativo de programas realizados no território. Promovendo a saúde individual ou em grupos, detectando, o mais rápido possível, as necessidades da assistência de enfermagem, buscando apoio de qualidade no território e não se limitando aos recursos provenientes da Estratégia de Saúde da Família. (BRASIL, 2007, 2011b)

No campo da atenção psicossocial cuidar é definido como o ato de “acolher o sujeito que se comporta de forma diferente, mover-se com ele no cotidiano e interagir, possibilitando alternativas de expressão da sua produção psíquica”, para construção de uma vida saudável. (MIRANDA *et al*, 1999)

Assim, o enfermeiro além de acolher o sujeito, valorizando sua história de vida no contexto psicossocial, político e cultural; oferece também uma intervenção terapêutica, pois sedia o acolher, o ouvir e intervir através de instrumentos e ações que possibilitam reabilitar e, com isso, busca a construção de uma melhor qualidade de vida para o usuário.

Oliveira (2005, p.164) aponta que o cuidado de Enfermagem Psiquiátrica segue uma dinâmica própria, que se entrelaça com o trabalho em equipe, o ambiente do cuidado e a disponibilidade do profissional de enfermagem para cuidar do outro com transtorno mental. Já na enfermagem clínica as ações de cuidado são estruturadas, ou seja, planejadas antes mesmo de sua execução ou conhecimento de quem é o paciente. Em contraponto, esse planejamento na enfermagem psiquiátrica não acontece. É preciso conhecer primeiramente o usuário e suas demandas para depois elaborar as ações de cuidado, sendo a rotina do profissional de enfermagem delimitado pelo paciente. (DIAGRAMA 08)

DIAGRAMA 08 – O Cuidado de Enfermagem Psiquiátrica



Na enfermagem psiquiátrica não há recursos tecnológicos duros para execução de cuidado, como as técnicas de assistência hospitalar, não há um protocolo a ser seguido ou etapas a serem alcançadas com níveis de escores. O que há são pessoas em sofrimento de solidão, choro, medo, tristeza, abandono, desejo de morte ou de matar, delírios, alucinações, agitações psicomotoras, sintomas que nem mesmo os fármacos,

em algumas situações, podem ajudar a minimizar tal sofrimento ao ponto de gerar qualidade de vida a esse ser humano. (DIAGRAMA 09)

DIAGRAMA 09 – O Cuidado de Enfermagem Psiquiátrica no CAPS III



Talvez o fármaco possa diminuir tais sintomas naquele momento, e quem sabe, até mesmo gerar efeitos colaterais que também deverão ser tratados. Então, ao pensarmos no cuidado de enfermagem psiquiátrica como um instrumento de diminuição do sofrimento mental, temos que ponderar o ato da administração do medicamento como um recurso coadjuvante desse cuidado. Acredito que o enfermeiro possui diferentes recursos que podem ser utilizados no momento de sofrimento que irá trazer resultados mais positivos no processo terapêutico do usuário, fazendo de fato a diferença na vida das pessoas adoecidas.

Com a criação de novos dispositivos de cuidado o enfermeiro ganha também novos espaços de atuação profissional e precisam inovar suas ferramentas de cuidado e suas práticas. A partir disso, o enfermeiro vivencia uma nova realidade nos cenários de saúde mental, participando de atividades em grupais, grupos de estudos, reuniões

de família e de equipe, visitas domiciliares, escuta qualificada, acolhimento e estabelecimento de vínculo com os usuários. Essa nova prática exige cada vez mais responsabilidades com o cuidado da pessoa em sofrimento mental; uma prática que perpassa o cuidado mecanicista, necessitando cada vez mais de técnicas inovadoras e humanizadas. (ERDMANN, 1996)

Os enfermeiros envolvidos na pesquisa reconhecem as ferramentas utilizadas por eles na oferta do cuidado ao usuário no Centro de Atenção Psicossocial III; recursos que perpassam pela clínica médica até a clínica psiquiátrica e nomeiam essa clínica como uma clínica cuidadosa que não há barreiras.

“Aqui no CAPS (...) a atuação é mais subjetiva, existe um leque de opções de trabalho, tem o acolhimento de primeira vez, o trabalho casado com a atenção básica através do matriciamento, que é um espaço importante de capacitação, tem as oficinas terapêuticas, a administração das medicações, a desinstitucionalização, diversas frente de atuações novas para o enfermeiro estar atuando no CAPS.” (E. Enfermeiro Bronzita, 19/03/14)

O dispositivo do CAPS III, por oferecer o acolhimento estendido aos usuários no momento de crise, passa a necessitar de cuidados gerais assistenciais para suprir suas necessidades básicas, além dos cuidados que propõem a reabilitação psicossocial. Estes cuidados gerais englobam o banho, a alimentação, o curativo, administração de medicações, o vestir, o dormir, as eliminações fisiológicas, cuidados que são historicamente oferecidos ou assistidos pela equipe de enfermagem.

Apesar desses cuidados, o profissional de enfermagem também realiza as demais atividades inerentes à clínica da saúde mental como acompanhamento territorial, oficinas e grupos terapêuticos, matriciamento, desinstitucionalização, visitas domiciliares e institucionais, realização de projetos terapêuticos, acolhimento, reuniões de equipe, atenção à crise, atendimento a família, entre outras atividades que são de prática dos enfermeiros inseridos no contexto de uma equipe interdisciplinar. As questões administrativas e organizacionais, tais como: organização, reposição de

insumos hospitalares e medicações, e controle de entrada e saída das medicações são também destinados como responsabilidade da equipe de enfermagem no CAPS III.

O enfermeiro do CAPS III precisa oferecer o cuidado assistencial hospitalar e também estar envolvido no cuidado proposto pela reabilitação psicossocial, porém com uma diferenciação de objeto de cuidado, os sujeitos da pesquisa apontam que a valorização da subjetividade e a integralidade do cuidado que fazem a diferença da assistência no CAPS III. (DIAGRAMA 10)

“Acredito que essa diferença da atuação do enfermeiro da área hospitalar para área da reabilitação psicossocial está na subjetividade em que os casos são cuidados, e no CAPS não tem limitações, alcançamos o território, a família e o dia a dia desses usuários. Podemos atuar em diversos momentos da vida desse usuário, não há limites! Na área hospitalar nosso cuidado fica restrito aos muros (...).” (E. Enfermeiro Bronzita, 19/03/14)

“A grande diferença entre o cuidado de enfermagem na área hospitalar para o de saúde mental no CAPS é que aqui tratamos o sujeito de forma multidimensional, e nas outras clínicas o cuidado é isolado, engessado, o paciente é tratado como um objeto da sua ação, não valorizamos muito suas escolhas, ele é passivo, e assim o cuidado se torna mecânico, com protocolos rígidos (...).” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

DIAGRAMA 10 – O Cuidado no CAPS III



É importante que o enfermeiro reflita sobre a forma de cuidado oferecido para que não reduza o sujeito à pluralidade do contexto, deixando de valorizar a singularidade existente em cada usuário, afim de não se tornarem novamente agenciadores da alienação. O sujeito da pesquisa - Enfermeiro Unakita - destaca bem essa transição do cuidado de enfermagem do modelo alienista para da reforma psiquiátrica:

“No manicômio o enfermeiro é imediatista, sua ação é protocolada, cheio de rotinas, já possui uma direção de trabalho fixa, engessado, nada muda, só uma plantão dá continuidade ao outro. Já no CAPS o enfermeiro possui uma postura bem diferente, o enfermeiro ocupa outros lugares na clínica psiquiátrica, o cuidado é multidimensional, com a reforma o trabalho o trabalho passa ser em equipe, de forma interdisciplinar, já no hospital, na maioria, o trabalho funciona de forma isolada, sem equipe!” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

Com a reforma psiquiátrica há uma mudança no cuidado de enfermagem. Assim, o enfermeiro do CAPS III necessita ter como objeto de seu cuidado um sujeito em sofrimento mental com suas múltiplas necessidades de cuidado singulares, que nem sempre é dirigida a saúde mental. É preciso estabelecer uma rede de apoio com os

recursos intersetoriais disponíveis no território do sujeito. O enfermeiro do CAPS III precisa oferecer um cuidado pluralizado que envolva a assistência hospitalar e o cuidado proposto pela reabilitação psicossocial, já que os usuários em crise permanecem num acolhimento integral; necessitando de inúmeros cuidados. Portanto, as atividades assistenciais como o ato de administrar uma medicação na saúde mental, por exemplo, não se resume apenas em preparar a medicação, orientar o paciente e ler a prescrição médica por até três vezes a fim de conferir a correta administração. Envolve o vínculo, o querer do paciente e principalmente o manejo e disponibilidade desse enfermeiro nesse cuidado, como dispõem os sujeitos da pesquisa. (DIAGRAMA 11)

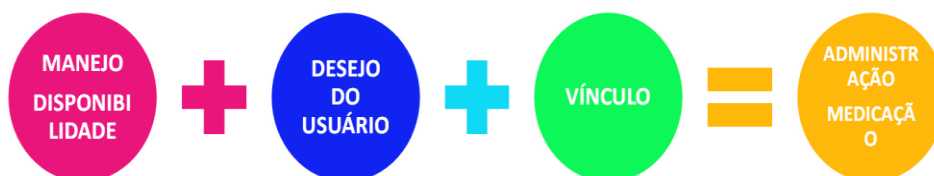
“(...) aqui no CAPS não se deixa de ser feito a parte clínica, como a medicação... é o banho, alimentação, curativo (...) temos funções ainda um pouco engessadas da enfermagem que não tem como mudar, como administração e dispensação de medicação e outros tipos de cuidados que demandam bastante tempo do profissional de enfermagem” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“Enfermeiro Ametista é abordado na sala de cuidados por uma usuária que pede sua ajuda, pois queria tomar um banho no serviço, pois na sua casa estava sem água e isso estava lhe fazendo muito mal, enfermeiro aceita o pedido da usuária a deixando tomar banho no serviço e vai até o armário de higiene no localizado no banheiro e lhe oferece uma toalha e sabonete líquido para o banho, e orienta a usuária a conversar depois sobre isso com sua técnica de referência para saber se ela poderá continuar a tomar banho no serviço com a falta de água na sua casa. (Obs. Enfermeiro Ametista, 08/10/2013)

“Enfermeira Calcedônia acompanha os usuários que estavam no acolhimento durante o café da manhã, observando-os durante a refeição, em seguida ajuda uma usuária no preparo do seu pão e café.” (Obs. Enfermeiro Calcedônia, 10/10/2013)

“Na hora de administrar uma medicação, quando se tem o vínculo o usuário, sente segurança no profissional, pela confiança, assim fica mais fácil de administrar as medicações, até as injetáveis, mesmo ele estando ciente dos efeitos colaterais, o cuidado não se torna punitivo, tem todo um trabalho antes, durante e depois de toda intervenção que fazemos, não é nada mecânico (...) a gente acolhe! E o acolhimento faz toda a diferença.” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

DIAGRAMA 11 – As Ferramentas do Cuidado de Enfermagem no CAPS III



Como podemos perceber os enfermeiros sempre estão implicados nas questões clínicas no cenário do CAPS III com um diferencial – o vínculo e a subjetividade de cada caso, como citam os Enfermeiros Calcedônia e Cristal:

“a gente também não deixa a clínica (...) aquela parte da medicação, até mesmo pela própria formação da enfermagem, mas a gente trabalha a todo o momento com a subjetividade, até mesmo na hora de administrar um remédio, um tem que macerar e misturar no suco, o outro toma a vitamina HD (referenciando ao haldol decanoato), outro só aceita a medicação com determinado profissional, então a subjetividade influencia até na clínica, então a todo o momento a gente trabalha valorizando a subjetividade”(E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

(...) precisamos ter todo um manejo, saber usar a palavra certa para aquele paciente, para aquele caso específico podem ter diversos caminhos para que este usuário se sinta seguro e aceite a medicação prescrita. (E. Enfermeiro Cristal, 28/03/14)

Conforme cita Oliveira (2005, p. 165), o cuidado desprendido na administração de uma medicação na clínica da enfermagem psiquiátrica é bastante diferenciado com outras clínicas, como na cirúrgica ou clínica médica, é necessário um empenho maior, bem como a disponibilidade e tempo ideal para o manejo dessa administração.

O cuidado de enfermagem num CAPS na modalidade III deve atender as necessidades básicas dos usuários, que são os cuidados de demanda – como alimentação, higiene, sono e hidratação – além de se ater aos cuidados de pós-demanda dos usuários; que são aqueles que os usuários irão direcionar as ações de cuidado do enfermeiro – como na construção do projeto terapêutico singular, as escolhas dos alimentos e sua consistência que o usuário deseja comer, o horário do banho e a roupa a vestir, por exemplos. Portanto, o enfermeiro neste espaço do

cuidado do CAPS III executa ações de cuidado de demanda e pós-demanda a todo o momento, utilizando conhecimentos hospitalares ou clínicos, mas sempre se preocupando em oferecer um cuidado reabilitador que se importe com a valorização do sujeito em sofrimento mental, respeitando suas escolhas e subjetividades.

O enfermeiro precisa ter um olhar para o usuário em acolhimento no CAPS III, num momento de crise, de forma singular e inclusiva, para não tornar os cuidados objetivos no banho, na alimentação, na administração da medicação, na convivência do serviço, no repouso, entre outros momentos vivenciados no CAPS durante a crise. Este, deve se atentar para não transformar o acolhimento numa internação psiquiátrica. Perpassar esse cuidado com agregação de valores diversos para aquele usuário, o que fará todo o diferencial terapêutico desse acolhimento na crise. Para isso, o enfermeiro tem que ter uma ação pluralizada, ou seja, atuar com diversos manejos no cuidado da crise psíquica.

Durante a observação de campo do Enfermeiro Ametista (08/10/2013) foi observado o recurso do vínculo, disponibilidade e escuta que o enfermeiro utilizou durante a administração de uma medicação, além de notar sua preocupação com os cuidados clínicos no CAPS III.

“Logo ao chegar ao campo encontro o enfermeiro Ametista abordando diversos pacientes que estavam no corredor do CAPS, em convivência no serviço, indagando a todos se já haviam tomado a medicação da manhã, dois usuários respondem que não. Então o enfermeiro os acompanha até a sala de cuidados, procura o prontuário destes usuários e observa a prescrição médica, vai até o armário e separa as medicações da manhã, administra aos usuários com copo com água que estava na sala de cuidados. Um dos usuários apresenta resistência quanto à tomada da medicação perguntando se era realmente necessário tomar todo dia aquela medicação que lhe deixava sonolento, enf^o o responde que sim, pois aquela medicação era a sua garantia de ficar bem sem ouvir as vozes, e que quanto à sonolência que estava lhe causando poderia conversar isso com seu médico, usuário aceita a medicação e sai da sala.” (Obs. Enfermeiro Ametista, 09/10/2013)

“O cuidado no CAPS vai além do que condiz o enfermeiro de sua ordem prática como organizar setor, de administrar medicamentos, de direcionar alguma ordem de trabalho para uma equipe técnica, vai, além disso, é um cuidado que vai de encontro com a reforma psiquiátrica, que pede um outro tipo de olhar, com menos discriminação, com mais apoio e humanizado, que possa ressocializar o indivíduo na sociedade. O cuidado vai para muito além da clínica médica, como banho, controle

sinais vitais, curativos, administração de medicações (...)” (E. Enfermeiro Ametista, 04/09/2013 e 16/10/2013)

“O enfermeiro se encontra em diversos papéis dentro dessa clínica seja como na escuta, nos cuidados gerais, na contenção física nos momentos e crise, na administração de medicamentos prescritos, de aconselhar, estar com o usuário no território, de poder ajudá-lo nas dificuldades do dia-a-dia, de protegê-lo” (E. Enfermeiro Ametista, 04/09/2013)

Logo os enfermeiros reconhecem seu papel dentro da clínica da oferta dos cuidados clínicos como também o uso das ferramentas da subjetividade, escuta, cuidado territorial, a disponibilidade e ressocialização como recursos para a reabilitação psicossocial como produto final de seu cuidado (DIAGRAMA 12), e ainda reforçam:

“Os cuidados no CAPS vão para além dos cuidados específicos da enfermagem, que são administração de medicação, cuidados com a rotina mesmo do acompanhamento do usuário no serviço, da supervisão do banho e da alimentação, dos cuidados gerais aqui dentro mais acho que também vai para além, para os cuidado no território.” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“No CAPS III disponibilizamos muitos recursos, criamos a todo momento recursos diferentes para o cuidado para favorecer a adesão do usuário ao tratamento, temos que dispor de recursos para cada momento no banho, na administração da medicação, nas oficinas, no território (...) Precisamos sempre fazer o diferente, se disponibilizar a construir tudo com o usuário, pois se trabalhamos com uma linha única de cuidado não há reabilitação!” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

“(...) hoje conseguimos sair dos muros e o nosso cuidado alcançar as ruas, o território desse sujeito, no setor hospitalar não tem esse fora, e no CAPS a gente trabalha muito esse fora como linha de cuidado.” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“Enfermeiro acompanha um usuário que estava em acolhimento na varanda do serviço para que este possa fumar na área externa, senta numa cadeira ao seu lado e conversam sobre seu desejo de retorna para casa, enfermeiro diz para o usuário que ele precisa ter um pouco mais de paciência, pois ainda estava com dificuldade de conciliar no sono a noite, mas que sua mãe hoje possivelmente viria no serviço e iriam discutir a possibilidade da sua alta em equipe e com sua mãe, depois propõem ao usuário para dar uma volta na rua, pelo caminho, bem próximo ao CAPS, compram um refrigerante e o usuário compra um maço de cigarros no bar, logo após retornam para o CAPS” (Obs. Enfermeiro Calcedônia, 10/10/2013)

DIAGRAMA 12 – As Ferramentas do Cuidado na Reabilitação Psicossocial



Cardoso (2004, p.10) referencia que o cuidado de enfermagem no CAPS é nomeado para oferecer o modelo assistencial clássico, através da supervisão dos técnicos de enfermagem, controle e dispensação da medicação, higiene corporal e atuação frente à crise. Garantindo com isso o autocuidado, a organização do setor e o controle dos sintomas. Portanto, o grande desafio para a enfermagem na atualidade seria de fato a conquista desses novos espaços recriados frente à Reforma Psiquiátrica Brasileira, novos construtos do cuidado em enfermagem. O enfermeiro Unakita referencia que:

“O Profissional que se limita a realizar somente o que lhe propõem como enfermeiro não gera trabalho, temos que reinventar nossas ações e alcançar novas conquistas para a reabilitação do usuário e redução do estigma social da doença mental. E não damos conta de quanto esse arcabouço de recursos é importante para fazer a diferença, apesar dos resultados em saúde mental serem lentos e mínimos, mas é o que será possível para aquele usuário e já é um grande ganho.” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

“É gratificante ver uma equipe que faz o diferente, o novo, que se coloca a todo o momento disponível para criar novos recursos com as ferramentas que temos para prestar uma qualidade de assistência.” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

É uma clínica que deve ser desenvolvida com preparo, cuidado, atenção e disponibilidade sendo necessária a **empatia** para essa assistência.

“a clínica da enfermagem no CAPS é muito permeada pelo cuidado, pela atenção, pelo preparo e pela experiência de se trabalhar em saúde mental, por que é uma clínica muito diferente, você não tem um enfermo em cima de uma cama aonde ele tá sujeito a todos os seus cuidados e quase que passivo” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“O enfermeiro encontrava-se na sala de cuidado realizando evoluções nos prontuários dos usuários, logo entra o usuário que está em acolhimento no serviço, e pede o enfermeiro para enfeixar sua mão, enfermeiro indaga o porquê ele precisa ser enfaixado? E ele responde que sua mão dói e estava sendo amputado, então enfermeiro responde que tudo bem se irá diminuir esse seu sofrimento, lhe oferece uma atadura de crepom que pega no armário de insumos, e pergunta ao usuário se

ele precisa de ajuda para enfaixar sua mão, ele diz que sim, e lhe auxilia na bandagem no local solicitado pelo usuário, depois pede ao usuário um favor, pede um copo com água para ela, e usuário prontamente vai até a copa buscar, e ao retorna enfermeiro expressa: ele é meu parceiro sempre me ajuda quando eu preciso” (Obs. Enfermeiro Calcedônia, 10/10/2013)

Acreditam ainda, que o cuidado com o usuário com transtorno mental é diferente dos demais, pois além do manejo e o vínculo com o usuário, o mesmo possui escolhas próprias e sua singularidade. Portanto é uma clínica que necessita de muito cuidado para que o enfermeiro utilize destas ferramentas em sua assistência para, de fato, causar a diferença na vida desse usuário. Diferente nas outras clínicas da enfermagem em que é necessário conhecer primeiramente a doença e a terapêutica indicada para oferecer a assistência de enfermagem. Além de ter empatia pela clínica da saúde mental, como cita os sujeitos da pesquisa abaixo, o enfermeiro necessita de habilidades específicas:

“As Clínicas médica e cirúrgica são mais práticas e objetivas em quanto à clínica da saúde mental somos mais subjetivos, trabalhamos mais com a voz, com a palavra, e para isso temos que ter não somente o conhecimento mais também a habilidade que é adquirida com a sua experiência e empatia pela clínica da saúde mental.” (Enfermeiro Cristal, 28/03/14)

“é uma clínica em que a gente tem de lidar com um usuário (...) que tem um sofrimento mental importante, o cuidado é diferente, por exemplo, dentro de um hospital em uma clínica você tem aquele modelo causal, agente causando a doença – sintomatologia – remédio - remissão de sintoma, aqui muita das vezes mesmo com o remédio não há remissão do sintoma, existe a crise que é permeada pela vivência e pela experiência de cada um, cada um tem a sua loucura diferente do outro, então não há uma receita de bolo, um protocolo, o cuidado vai ser de acordo com cada um, cada vivência, cada experiência. É uma clínica muito mais cuidadosa!” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“quando estamos disponíveis na convivência vamos criando laços com os usuários e vai sendo possível a construção de um trabalho em parceria com o usuário, o trabalho é compartilhado com o usuário, a partir de sua demanda, e isso só é possível quando se estabelece o vínculo.” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“(...) talvez essa nossa vivência à noite e a todo o momento ao lado do usuário conseguimos criar um vínculo grande com o paciente, aonde permite a enfermagem um acesso melhor a ele e posteriormente uma melhor qualidade do trabalho.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

Nesse ponto destaca-se ainda, que na clínica da enfermagem psiquiátrica não existe uma rotina, regras ou protocolos a serem seguidos pelo enfermeiro. Referem que somente os horários da administração de um antibiótico ou esquema de administração de psicotrópicos injetáveis são estabelecidos em horários seguidos pela equipe de enfermagem.

“(...) no CAPS não tem como trabalhar dessa forma de rotina de enfermagem prontamente com horários (...) acho que a rotina ela é construída a cada dia, dentro da demanda de cada usuário, respeitando sua singularidade” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“(...) a única rotina que nós temos é a questão da medicação, que tentamos seguir um padrão de horário, de evolução ou dispensação, fora isso o cuidado acontece muito de acordo com a demanda do usuário, sendo tudo muito permeado com o restante da equipe, não há horário ou regras para o cuidado.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“O cuidado aqui não é protocolado, de forma rígida, o cuidado é construído a partir da demanda do paciente, que pode ser clínica ou não.” (E. Enfermeiro Bronzita, 19/03/14)

“Aqui no CAPS não há uma rotina hospitalar dura aonde o paciente tem horários de almoçar, dormir, tomar banho, mas temos que respeitar certas rotinas como os horários das medicações clínicas, apesar de termos que ter todo um manejo para isso, realizar combinações com os usuários para garantia da administração.” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

É necessário conhecer o usuário e suas demandas para que o cuidado seja construído no dia a dia do serviço; de acordo com as especificidades de cada caso. Não há um plano de cuidado de enfermagem previamente estabelecido, e sim propostas ou projetos que são elaborados pelos próprios usuários com auxílio do seu técnico de referência que é flutuante, ou seja, pode ser alterado diariamente de acordo com o quadro e as demandas do usuário.

No constitutivo *cuidado pós-demanda* proposto por Oliveira (2005) o paciente opina na construção do cuidado que lhe será ofertado, ou seja, é sujeito ativo do cuidado. Oliveira (2005, p.209, 210) destaca que na clínica de Enfermagem Psiquiátrica, o cuidado é pós-demanda, porque respeita as vontades e as necessidades do paciente; e o estimula para a autonomia do cuidado.

O enfermeiro utiliza dos cuidados de pós-demanda quando executa cuidados clínicos no CAPS III, pois este profissional se preocupa, por exemplo, com a escolha do sabonete na hora do banho e a roupa desejada pelo usuário, para que este cuidado se torne possível e subjetivo ao sujeito que se encontra num momento de crise psíquica ou não. Esse tipo de cuidado subjetivo não é oferecido em uma unidade clínica, ficando o usuário ausente de escolhas próprias, sendo um sujeito passivo das ações de cuidado.

Os cuidados clínicos são uma demanda pronta do usuário, e estes precisam também ser escutados e cuidados de maneira subjetiva pela equipe de enfermagem, bem como pela equipe interdisciplinar. Assim, num CAPS III, não tem como diferenciar ou agregar cuidados clínicos dos cuidados de reabilitação psicossocial de saúde mental, esses se encontram e se entrelaçam cotidianamente nos cuidados de enfermagem em sua interdisciplinaridade.

Contudo, ser enfermeiro em um CAPS III exige desse profissional muito mais que conhecimento clínico ou de atenção psicossocial, requer disponibilidade, empatia e prontidão para um cuidado favorável à inclusão social e valorize a subjetividade daquele sujeito que se encontra com sua identidade pessoal e social degradadas.

Loyola (2000) aponta que o cuidado na enfermagem psiquiátrica só pode ser atribuído a posterior demanda e significado que cada usuário atribui. Não sendo um cuidado verticalizado, mas o usuário participa e se corresponsabiliza pelas suas escolhas no decorrer do seu tratamento. (OLIVEIRA, 2005)

Esse conceito da construção do cuidado a partir das demandas do usuário, respeitando suas escolhas e singularidades, é aplicado na prática dos enfermeiros do CAPS III. e assim o paciente é o foco do cuidado. Cabe escutar e ter a habilidade ideal para desenvolver seu cuidado a partir dessas necessidades apresentadas.

“(...) temos que ter muito mais habilidade, muito mais paciência, pois o usuário está ali compartilhando daquele cuidado com você, ele é ativo nesse cuidado, não é passivo, ele não está dentro de um leito, e você tem que entender essa singularidade

e apreender lidar com essa diferença de cada um, que é o sofrimento mental, uma experiência de sofrimento para cada usuário.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“a todo o momento fazemos a pergunta: o que eu posso te ajudar? você está sentindo o que e como posso fazer para te ajudar a diminuir esse sofrimento? Então eu acho que o usuário é muito presente nesse cuidado.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“Durante a convivência o enfermeiro é abordado por uma usuária que lhe pergunta se a gente morre? Enfermeiro pergunta para a usuária qual é seu desejo e o que ela pensa sobre isso, usuária responde que acha que a gente não morre e que não deseja morrer, pois precisa cuidar dos seus filhos. Então enfermeiro diz que ela precisa continuar se cuidando, a paciente chora bastante dizendo que não quer morrer, logo outro enfermeiro que também estava na convivência intervém pedindo à usuária que fique calma sem chorar para continuar a viver bem, e sentam numa mesa com algumas estagiárias do serviço e discursam sobre outros assuntos” (Obs. Enfermeiro Âmbar, 08/10/2013)

“(…) o usuário tem que participar dessa construção do Projeto Terapêutico, esse não deve ser um desejo somente da reforma psiquiátrica ou do profissional que o atende, mais tem que ser um desejo primeiro do usuário, (…), temos que despertar esse desejo dele (…) e por estarmos mais tempo com o usuário, se ocupando mais desse cuidado, (…) os profissionais de enfermagem sabe reconhecer melhor e com mais facilidade o sofrimento do usuário, se atentando as suas demandas.” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“(…) diferente do hospital, aqui a gente ouve caso a caso, valorizamos muito o desejo do paciente dentro de sua demanda, suas escolhas (…)” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“(…) às vezes o usuário deseja que o curativo seja feito só por um psicólogo, vamos incluir o psicólogo nesse cuidado conosco, então temos que ouvir isso e tentar ver a melhor maneira para ele para que o cuidado aconteça.” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“o cuidado vai sendo construído no dia a dia mesmo, no contato com os usuários, na possibilidade de estarmos disponíveis para uma escuta, estamos atento para as demandas de cada usuário que pode se dá de várias maneiras, em palavras, na maneira de se vestir, numa agressividade, num choro e de outras formas, então precisamos estar atentos a esses sinais que os pacientes estão trazendo para gente” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“O cuidado no CAPS está em construção a todo o momento, vamos construindo a partir das demandas de cada usuário. A partir da construção do vínculo e reconhecimento da demanda vamos estabelecendo o que é possível de ser realizado. Buscamos diferentes caminhos e recursos para atender essa demanda, e as vezes se faz necessários ir para fora dos muros, alcançar o território, as ruas, e esse é um dos principais alvos da nossa equipe, trabalhar o pra fora dos muros, e favorecer a inclusão social!” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

Conforme cita o Enfermeiro Unakita, os enfermeiros têm ocupado e se preocupado com novos espaços e novas práticas no cuidado do usuário com transtorno mental, e com isso agregando outras habilidades próprias para a assistência de enfermagem na saúde mental, sendo um grande desafio para o profissional de enfermagem dividir esses espaços com outros profissionais que também atuam na saúde mental. O enfermeiro na saúde mental sempre ficou mais envolvido com as questões clínicas do cuidado, se atendo mais na administração de medicações, banho e nas contenções mecânicas, concentrando sua cuidada ao leito do paciente e hoje, ganha novos espaços até mesmo fora dos muros institucionais.

“(...) a gente tem ocupado outros espaços que não eram inerentes à enfermagem como uma escuta, o acolhimento, uma atuação pontual na crise que não seja medicar ou conter, o acompanhamento de usuários em outras unidades de saúde para até mesmo discussões do caso, circulação do território (...)” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“(...) tem sido um grande desafio, por a gente estar dividindo esse espaço de escuta, acolhimento, matriciamento, desinstitucionalização, hoje atuamos em diferentes áreas dentro da saúde mental, deixamos de ser meros administradores de remédio e de contenção de crise. É um espaço que a enfermagem vem ocupando cada dia mais e hoje seu papel é fundamental dentro do CAPS III.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

No conceito de **escuta qualificada** o cuidado do enfermeiro é estruturado após ouvir o usuário, com paciência e sem se importar com a veracidade do depoimento, devendo a todo o instante interagir para estabelecer um diálogo. Oliveira (2005, p. 200) diz que “antes de se pensar em qualquer tipo de intervenção, é preciso ouvir o sujeito e compartilhar com ele a situação de sofrimento, para depois construir uma intervenção, que pode ser, inclusive, fazer nada”.

Oliveira (2005) acrescenta ainda que uma escuta qualificada é diferente de ouvir, pois somos invadidos por inúmeros sentimentos, como: compaixão, sensibilidade, altruísmo, sentimentos que nos possibilitam compreender o contexto de vida em que o outro se insere, seus valores sociais e culturais. E esse conceito de escuta qualificada vem de encontro com a prática dos enfermeiros do CAPS III, pois esse é um dos

principais instrumentos de cuidado que oferece qualidade e efetividade aos portadores de transtornos mentais, pautado nas suas potencialidades, fragilidades e necessidades, sendo sensível para compreensão do sofrimento sentido e expresso pelos usuários.

“Na saúde mental temos uma escuta mais qualificada, diferente da clínica médica, estamos mais atentos o que o paciente fala e deseja. (E. Enfermeiro Bronzita, 19/03/14)”

“Logo entra na sala a mãe de um usuário solicitando a medicação dele para 15 dias, enquanto outro enfermeiro foi buscar o prontuário do usuário a senhora, mãe do usuário conversa com o enfermeiro sobre a história de vida de seu filho como este sofreu com internações sucessivas antes de iniciar o tratamento pelo CAPS João Ferreira, e durante todo momento lhe é oferecido escuta” (Obs. Enfermeiro Calcedônia, 10/10/2013)

“Enfermeiro se encontrava sentado no refeitório, se aproxima um usuário do serviço que estava internado em reabilitação pelo uso abusivo de drogas, este senta ao seu lado e lhe conta sobre os momentos em que passou internado, fala de sua melhora com o tratamento e do período longo de abstinência, enfermeiro se surpreende e oferece apoio ao usuário com o retorno para casa, diz que a partir de agora seu desejo pela abstinência tem que ser mantido dia após dia, que deve buscar o serviço a qualquer momento difícil, que deve retorna ao seu trabalho na sua padaria e se ocupar cada vez mais dos afazeres, se mostra bastante feliz com o progresso do usuário e todo momento oferece escuta” (Obs. Enfermeiro Calcedônia, 10/10/2013)

“A escuta ao usuário e aos familiares é que fará toda a diferença num momento de crise, precisamos valorizar essa escuta, o que estão apontando para equipe, para a partir disso ir trabalhando as demandas.” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

Os sujeitos desta pesquisa apontam que o cuidado de enfermagem no CAPS III é vital para o funcionamento do serviço, sendo este profissional o segregador de múltiplas atividades necessárias para o manejo dos casos.

“Bem (...) a assistência de enfermagem no CAPS III é de suma importância, vital para instituição, até por que pelas portarias somos nós que levamos os plantões, tanto os diurnos e principalmente os noturnos, somos os principais responsáveis pelo cuidado” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

(...) até mesmo quando chega um atendimento mais difícil de resolver e que o técnico de referência do caso não esteja no serviço é sempre a enfermagem que tem que intervir e resolver a demanda do usuário, as ligações institucionais, para tudo somos os primeiros a serem direcionados por qualquer problema” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“quem fica de frente dos cuidados do paciente em crise somos nós da enfermagem (...), pois quem fica mais disponível para isso é a enfermagem, acho que a palavra mais próxima disso tudo é disponibilidade, por que a equipe que está mais disponível para tudo isso é a enfermagem” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“Enfermeiro realizava um atendimento no consultório ao usuário que é sua referência para elaboração de um PT’S, quando uma auxiliar administrativa interrompe o atendimento e vem buscar ajuda do enfermeiro, pois havia chegado um usuário cadeirante institucionalizado em uma clínica conveniada que é acompanhado pelo CAPS, esta profissional afirma não estar achando uma cadeira de rodas do serviço para uso desse paciente que aguardava. Enfermeiro então deixa o consultório e procura dentro do serviço a cadeira de rodas, e como não encontra solicita a ajuda de outros profissionais para essa busca, outro enfermeiro acha essa cadeira e vai buscar o usuário no transporte, retornando para seu atendimento.” (Obs. Enfermeiro Âmbar, 08/10/2013)

Portanto, as demandas do serviço são primeiramente direcionadas aos enfermeiros para resolução dos problemas e manejo dos casos pela disponibilidade que se encontra nesse profissional, existe nestes enfermeiros o elemento constitutivo da clínica da enfermagem psiquiátrica do “Intuir Empático” - a prontidão para cuidar. Para Oliveira (2005) ter prontidão para cuidar é estar disponível na hora e local em que o paciente necessitar, a fim de minimizar seus anseios, facilitar sua compreensão pelas dificuldades vivenciadas no cotidiano e intervir, de forma efetiva, nas suas demandas. Para este conceito ser aplicado é necessário que a enfermeira seja um “ser empático”; use sua “intuição”, promova a “escuta qualificada” e construa o cuidado, a partir das necessidades do paciente.

No CAPS III o enfermeiro se encontra totalmente disponível para o cuidado em qualquer situação do usuário, ou seja, demonstram **prontidão para cuidar**, e ainda afirmam que não há barreiras para o cuidado.

“não há barreira para o cuidado, o profissional se entrega de corpo e alma para esse cuidado, aqui no CAPS (...) para gente não tem horário, vamos a lugares perigosos, nos colocamos em risco, se o morro é grande para chegar à casa do usuário, se vamos passar pela boca, transpomos os muros da unidade, então vejo que os profissionais daqui não se importa muito na colocação que está se pondo para realizar aquele cuidado, pensamos primeiramente no bem do usuário, (...) é por isso que eu digo que não há barreira para esse cuidado.” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“Além do conhecimento em saúde mental é necessário a disponibilidade desse profissional para fazer uma clínica inovadora.” (E. Enfermeiro Cristal, 26/03/14)

“A gente se coloca a disposição a todo momento, seja para recriar recursos, ouvir um paciente, e muitos colegas não reconhecem todos esses recursos técnicos que dispomos para o cuidado. Pois quando o profissional se coloca disponível, possui o vínculo com o usuário e faz uma escuta sensível podemos reconhecer as demandas daquele usuário num momento difícil de crise, por exemplo. (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

No dispositivo do CAPS III o enfermeiro se encontra nas 24 horas de funcionamento desse serviço, sendo que no acolhimento noturno - nos finais de semana e feriados - o cuidado fica restrito aos profissionais de enfermagem. Assim é a equipe de enfermagem (enfermeiro e técnico de enfermagem) que se encontra disponível para atender as demandas dos usuários que estão no acolhimento integral numa situação de crise ou que necessitam de acolhimento eventual de acordo com a demanda de cada usuário.

Muitos usuários buscam o serviço à noite ou nos finais de semana em busca de uma escuta quando encontram algum problema ou não se sintam bem por uma situação emergente de crise, ou buscam sua medicação conforme o seu projeto terapêutico, pois alguns usuários possuem o projeto de tomar as medicações pela manhã, tarde e noite no serviço devido quadro de desorganização psíquica atual. Os usuários procuram o serviço até mesmo para a convivência, para um banho ou se alimentar (em alguns casos) e é a equipe de enfermagem que maneja esses casos.

“só a enfermagem consegue ter esse olhar extensivo do seu cuidado, pois a enfermagem consegue obter o olhar geral de uma equipe que se encontra depois, que acolhe depois, que escuta depois” (E. Enfermeiro Ametista, 04/10/2013)

Porém, os sujeitos da pesquisa acreditam também que a continuidade extensiva do cuidado de enfermagem no CAPS III pode gerar indagações, críticas e contratransferências por parte dos usuários, apesar de ser também um facilitador para construção do vínculo com o usuário. Já que é a equipe de enfermagem que sempre se encontra disponível para manejar esse cuidado, que se coloca no papel de dizer o NÃO ou SIM de acordo com alguma demanda que ofereça risco, ou seja, impossibilitada de

ser manejada dentro do processo de trabalho daquele caso proposto pelo CAPS ou equipe de referência, ou até mesmo que não possa ser atendida naquele momento.

Os enfermeiros sujeitos da pesquisa afirmam também, que é a enfermagem que controla o manejo das crises em um momento de agitação psicomotora ou de heteroagressividade; sendo responsável pela administração de medicações injetáveis e das contenções corpo a corpo ou mecânica quando necessário.

“digamos que simbolicamente, ele “cansa” da gente, principalmente nos casos de maiores permanência no acolhimento, (...), ele acaba se cansando da enfermagem, por que é com a enfermagem que ele dorme, que ele acorda, que toma banho, se alimenta, que dá a medicação, que diz muita das vezes o SIM e o NÃO, independente com a troca de plantão, ainda sim é a enfermagem que continua, é ela que vai dizer novamente o não em determinadas situações, é a enfermagem que vai estar do seu lado quando ele estiver na crise, é a enfermagem que diz que ele não pode fumar agora que ele precisa esperar um profissional lhe acompanhar, que ele não pode tomar o café ou jantar no serviço, então assim a enfermagem é que fica, na maioria das vezes, com a função de dizer o NÃO, por esse maior tempo de estar lidando com ele, são plantões de 12 horas direto com aquele usuário.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“Os questionamentos dos usuários do nosso trabalho acontece muito, pois estamos muito expostos por estarmos mais próximos do cuidado, então as reclamações, indignações por parte dos usuários são frequentes, (...) estamos muito a frente do cuidado, do sim e do não, da tomada de decisão, e é por isso que sofremos muitas críticas não só dos usuários, mas também dos outros profissionais.” (E. Enfermeiro Âmbar, 01/10/2013 e 15/10/2013)

“Enfermeiro fica de posse do cigarro de um dos usuários que estava no acolhimento, liberando aos poucos para que ele fume conforme sua demanda, em alguns momentos diz não, pois o usuário possui grande demanda por fumar, e usuário fica irritado, enfermeiro explica que se der tudo de uma vez ficará sem cigarro na noite, e ele apesar disso pouco compreende.” (Obs. Enfermeiro Âmbar, 08/10/2013)

“Por ficarmos mais a frente de todos os cuidados de forma intensiva detemos muito o poder do SIM e do NÃO, apesar de tentarmos flexibilizar isso, ficamos muito alvos, o que gera esgotamento. Estamos Sobrecarregados!” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

“(…) por estarmos 24hs no cuidado, temos que ter a habilidade de estar nesse lugar do sim e do não e não perder o subjetivo. Fazer com que os usuários não transfiram de forma negativa, isso é difícil! Tem que ser bem amadurecido esse papel da enfermagem também diante da equipe, pois acaba que ficamos mais vislumbrados diante de todos, num lugar sempre de evidências, os usuários acabam criando situações e colocações que nem sempre foram reais, mas por conta dessa grande transferência e contratransferência que existe entre os usuários e equipe de enfermagem isso acaba gerando conflitos até mesmo entre a equipe multiprofissional. Os erros acabam sendo sempre mais da enfermagem, por estarmos mais a frente de tudo, foi a enfermagem que super medicou, que conteve ou trançou.” (E. Enfermeiro Cristal, 26/03/14)

Os Enfermeiro Unakita e Cristal colocam expressivamente a dificuldade que encontram diante deste papel de detentor do controle do Sim e do Não, o que tornam, passivamente, alvos de críticas por parte dos usuários e familiares; os deixando expostos diante da equipe do CAPS, o que gera grande esgotamento por estresse; além de possíveis de conflitos na equipe multiprofissional. O enfermeiro Unakita desabafa ainda, que o esgotamento gerado pela sobrecarga de trabalho e o estresse do cuidado em saúde mental, pode causar uma assistência de enfermagem mais objetiva que pouco consegue ouvir as demandas dos usuários e estar disponível para o cuidado necessário. Isso faz com que as ações de administrações de SOS, por exemplo, sejam mais constantes no CAPS com a finalidade de redução dos sintomas.

“Com o nosso esgotamento ficamos mais objetivos no cuidado, temos mais dificuldades de articular as demandas, e começam as contratransferências com a equipe de enfermagem, nos tornamos alvos de críticas e agressões. Somos seres humanos, sofreremos com esse esgotamento!” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

Com a continuidade do cuidado de enfermagem no CAPS III fica a equipe de enfermagem mais a frente do manejo das crises psíquicas no serviço, que tem como objetivo principal o cuidado do usuário no território do sujeito no momento de crise; evitando assim as internações hospitalares e dando um novo lugar para esse cuidado. As principais ferramentas reconhecidas e utilizadas pelos enfermeiros no CAPS III são a escuta, acolhimento, o vínculo estabelecido com os usuários e a administração de medicações SOS. Porém, se percebe sucessivamente a disponibilidade dos enfermeiros para o manejo desse cuidado nos momentos de crise dos usuários no CAPS. Os sujeitos da Pesquisa vislumbram como principal instrumento de cuidado na crise o vínculo; e Enfermeiro Cristal coloca que a falta de vínculo terapêutico entre a equipe e o usuário transforma a forma do cuidado, perdendo a lógica da subjetividade, se tornando objetivo no tratamento dos sintomas apresentados, utilizando com isso mais o recurso medicamentoso para contenção dos sintomas. O Enfermeiro Unakita destaca que a disponibilidade do profissional que faz toda a diferença no manejo da crise no CAPS III.

“A principal forma de manejar a crise no CAPS é o profissional estar disponível para o cuidado do usuário, por mais desorganizado que ele esteja, temos que escutar e planejar ações de acordo com a demanda naquele momento (...).” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

“o principal recurso que usamos na crise é a escuta através do vínculo, exige muita disponibilidade do profissional, e vamos trabalhando em cima dessa produção subjetiva do sujeito. Agora quando tem um usuário no acolhimento e a equipe de plantão noturna não tem um vínculo aí temos que lançar mão do recurso medicamentoso, e acaba que o real objetivo do contorno do atendimento a crise em um CAPS III não acontece, fica objetivo o cuidado, lançando mão dos cuidados mais hospitalares.” (E. Enfermeiro Cristal, 26/03/14)

“Acho que temos atendido a crise do usuário muito bem, já evitamos muita internação e idas para a emergência, damos conta bem da crise, até pelo vínculo que conquistamos com os usuários, às vezes é necessário aumentar a medicação ou administrar um SOS, a gente acolhe e na conversa e atenção, no cuidado humanizado, a gente consegue contornar ou diminuir aquele sofrimento, nosso maior instrumento para atender a crise é o vínculo” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“A enfermagem ainda fica muito a frente da contenção seja mecânica, corporal ou química quando necessário. Mas o que de fato faz toda a diferença na crise do CAPS III é o vínculo que os usuários possuem com os profissionais e com o serviço” (E. Enfermeiro Bronzita, 19/03/14)

“Acontece um conflito entre duas usuárias na sala de TV no momento em que a equipe de enfermagem estava na copa, dois enfermeiros se dirigem até as usuárias intervindo-as verbalmente diante da discussão entre as usuárias que brigavam por causa de uma bolsa. Pedem para que elas parem de discutir e de se agredir verbalmente, pois aquele local não era para se criar conflitos e que deveriam se respeitar, pois era um local de tratamento. Enfermeiro Calcedônia conduz uma das usuárias até a copa e lhe acalma dizendo que tudo ia ficar bem e lhe oferece bolo com refrigerante. Usuária fica melhor e depois prossegue na convivência sem gerar novos conflitos.” (Obs. Enfermeiro Calcedônia, 10/10/2013)

“o cuidado medicamentoso e de escuta são os instrumentos que mais utilizamos, (...) ainda mais quem fica de frente dos cuidados do paciente em crise somos nós da enfermagem” (E. Enfermeiro Âmbur, 01/10/2013 e 15/10/2013)

“Na convivência acontece um conflito entre duas usuárias que começam com uma discussão, agressões verbais e com ameaças de agressões físicas, enfermeiro logo intervém junto com uma psicóloga. Elas tentam acalmar uma das usuárias que estava mais agitada enquanto um técnico de enfermagem leva a outra usuária para sala de cuidados, enfermeiro fala para a usuária que ela não precisa bater na outra para ter um vestido como o dela, que não é dessa maneira que conseguimos conquistar as coisas, mas sim por meio da amizade, diz também que no CAPS não é local de pancadaria e sim de cuidado, tratamento então as relações devem ser boas uns com os outros, perguntam se a usuária já havia almoçado e ela diz que sim, oferece então uma cama para esta descansar um pouco, a usuária aceita e fica mais tranquila.” (Obs. Enfermeiro Âmbur, 08/10/2013)

“aqui acolhemos o usuário na crise, a gente pouco pensa no medicamentoso, geralmente é assim: - sinta aqui, vamos conversar, o que está acontecendo com

você, tenta relaxar um pouco, calma cara tá fazendo isso por quê? - a gente tenta entender o que está acontecendo com aquele usuário, tentar extrair dele o que está irritando ou incomodando, o que está deixando ele em crise, para ai sim avaliar o que ele pode estar precisando naquele momento para aliviar o sofrimento, que as vezes pode ser um medicamento, ou talvez o fato de ter alguém que ele confia do seu lado para tentar se acalmar ou organizar, ou falar sobre o que sente” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“durante um conflito entre duas usuárias na convivência por conta de uma querer ter o cabelo da outra, o enfermeiro intervém dizendo que aquele não era o lugar para brigarem e que as duas eram bonitas com cabelos diferentes, a usuária agride fisicamente a outra e começam a gritar e se ofender verbalmente. O enfermeiro contém fisicamente a usuária segurando-a pelo braço e um técnico de enfermagem chega imediatamente segurando a outra usuária, o enfermeiro leva a usuária para um quarto e pede para ela se acalmar, pois ela não pode bater numa pessoa por ter gostado do seu cabelo, usuária tira os enfeites de cabelo que estava e os joga no chão, pega uma lixeira e arremessa na parede do quarto. O enfermeiro novamente intervém realizando a contenção corporal e pedindo que ela se acalme para conversarem mais sobre o motivo que tanto estava lhe causando sofrimento e que não quebre os objetos do CAPS que era para uso dela mesmo, uma psicóloga entra no quarto e tenta acalmar a usuária e lhe oferece ajuda, a usuária ainda bastante agitada e irritada bate com a sua bolsa na psicóloga e a profissional pede para que ela não faça isso, pois só queria lhe ajudar. A usuária chora e apresenta alucinações visuais e auditivas, fala com terceiros que é para deixar ela em paz, o enfermeiro continua próximo a usuária observando e pedindo para ela se sentar para conversarem, a usuária bate na sua própria cabeça e a psicóloga pergunta se ela deseja ficar sozinha para descansar e depois conversarem, a usuária agride a psicóloga e o enfermeiro com tapas, o enfermeiro realiza novamente contenção corpo-a-corpo na usuária impedindo que se machuque ou continue agredindo-os, a psicóloga sai da sala e vai falar com a médica para prescrição de SOS, que prescreve 01 ampola de haldol e 01 ampola de fernegam, enfermeiro realiza a contenção do corpo da usuária no leito, chega um técnico de enfermagem que administra a medicação no glúteo da usuária” (Obs. Enfermeiro Ametista, 09/10/2013)

No dispositivo do CAPS III o enfermeiro que atua na crise psíquica precisa utilizar diferentes instrumentos para que o cuidado seja reabilitador e livre de possíveis traumas gerados por uma intervenção clínica. Os construtos da clínica da enfermagem psiquiátrica, cuidado pós-demanda, prontidão para o cuidado, empatia, escuta qualificada, tempo, esperançar e intuir são ferramentas chaves para um cuidado de qualidade no CAPS III, acrescido da valorização do cuidado territorial; podendo ser possível cuidar do usuário em crise na sua própria residência, por exemplo. Permitindo, assim, a construção de uma rede de apoio que favoreça esse cuidado e o torne possível. Essa rede engloba além dos familiares, os vizinhos, os profissionais da

atenção básica, comerciantes locais e outros personagens importantes na vida desse usuário. A inclusão da comunidade nesse cuidado, além favorecer a reabilitação psicossocial, gera a redução de estigmas sociais relacionados com a doença mental.

Marcolan *et al* (2013) refere que o **vínculo** associado ao conhecimento científico são os principais instrumentos para o cuidado do usuário em crise, e reforça que a comunicação terapêutica no relacionamento interpessoal são importantes para a melhora do usuário. O relacionamento interpessoal é permeado; comunicação que envolve a troca de afetividade entre o profissional – usuário. A observação também é um elemento essencial na assistência de enfermagem. Destaca que devemos perceber sinais indicativos de tensão, ansiedade, medo, como tremores nas mãos, olhos bem abertos, dificuldade de expressão verbal, inquietação motora, movimentos como falar sozinho ou com as vozes, pode ser indicativos de alucinações auditivas, entre outros.

“O grande diferencial do acolhimento a crise no CAPS é o vínculo com usuário já construído, e isso é um facilitador para o cuidado num momento de crise em que o paciente precise de um acolhimento noturno, com isso conseguimos oferecer um assistência mais integral.” (E. Enfermeiro Bronzita, 19/03/14)

O Acolhimento à crise no cenário do CAPS III se diferencia de fato de uma internação psiquiátrica hospitalar pelo fato do vínculo terapêutico do usuário com os profissionais e com o dispositivo, o que lhe proporciona mais segurança. O usuário não se encontra num lugar estranho e com pessoas desconhecidas na crise psíquica, assim ele sente mais seguro e acolhido, o que beneficia sua recuperação de forma mais terapêutica com menos traumas.

Com minha experiência profissional nos dispositivos de assistência hospitalar psiquiátrica e CAPS III observei um tempo menor de internação psiquiátrica num momento de crise, bem como uma menor incidência dos casos que fazem uso do recurso do acolhimento integral no dispositivo CAPS III quando necessário. Fato que destaca a qualificação do acolhimento noturno na terapêutica do usuário em crise. Seja pelo vínculo preestabelecido com os profissionais e o dispositivo CAPS III ou pelo

cuidado subjetivo que valoriza a história de vida dos usuários e suas demandas. O acolhimento estendido ou integral no CAPS III gera uma menor incidência de internações psiquiátricas; o que reduz estigmas, segregação, isolamento e qualifica a vida do usuário que sofre de transtornos mentais.

Devemos considerar o contexto em que vive a pessoa que sofre de transtorno mental em crise, compreendendo a dimensão da singularidade e o significado da crise para esse sujeito. Foi identificado que os sujeitos enfermeiros desta pesquisa utilizam os constitutivos escuta qualificada, prontidão para cuidar, cuidado pós-demanda, tempo e empatia para o cuidado dos usuários em crise psíquica no CAPS III.

Quatro sujeitos da pesquisa levantaram como desafio para o cuidado no CAPS III a estrutura física que compõem o serviço, sendo o mesmo na modalidade arquitetônica do tipo *container* sem janelas e quintal delimitado; por ser um serviço de portas abertas durante as 24hs de funcionamento, não há uma barreira de entrada e saída do serviço. Com isso, os usuários em crise psíquica, que estão no acolhimento do CAPS III ficam sucessivos às evasões; se colocando em riscos diversos. A circulação dos usuários que estão em crise ou que possui grave comprometimento psíquico pela área externa do CAPS III fica vinculada ao acompanhamento de um dos profissionais do serviço, o que gera uma sensação de contenção ou perda de liberdade - atos que não são deliberativos pela reabilitação psicossocial. Este tópico é cotidianamente discutido em equipe e nas supervisões clínicas - a falta e a necessidade de barreiras físicas num determinado momento do cuidado ao usuário - o que nos faz refletir intensamente sobre até que ponto isso segrega ou não, ao passo que essa ausência também coloca os usuários em risco num momento de perda cognitiva, agressividade ou de até risco social.

“Aqui por ser um ambiente fechado o usuário se sente preso, teríamos que funcionar numa casa, com mais espaço para a circulação externa, até para os fumantes isso é bem complicado de contornar aqui no CAPS, temos que ir à rua, sem segurança, expondo o usuário a diversos riscos num momento de crise psicomotora numa comunidade. Assim a agitação psicomotora fica maior, prolonga o tempo de crise, essa contenção do espaço e corporal que precisamos impor todo momento além de

ser extremamente desgastante para a equipe é muito ruim para o paciente também.” (E. Enfermeiro Cristal, 26/03/14)

“A maior dificuldade que encontro no cuidado no CAPS III seria quando se faz necessário ter um acolhimento à crise mais restrito, num momento de agitação psicomotora, por exemplo, precisamos de uma barreira física, pelos riscos possíveis a esse usuário. E com a estrutura física desse CAPS isso fica muito dificultoso, principalmente para equipe de enfermagem que fica mais a frente desse cuidado e dessa responsabilidade diante dos usuários em acolhimento. É muito difícil num serviço que transita muitas pessoas você caracterizar porta aberta para uns e outros não, as vezes perdemos o controle disso. Com isso, por vezes, se faz necessário recorreremos uma internação psiquiátrica num outro espaço para o tratamento a crise de um determinado usuário (...)” (E. Enfermeiro Bronzita, 19/03/14)

Como destaca o enfermeiro acima, a falta da barreira física para alguns casos no momento da crise gera tantos desafios para equipe e para o tratamento desse usuário no dispositivo CAPS III, que se faz necessário a transferência do usuário para outro cenário de cuidado - fato que é exaustivamente discutido em equipe e gestão antes de executar tal ação. Além disso, o enfermeiro Bronzita coloca que a equipe de enfermagem é que fica mais à frente deste cuidado de contenção corporal, quando necessário, em um momento de crise; o que gera pleno desgaste na saúde psíquica desse profissional e na relação entre profissional-paciente, sendo uma grande responsabilidade do enfermeiro zelar pela integridade deste usuário que se encontra no acolhimento à crise.

Os Enfermeiros Âmbar e Unakita destacam que o objetivo e maior desafio de seu cuidado no CAPS III são:

“Mas o maior desafio, que desejamos é proporcionar aos usuários um serviço de qualidade, com felicidade, tratamento, alegrias, que ele possa usufruir desses momentos no serviço. Buscar novas opções de vida que antes eles não puderam ter como um resgate da família, do convívio social e do território, novas opções de tratamento, diferente da internação hospitalar, mais punitiva e sem escolhas próprias que muitos sofreram com isso, que possam contar com o suporte do acolhimento noturno num momento difícil de crise psíquica ou social.” (E. Enfermeiro Âmbar, 01/10/2013)

“então acho que o desafio é esse que é proporcionar ao usuário a qualidade de vida, que de certa forma estamos pensando a vida dele lá fora, não só do dentro do

serviço, o que a gente pode oferecer enquanto tratamento que ele possa viver o fora muito bem, de forma realmente inserido no território em que ele vive, circula, e como vai ser esse fora?” (E. Enfermeiro Âmbar, 01/10/2013)

“Nosso grande desafio é a melhora da qualidade de vida dos usuários de saúde mental, fazer a diferença e trabalhar com apostas, temos que bancar muita coisa, ver os pacientes de primeira crise conseguir se tratar e estabilizar esse paciente para o retorno de suas atividades de vida, dando continuidade aos seus projetos. Isso é muito gratificante!” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

Fica claro que o grande desafio desse cuidado proposto pelo profissional de enfermagem, e até da equipe que compõem o dispositivo do CAPS III, seria fazer o usuário obter uma qualidade de vida fora dos muros do CAP; onde possam circular e viver no território de forma inclusiva e autônoma, como proposto pela Portaria 336/2002 que enuncia o cuidado nos CAPS pautados no âmbito e na lógica do território. (BRASIL, 2004)

O Território vem ser demarcado como o itinerário da pessoa com transtorno mental em um espaço subjetivo de trocas sociais, sendo a base para a consolidação da rede de atenção psicossocial (RAPS).

Conforme Milton Santos (2002) refere que no território as paisagens revelam as memórias dos acontecimentos e os modos de vida das pessoas. Logo, a organização de um serviço de saúde na lógica do território implica em compreender como a vida se manifesta na realidade local, sendo, portanto um espaço produtivo de cuidado. É preciso valorizar as singularidades existentes e locais, se faz necessário à ocupação do território com a loucura, sendo esta ocupação na cidade o oposto da vida no manicômio. (YASUI, 2010, p. 129)

Apesar da importância desse cuidado inclusivo no território do sujeito com transtorno mental, os enfermeiros sujeitos da pesquisa colocam que este cuidado é um grande desafio para equipe de enfermagem pela falta de tempo para a realização dos projetos terapêuticos no território; isto por que a escala de serviço do enfermeiro como plantonista no serviço diurno e noturno somado a grande demanda interna do serviço

são fortes impeditivos para a construção de um trabalho de qualidade. Faz-se necessário estar fora do serviço com o usuário, com isso o enfermeiro além da disponibilidade para esse cuidado necessita de **tempo** adequado para o desenvolvimento dessa atividade.

“Não consigo atender a demanda do serviço com minha escala (...), nunca termino um dia de trabalho meu dizendo que pude atender tudo que deveria para aquele dia (...), tem casos demandam acompanhamento no território, de estar pelo menos um turno no território e não há tempo para fazermos isso, a demanda interna do serviço é intensa, um exemplo bom de projeto que tem sido desenvolvido no território é de um técnico de enfermagem com uma usuária, ele passou a manhã e parte da tarde na rua com ela foram ao banco, fizeram compras, na lavanderia, foi na casa dela, mais para isso ele ficou praticamente quase que um dia todo ausente do CAPS, enquanto aconteceu inúmeras situações, teve brigas, com necessidade de contenção, que se ele tivesse aqui poderia ter sido mais resolutivo o dia aqui dentro, mais apostamos nesse projeto e ele esteve fora e tem conseguido fazer essa usuária que era moradora de rua retornar para sua casa, está mais organizada, recuperou sua integridade como ser social, anda hoje com roupas limpas, coisas que jamais poderíamos acreditar que fosse possível, mais graças a esse trabalho ela pode recuperar tudo isso, foi preciso não ter o técnico aqui e apostarmos no território !!!” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“não é possível, não damos conta de tudo nas 12hs 4 vezes na semana, os atendimentos dos usuários que estão mais graves eu priorizo (...) não dá para manter aquele padrão de qualidade, o ideal para um CAPS, para reabilitação psicossocial, não dá tempo infelizmente” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“Com a escala de plantonista SD e SN fica difícil mesmo de potencializar todo o cuidado de reabilitação psicossocial. A falta dos enfermeiros, que são técnicos de referência, nas reuniões de equipe é um grande desafio, pois se deixa de problematizar em supervisão as questões do caso e de sua atuação no caso.”(E. Enfermeiro Bronzita, 19/03/2014)

“enquanto enfermeiro estava responsável pela convivência do serviço, observando e interagindo com os usuários, chega uma demanda de acolhimento de primeira vez, e esse enfermeiro compunha a escala do acolhimento nesse turno, então enfermeiro tenta encontrar outro profissional que estivesse disponível para observar os usuários na convivência e como não encontra vai realizar o acolhimento ficando a convivência sem o acompanhamento de nenhum profissional de saúde” (Obs. Enfermeiro Âmbar, 08/10/2013)

Os sujeitos da Pesquisa Enfermeiros Cristal, Calcedônia e Unakita colocam claramente suas dificuldades quanto à realização do trabalho territorial e nos acompanhamentos dos casos como técnico de referência; grifam que o tempo disponível para o desenvolvimento dessas atividades é restrito mediante a gama de outras atividades internas do cuidado aos usuários no CAPS III.

“fica um pouco difícil para enfermagem poder estar mais com os usuários no território, até por que temos funções ainda um pouco engessadas da enfermagem que não tem como mudar, como administração e dispensação de medicação e outros tipos de cuidados que demandam bastante tempo do profissional de enfermagem, além disso, a questão do plantão, da escala, o enfermeiro é o profissional que responde por aquele plantão, isso nos prende um pouco mais dentro do serviço, dificultando o nosso trabalho no território, não que a gente não faça, mas eu acho que isso dificulta, sendo um grande impasse, (...) por exemplo, no meu caso, eu tenho um plantão diurno para realizar todas as atividades inerentes ao enfermeiro, e fica difícil realizar um trabalho no território nos plantões noturnos.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“Por estarmos somente uma vez na semana de dia ficamos muito restritos para atuarmos nos casos como técnicos de referência e acompanharmos os usuários no território, por serem uma clientela com comprometimentos graves precisam ser acompanhados pela referência mais vezes. Assim meu cuidado fica mais restrito dentro do serviço, pouco consigo ter tempo para desenvolver atividades externas com usuários, tem toda uma responsabilidade aqui dentro do CAPS, ainda mais como sendo enfermeiro do plantão com usuários em acolhimento em crise com restrições de saída com risco de fuga (...)” (E. Enfermeiro Cristal, 26/03/2014)

“O trabalho da reabilitação psicossocial fica comprometido pela falta de tempo, com isso ficamos mais restritos aos cuidados dos usuários que estão acolhidos, fica difícil alcançarmos o fora, mas apesar disso ainda conseguimos fazer bastantes ações territoriais junto com o matriciamento, (...) talvez a função de técnico de referência fica comprometida, mas sempre damos o primeiro passo junto os casos, direcionamos o cuidado inicial. Temos muitas responsabilidades junto os usuários que estão no acolhimento. (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/2014)

Agregado a falta de tempo, o Enfermeiro Unakita aponta também que suas inúmeras responsabilidades como enfermeiro de plantão fazem com que seu cuidado fique mais restrito ao dispositivo do CAPS. O fato do CAPS III ter usuários em acolhimento integral no serviço num momento de crise psíquica gera realmente uma grande responsabilidade ao enfermeiro de plantão, que responde legalmente e eticamente pelo serviço naquele momento; se faz necessário resguardar a integridade integral desse usuário no momento de crise, que pode se colocar ou sofrer diversos tipos de riscos que abalem esta integridade. Logo, questiono como será possível o enfermeiro plantonista garantir esta integridade ao mesmo tempo em que precisa realizar outras atividades de reabilitação psicossocial territorial, se ausentando do serviço.

Além disso, o sujeito da pesquisa Enfermeiro Bronzita aponta outro fato passível de questionamento da clínica de enfermagem no CAPS III, o fato de não ser possível à garantia da presença de todos os enfermeiros nos encontros de supervisão clínica, o que se deixa de problematizar os casos na qual os enfermeiros acompanham como técnico de referência; e este profissional também deixa de participar de uma de capacitação importante para sua prática no serviço.

Sobre o constitutivo tempo, Oliveira (2005) aponta que o tempo é do sujeito que sofre e não da enfermeira que cuida. Há uma cronologia diferenciada para cada indivíduo, pode ser efêmero ou eterno, e depende da situação de cada indivíduo em sua vivência, sendo este constitutivo tempo interno, ou seja, está muito mais relacionado com confiança, querer e sentir-se acolhido do que com o avançar dos ponteiros do relógio. O cumprimento de rotinas e as horas do plantão levam a um apressamento da hora por parte deste profissional; não disponibilizando o tempo ideal para desenvolver o cuidado necessário. Assim, o tempo passa a ser um elemento constitutivo da clínica da Enfermagem Psiquiátrica, sendo um planejamento primeiramente do usuário e não do enfermeiro. Como os sujeitos da pesquisa referenciam, com as responsabilidades e demandas internas inerentes do serviço, uma crise, brigas ou aumento do fluxo do serviço acaba que o planejamento - de alguma atividade externa no território - fica comprometido a priori disso; como reforça o sujeito da pesquisa Enfermeiro Cristal e desabafa sua exaustão diante de tantas responsabilidades:

A proposta da reabilitação social que é levar o usuário para o fora, reinserir na sociedade fica difícil de ser alcançado, nosso trabalho aqui dentro do serviço é muito desgastante! (E. Enfermeiro Cristal, 26/03/14)

O enfermeiro precisa atuar como gerente de uma equipe técnica, do cuidado e no acolhimento noturno, de finais de semana e feriados e ser também gerentes de todo um serviço, já que somente a categoria da enfermagem está presente nos cuidados deste dispositivo do CAPS III que funcionam por 24 horas.

Contudo, requer do profissional enfermeiro conhecimento científico, habilidades e segurança para atuar com autonomia de gestor de um serviço com usuários acolhidos em crise psíquica. Apesar disso, essa atuação do enfermeiro causa desconforto para alguns dos sujeitos da pesquisa pela falta das outras categorias compondo esse cuidado. Já outros sujeitos acreditam que ser gerente de um serviço, apesar de estarem sozinhos na oferta do cuidado, é bem desenvolvido por eles e encontram poucas dificuldades no manejo deste cuidado, mas os sujeitos são unânimes em referenciar que somente o cuidado de enfermagem no acolhimento à crise nesses momentos de solidão por vezes não são resolutivos. Quando questiono se pensam que a gerência do cuidado nos momentos de solidão da equipe de enfermagem poderia ser encarada como abandono ou uma questão de autonomia profissional os enfermeiros respondem:

“não vejo como uma questão de abandono, e sim que temos capacidade, segurança e conhecimento para estar gerindo o serviço nesse momento. Tenho sim muitas dificuldades no acolhimento quando estamos sozinhos enquanto gerentes de uma equipe e de um serviço, eu acho que o ruim é quando você precisa compartilhar o cuidado ou o direcionamento de algum caso com a referência do caso e ela não se encontra disponível para discussão disso por telefone (...) mais por outro lado se você não consegue o contato é preciso tomar à frente disso sozinho mesmo junto com os técnicos de enfermagem que estão com você, e isso vai muito de encontro com a questão da segurança do profissional e de maturidade que se ganha não só pelo conhecimento científico, mais também com a prática e com o tempo de trabalho na área.” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“Eu não vejo com uma questão de abandono, de forma alguma, e sim como uma capacidade de gerência que a enfermagem tem, de se responsabilizar por todo um serviço durante a noite e nos finais de semana, feriado, então é uma responsabilidade muito grande para esse profissional e daí provamos sermos boas gerentes. Acho que a equipe de enfermagem dá conta perfeitamente desse cuidado, acho que sinto mais falta do médico, para atendimento na crise em conjunto” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“O Plantão noturno é uma continuidade do que já foi pensado para aqueles casos em equipe e pela referência do caso, por isso é importante a valorização da passagem de plantão. Quando a equipe de plantão de enfermagem possui um vínculo com o usuário em acolhimento, conhece sua história de vida e fica ciente do manejo dos casos pensados em equipe se torna uma continuidade, além disso, no plantão noturno estamos ainda mais disponíveis para o cuidado pela maior oferta do tempo.” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/2014)

“Se a gente trabalha desde o início para uma equipe multidisciplinar que tem que acolher, tem que atender a demanda do usuário 24hs, se estamos abertos para acolher 24hs a equipe multidisciplinar tem que estar disponível também 24hs, como está a equipe de enfermagem. Quando digo que fica empobrecido o cuidado só com a enfermagem é que querendo ou não querendo o enfermeiro não irá atuar como um psicólogo ou médico, cada um na sua particularidade (...) a enfermagem é rica por saber de tudo um pouco, mais não tem um total domínio e autonomia para realizar certas coisas” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“Pela falta desses outros profissionais nas 24hs de cuidado a enfermagem fica muito a frente das decisões, no processo decisório, se tornando muito evidente, e a enfermagem com isso não consegue dividir funções, passando a assumir todos os casos e em alguns momentos tomando decisão sozinha, ficando a frente de tudo o que acontece no serviço.” (E. Enfermeiro Ametista, 04/10/2013)

Apesar disso, a pluralidade das ações de cuidado exercidas pelos enfermeiros, sujeitos da pesquisa, no CAPS III é o que faz a diferença no acolhimento dos usuários, tornando o cuidado de enfermagem singular e reabilitador.

5.2 O COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO ATRAVÉS DA ESTRATÉGIA DA INTERDISCIPLINARIEDADE NO CAPS III: o cuidado que provoca mudanças numa rede territorial em construção

Quadro 03 – Categoria Compartilhamento do Cuidado Através da Estratégia da Interdisciplinariedade no CAPS III

CATEGORIA FORMADA	CONTEÚDOS PRELIMINARES
<p>Compartilhamento do Cuidado através da estratégia da Interdisciplinariedade: o cuidado que provoca mudanças numa rede territorial em construção</p>	<p>Compartilhando o cuidado respeitando a autonomia de cada profissional</p> <p>Os manejos dos casos devem ser decididos em equipe</p> <p>O profissional médico faz falta no acolhimento noturno</p> <p>A RAPS como ferramenta para o cuidado de saúde mental no CAPS III</p> <p>A RAPS oferece pouco apoio no manejo dos casos, dificultando o cuidado contínuo.</p> <p>A RAPS é tecida pelos profissionais do CAPS</p>

O trabalho em equipe em saúde mental é reconhecido pelos autores como essencial para prestação de uma assistência de qualidade, fato justificado pela doença psíquica a ser considerada complexa e de causa multifatorial, necessitando assim de intervenções privilegiadas por diversos saberes e formação profissional.

(...) graças às parcerias estabelecidas com a atenção básica e toda uma rede de apoio que construímos no nosso território de atuação conseguimos cuidar desse usuário de forma integral. (E. Enfermeiro Bronzita, 19/03/14)

Marcolan *et al* (2013) reforça que há muitos anos o Ministério da Educação e Saúde preconiza que se forme profissionais de saúde para atuarem de forma multi e interdisciplinar. Porém, aponta que as mudanças nas bases curriculares tem sido uma tarefa difícil, isso por que o modelo biomédico e organicista, centrado na especialização ainda são prevalentes e limitadores da ação interdisciplinar. Esse modelo de ensino especializado e biomédico gera relações verticalizadas, com dificuldades de troca de saberes e pautada na hierarquia profissional, o saber se torna linear com pouca resolutividade das demandas populacionais.

A multidisciplinaridade é a atuação de diversos profissionais com saberes e formação diferenciada num contexto de saúde, porém sem a necessidade de uma atuação em conjunta, ou seja, sem correlação dos seus conhecimentos para a assistência do paciente, o trabalho é construído no campo individualizado. (MARCOLAN *et al*, 2013)

Já a interdisciplinaridade é considerada como a confluência dos conhecimentos de uma equipe multiprofissional visando qualidade da assistência prestada à clientela, ou seja, há a interatividade entre diversos campo do saberes, como diz Marcolan *et al* (2013). As tomadas de decisões são compartilhadas valorizando a coletividade; a troca do conhecimento que passa a ser horizontalizado.

A dificuldade entre os profissionais em atuarem de forma interdisciplinar é imensa, e Marcolan *et al* (2013) diz que pelo fato da hegemonia do trabalho centrado na especificidade da profissão e pela autonomia gerada por ela os profissionais pouco adere essa prática. Para essa atuação interdisciplinar é necessário que os profissionais saiam de sua área de conforto, de conhecimento, para a produção e compartilhamento de novas práticas talvez desconhecidas, construindo novos preceitos éticos e legais para a atuação dos diversos profissionais envolvidos no cuidado. Com isso se faz necessário respeitar o outro desenvolvendo tolerância com diferentes opiniões, trocar saberes e ter a mente aberta para esses novos conhecimentos, aceitar a decisão da maioria; sabendo que buscar o bem coletivo muitas das vezes significa abdicar do individualismo.

Os profissionais de saúde devem estar abertos para buscar o novo, gerando a possibilidade de conhecimento para além de sua especialidade.

O cuidado na atenção psicossocial implica na construção de um acompanhamento coletivo dos casos no território assistido, visando a responsabilidade conjunta de ações no campo interdisciplinar e os projetos de terapêuticos devem ser construídos compartilhadamente com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A RAPS propõe a organização dos serviços de saúde de forma integrada, articulada e efetiva, por meios de ampliação e diversificação das ações e equipamentos de saúde, com a garantia do acesso universal, ofertando cuidado integral com qualidade e assistência multiprofissional. (BRASIL, 2011a). A articulação em rede rompe com o conceito de centralidade do cuidado, ou seja, oferece dinamismo e flexibilidade aos serviços, a fim de gerar melhores resultados através da compartimentalização da assistência à saúde em rede. (BRASIL, 2010a)

A RAPS (DIAGRAMA 13) é constituída pelos pontos de atenção de acordo com os artigos 5º e 6º da Portaria 3.088/2011. Os pontos de atenção são: Atenção Básica em saúde (unidades básicas de saúde, equipe de atenção básica para populações específicas, como as equipe do consultório de rua, e centro de convivência), Atenção Psicossocial Especializada (CAPSi, CAPSad, CAPS I, CAPS II, CAPS III e CAPSad III), Atenção de Urgência e Emergência (SAMU, UPA, Hospitais Gerais, UBS), Atenção Residencial de caráter Transitório (Unidades de Acolhimento), Atenção Hospitalar (enfermaria especializada de Hospital Geral e serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes do uso de drogas) Estratégia de Desinstitucionalização (SRT e Programa de volta para casa) e a Reabilitação Psicossocial. (BRASIL, 2011a)

DIAGRAMA 13 – A Rede de Atenção Psicossocial



O cuidado em saúde mental como uma ação que envolva a relação entre os Pontos de Atenção da RAPS, seus profissionais, o usuário e sua família, deve ser repensado considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico (CARDOSO et al, 2011).

O cuidado oferecido pela RAPS deve oferecer integralidade, cuidado longitudinal e a territorialidade, sendo necessário conhecer a demanda de cada território para direcionamento a atenção do cuidado interdisciplinar, estabelecendo as prioridades de saúde. O trabalho multiprofissional e interdisciplinar é preconizado com um dos princípios fundamentais na articulação do cuidado em saúde mental e atenção básica.

Os CAPS devem proporcionar atendimento por equipe multiprofissional sob a ótica interdisciplinar, sendo o principal articulador da RAPS, tanto no cumprimento das suas funções de assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde mental, trabalhando em conjunto com as equipes de saúde da família e agentes comunitário de saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes. (BRASIL, 2003a)

Os sujeitos da pesquisa apontam que ainda é muito difícil o trabalho que vem sendo construído com a rede de seu território. Acreditam que os cuidados de saúde mental, por serem complexos e especializados, os profissionais de saúde de outras áreas pouco conseguem manejar os casos; apesar do apoio matricial ofertado as equipes de saúde da família do território de atuação. Os casos de saúde mental com demanda de tratamento no ambulatório ou pela ESF são os que mais dificultam o processo de compartilhamento do cuidado em rede, e por conta disso muitos desses

casos acabam se encontrando no cuidado do CAPS III ocasionando uma superlotação do serviço, conforme referenciam os sujeitos da pesquisa.

“(...) é impossível trabalhar em qualquer território sem contarmos com a rede de suporte, ainda mais com a complexidade desse território e desses usuários que acolhemos. Ainda é um pouco difícil para a rede de apoio entender que a saúde mental não é só loucura. (...) e talvez se pudéssemos contar mais com a rede de apoio (...), no momento ainda é possível dizer que estamos abertos a tudo, a acolher qualquer tipo de demanda seja criança ou dependente químico, escutamos e referenciamos” (E. Enfermeiro Âmbur, 01/10/2013)

“Uma grande dificuldade está também na rede de suporte, (...) a rede está empobrecida, com isso até os casos leves de saúde mental ainda se esbarra no CAPS III, por não termos um serviço que acolha essa demanda de forma efetiva.” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“A Rede é complicada. Muito fechada, temos pouca autonomia nesse fluxo. Para encaminhar casos para o ambulatório de saúde mental é uma dificuldade. (...) muita das vezes esse casos de média ou baixa complexidade acaba ficando no CAPS por falta de atendimento na rede.” (E. Enfermeiro Cristal, 26/03/14)

“A Saúde Mental sozinha não dá conta, estamos muito sozinhos, temos que estar mais integrado com as outras secretarias de trabalho, esporte e lazer, habitação, assistência, para juntos repensamos nesse cuidado fora do serviço no território, principalmente com esses casos de dependentes químicos (...)” (E. Enfermeiro Âmbur, 01/10/2013)

“(...) a rede é uma grande dificuldade em todo lugar, (...) a maior fragilidade da rede é dar conta dos casos em que a gente avalia que não possui um sofrimento psíquico intenso para ser tratado no CAPS, em que ele não dá conta para ser tratado somente pelo matriciamento, que precise de uma psicoterapia ou de um tratamento psiquiátrico em nível de ambulatório, fica muito difícil tratar e encaminhar esse paciente.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

Apesar das dificuldades encontradas no compartilhamento do cuidado com a rede os enfermeiros, sujeitos da pesquisa revelam que o trabalho territorial em rede acontece de forma desafiadora, e valorizam as ações de cuidado para fora do CAPS que podem ofertar um cuidado potencialmente integral e de inserção social ao usuário com transtorno mental severo. O alcance das ruas no território de uma comunidade que era marcada pela violência e pelo tráfico de drogas é uma grande conquista para esses usuários com transtorno mental que passavam seus dias internados em uma instituição ou presos, amarrados, em suas casas, isolados da vida em sociedade. Os

sujeitos da pesquisa acreditam que essa conquista só foi possível pelo trabalho construído em rede.

“Construir esse cuidado no território na estrutura do CAPS III é um desafio, de levar ou compartilhar esse cuidado com a rede, não deixar esse cuidado restrito somente nesse serviço. E isso é um processo lento, mas benéfico principalmente para os usuários, pela própria história desse território. Antigamente muitos deles ficavam trancados dentro de suas casas, amarrados e jogados. A gente tá podendo levar para eles outro olhar, com novas possibilidades de cuidar, de tratamento, de poder viver em sociedade, então é um trabalho lento, mas que ao longo desses 4 anos temos construído novas histórias com resultados positivos” (E. Enfermeiro Âmbar, 01/10/2013)

“Se cada profissional de saúde entendesse sua função ou importância dentro da saúde mental faríamos realmente essa reforma acontecer.” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“(...) o sujeito que adoece com um transtorno mental precisa ser visto num todo, não só sua mente, seu psique, precisa de diferentes cuidados que só a saúde mental não dá conta, precisamos dessa rede para apoio.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“(...) que a gente possa ter outros dispositivos sociais em parceria com a saúde, mais parcerias efetivas mesmo, oferecer outro tipo de cuidado que não seja somente da saúde mental, pois ele tem um transtorno mental mais também é um corpo que adoece e tem outros desejos, com outras questões e possibilidades que precisam ser valorizadas, e talvez pudesse estar numa oficina fora daqui, profissionalizante talvez, num trabalho quem sabe, acho que o CAPS é um momento inicial do sofrimento mais agudizante, para tratar essa crise e a partir daí despertar o desejo para um novo mundo (...)” (E. Enfermeiro Âmbar, 01/10/2013)

Os enfermeiros Calcedônia e Unakita ainda dizem que a rede é tecida pelos profissionais do CAPS; eles que constroem essa rede para suprir as demandas dos casos que são atendidos no CAPS III. Logo, os profissionais do CAPS III além de reguladores dessa rede tem também a função de formador de uma rede de suporte para a saúde mental daquele território de cuidado de acordo com as demandas de cada caso.

“(...) aqui no nosso serviço a gente faz a rede, eu tenho até orgulho do que a gente já conseguiu, por que eu nunca vi um local que consiga articular tanto a rede local quanto a gente, a gente não fica esperando a rede vir até nós, nós é que vamos atrás dessa rede, então a gente faz a nossa rede, (...) a gente sai, a gente busca, se tiver que ir até o outro serviço para discutir algum caso vamos, então a rede é tecida por nós (...). Vamos às ESF, na associação, acionamos a comlurb nos casos de acumuladores de lixo, vamos aos fóruns, audiências, abrigos, ambulatórios; e

acionamos hospitais psiquiátricos ou clínicos quando necessário.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“A rede não está pronta, a todo o momento surgem novas demandas dos usuários e vamos agregando novos serviços, mais recursos, para essa rede de suporte. Buscamos no território fontes para somar e nos ajudar na condução de cada caso, como no caso da usuária Zuzilene fomos construindo uma rede territorial e fora até mesmo do território que fosse capaz de cuidar integralmente dela, tivemos que acionar diversos serviços! Então o cuidado aqui está a todo o momento em construção diante da rede territorial” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/2014)

Nas observações das ações dos enfermeiros durante a coleta de dados percebo que todos são bastante implicados na construção e busca dessa rede de apoio para a assistência do usuário com transtorno mental. Todos os enfermeiros sujeitos da pesquisa realizam o apoio matricial em saúde mental, que tem como função oferecer o suporte especializado em saúde mental para as equipes de saúde da família com o objetivo do compartilhamento do cuidado dos casos de saúde mental da área adstrita pela equipe, sendo uma importante estratégia do cuidado territorial, integral e interdisciplinar.

“Enfermeiro vai até a ESF Zilda Arns para realizar apoio matricial a uma equipe. Acompanho-lhe nessa atividade, logo procura a enfermeira responsável pela equipe no consultório, lá conversam com sobre um caso que vem sendo acompanhado pela equipe e pelo CAPS e agendam uma interconsulta na ESF para a formação do PT'S daquele usuário. Mas logo o enfermeiro calcedônia retorna para o CAPS, pois a enfermeira da equipe da ESF estava bastante ocupada com outros atendimentos e o médico da equipe se encontrava de férias. O Enfermeiro me explica que o apoio matricial tem sido de forma informal, pois a equipe não tem realizado reunião nesse horário que é viável para o apoio matricial em saúde mental, então o apoio é oferecido a cada profissional dessa equipe que lhe procura por demanda de algum caso evidenciado no território, geralmente os casos são discutidos com o médico da equipe, fazendo até mesmo interconsulta dos casos e visita domiciliar na companhia do ACS quando necessário.” (Obs. Enfermeiro Calcedônia, 10/10/2013)

“Uma médica da UPA vai até o CAPS as 17hs e procura pelo enfermeiro Calcedônia para falarem sobre o caso de uma paciente que se encontrava internada no isolamento da UPA há 1 semana e que também estava sendo acompanhada pelo enfermeiro, após a médica falar sobre a progressiva melhora da usuária e a possibilidade de alta para aquela semana vão até a UPA para visitar a paciente no isolamento que se encontrava, não acompanhei essa visita pela singularidade do caso, porém depois de uns 20 minutos o enfermeiro retorna para o CAPS bastante emocionado com a melhora da usuária e fala que articularam combinações para o manejo do caso com a alta da usuária.” (Obs. Enfermeiro Calcedônia, 10/10/2013)

“Acompanho enfermeiro até o matriciamento a uma equipe de saúde da família. O encontro acontece no consultório da equipe e participam os agentes comunitários, a enfermeira e a médica da equipe, uma ACS inicia falando sobre uma questão

particular e o enfermeiro faz orientações a ACS, após discutem um caso trazido pela enfermeira e médica da equipe que atenderam que envolvia uma usuária que havia iniciado o tratamento em saúde mental pela médica da equipe, pedem auxílio do enfermeiro pela complexidade do caso e as questões familiares envolvidas. Combinam uma visita domiciliar na casa dessa usuária e depois uma interconsulta com a usuária e suas filhas na ESF, para depois, se fosse necessário acionar o conselho tutelar da área. Depois a equipe pede uma orientação do enfermeiro quanto o manejo do caso de uma usuária do CAPS que estava grávida e estava acionando bastante os cuidados da ESF, encontravam grande dificuldade de oferecer esse cuidado (...)" (Obs. Enfermeiro Âmbar, 08/10/2013)

O enfermeiro Unakita coloca que o apoio matricial é uma grande ferramenta de capacitação dos profissionais da saúde da família, além de favorecer a diminuição do estigma, que permeia as pessoas com transtorno mental, e a inclusão social dos usuários.

"Os profissionais da ESF possuíam muitas dificuldades no cuidado com os pacientes do CAPS, para eles era trabalhar com o desconhecido, além do preconceito com os pacientes. Com o matriciamento pudemos passar um pouco desse manejo em saúde mental, e mostramos que é possível esse cuidado em saúde mental na atenção básica. Acho que antes essa possibilidade de cuidado era inviável e hoje estão mais disponíveis." (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/2014)

Apesar da dificuldade do manejo com a rede de suporte do CAPS os sujeitos da pesquisa acreditam que o maior desafio é o compartilhamento do cuidado entre os profissionais do CAPS. Isso por que a interdisciplinaridade dentro das ações de cuidado do CAPS exige que todos os profissionais atuem nos cuidados até mesmo com o banho, troca de vestes, alimentação, o acompanhamento nas áreas externas dos usuários, cuidados que são mais debruçados sob-responsabilidade da equipe de enfermagem pela própria formação assistencial da categoria. Esses cuidados com o banho, alimentação e troca de vestes ou fraldas quando necessário não são bem compartilhados pela equipe, apesar de já terem tido conquistas nesse sentido, sendo um crescimento da equipe lento e gradual, segundo os sujeitos da pesquisa.

"a gente vem conseguindo, já há uma melhora muito grande, inclusive temos outros profissionais que ajudam a dispensar a medicação, forrar uma cama, encaminhar um usuário para o banho, pegar a roupa, o sabonete, eles só avisam "dispensei tanto de prometazina", então eu acho que aos poucos estamos construindo esse trabalho de

compartilhamento desse cuidado, principalmente esse cuidado mais hospitalar.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“nos cuidados clínicos, como acompanhar o usuário num banho ou na alimentação, na dispensação da medicação, na contenção ou atuação frente à crise no serviço, principalmente nos casos de risco de fuga ou de heteroagressividade, fica mais restrito a enfermagem e isso nos desgasta e nos ocupa demais, dá muita sobrecarga. As outras categorias só fazem quando solicitamos.” (E. Enfermeiro Cristal, 26/03/14)

“A enfermagem tem aquela formação mais hospitalar de um banho no leito ou encaminhamento para o banho, medicação, trocar a roupa ou lençol, então há um estigma da profissão que a gente tem que cortar, por que aqui no CAPS é diferente, o cuidado tem que ser diferente, claro que a medicação é inerente da enfermagem (...) mas outras questões como o banho, a roupa e outros cuidados eu acho que a equipe poderia compartilhar melhor, e a enfermagem ainda toma isso pra si por conta da nossa formação de base. (...) a gente luta pelo nosso espaço e temos que dividir as tarefas do cuidado que é para todos, “ah tem que forrar a cama do fulando, ai respondemos, - então pega o lençol e pode forrar, ah fulando quer tomar banho, - então ajuda ele! Entendeu?”(E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“Aqui no CAPS não trabalhamos sozinhos, isolados, e sim em equipe a todo o momento! (...) Os outros profissionais estão cada vez mais juntos do cuidado, isso por que a própria equipe de enfermagem tem chamado os demais para responsabilidades compartilhadas, que antes era um cuidado realizado só pela enfermagem.” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/14)

O enfermeiro Unakita coloca que o compartilhamento dos diversos cuidados no CAPS III acontece de forma interdisciplinar, e justifica que tem sido possível pelo fato da equipe de enfermagem estar a todo tempo convocando seus parceiros para a troca de saberes e compartilhamento do cuidado. Esse compartilhamento, além de diminuir a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, potencializa o cuidado interdisciplinar favorecendo a terapêutica dos usuários.

Para o compartilhamento do cuidado acontecer no dispositivo do CAPS III, o enfermeiro precisa estar se colocando e convocando os demais integrantes da equipe para as ações, como dispôs o enfermeiro Unakita. O lugar do cuidado clínico ao usuário em saúde mental foi ocupado por muitos anos pela enfermagem, e para a inserção de novos parceiros nesse cuidado precisa que a enfermagem esteja discutindo em equipe esse lugar e o quanto esta troca favorece a subjetividade do sujeito.

O poder do gerenciamento da equipe de enfermagem, diante da normatização e rotina do serviço e da equipe multiprofissional, impera logo quando o enfermeiro convoca os demais profissionais para ocupar novos espaços do cuidado causa o despertar da equipe.

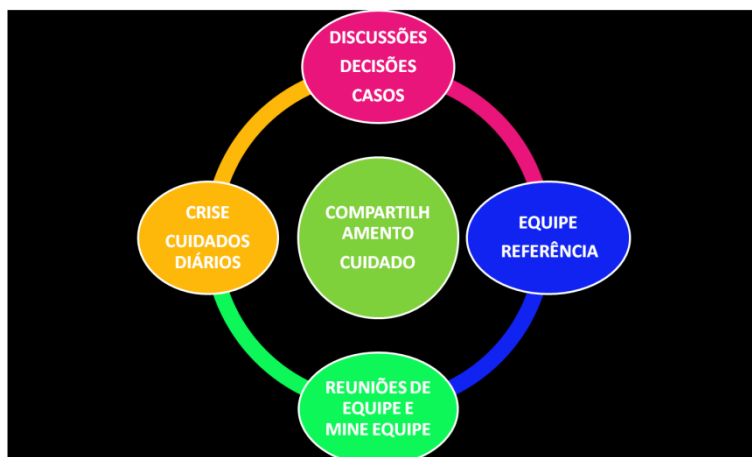
Além disso, para eles, aprender a lidar com os diferentes saberes respeitando a autonomia profissional de cada um é um grande desafio.

“(...) ter que lidar com uma equipe multiprofissional com vários saberes, cada um com uma autonomia diferente para o cuidado, compartilhar é muito difícil em alguns momentos.” (E. Enfermeiro Âmbar, 01/10/2013)

“(...) cada esfera tem sua particularidade de trabalho, a enfermagem, o psiquiátrica, o psicólogo, o terapeuta ocupacional, o assistente social, todos tem suas especificidades, cada um que trabalha no processo de saúde mental dentro do cotidiano do usuário, sabemos que para uma melhora do quadro do usuário depende de tudo isso.” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“Às vezes se sentimos sozinhas para uma tomada de decisão e não compartilhamos com os colegas isso. Existem alguns entraves, pois cada profissional tem um perfil e uma direção de trabalho (...) o ruim é quando você precisa compartilhar o cuidado ou o direcionamento de algum caso com a referência do caso e ela não se encontra disponível para discussão disso por telefone (...) por que você está pedindo ajuda que precisa para aquele caso naquele momento de um manejo ou cuidado compartilhado para o bem estar do paciente, então acho que as pessoas tem que estar mais disponíveis a isso, mais por outro lado se você não consegue o contato é preciso tomar a frente disso sozinho” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

DIAGRAMA 14 – O Compartilhamento do Cuidado no CAPS III



Sabendo que a proposta do trabalho é interdisciplinar valorizando as especificidades dos profissionais, a execução de tarefas plurificadas devem também ser estimadas, com o uso de diferentes técnicas e a integração de diferentes saberes (ROCHA, 2005).

A lógica que direciona o conceito ampliado de saúde requer do profissional não apenas habilidades, atitude e conhecimento, mas a busca permanente pelo bem estar biopsicossocial, onde as ações de saúde visam auxiliar a pessoa em sofrimento mental a enfrentar os problemas da vida nos seus diferentes espaços de socialização. Para isso exige do profissional se despir de preconceitos e compreender as críticas do processo de trabalho. É necessário que o profissional seja **empático** nas relações humanas estabelecidas, articulando saberes e diferentes recursos para o cuidado.

Os sujeitos acreditam também que o compartilhamento do cuidado no CAPS III é fundamental para a oferta de um cuidado interdisciplinar.

“Eu acho que o cuidado tem que ser compartilhado (...) O cuidado com usuário (...) necessita de um olhar multi, eu sempre apostei nisso, cada profissional dentro de sua especificidade dentro de sua profissão vai ter um olhar diferente, e isso que é interessante, e que vai poder acrescentar dentro de uma discussão de caso, então eu acho que tem que ser dividido, tem que ser compartilhado, lógico que respeitando os limites de cada profissional.” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“(...) os profissionais precisam somar em prol do usuário, e para isso precisa dessa atuação em conjunto, dessa equipe multidisciplinar, as especificidades de cada categoria devem se transpor, precisam que todos estejam se apoiando, tomando decisões juntos, estarem integrados no cuidado desse usuário. Não vejo esse trabalho junto ao usuário particular do enfermeiro ou do técnico de enfermagem, do psicólogo, do psiquiátrica, não vejo isso no trabalho da saúde mental, tem que ser misturado cada um com sua especialidade, mais integrado para atender de fato as demandas do usuário.” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“o cuidado no dia a dia do serviço vou compartilhando e assim o trabalho acontece (...) se não manejarmos dessa forma o cuidado, com a pouca carga horária que temos no serviço diurno, não dá para realizar o trabalho. (...) os PTS dos casos mais graves eu sempre tento compartilhar com outro colega que se encontra mais dias no serviço” (E. Enfermeiro Âmbur, 15/10/2013)

“(...) para a reinserção social do usuário é necessário o acompanhamento multidisciplinar da equipe, elaborando o projeto terapêutico, o projeto que cabe melhor para cada usuário, respeitando sua singularidade e limitações (...)” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

Apesar das dificuldades encontradas no compartilhamento do cuidado no CAPS III por alguns sujeitos da pesquisa, ele acontece nas discussões e decisões dos casos, numa abordagem à crise, no compartilhamento das referências dos usuários, através da equipe de referência para cada caso que exija maior manejo do cuidado, e pela reunião semanal de equipe, que é um potente espaço de trocas de saberes para as decisões compartilhadas sob supervisão clínica. Este espaço direcionado para reunião de equipe nem sempre é possível contemplar com toda a equipe de enfermagem, devido as escalas dos plantões. Apesar disso, a maioria dos enfermeiros que não estão escalados no dia da reunião está presente visando a interdisciplinaridade no manejo dos casos do CAPS III. Até mesmo durante o dia de trabalho no CAPS acontecem reuniões de mini equipe para a organização do dia e discussões dos casos mais emergentes e que estão no acolhimento, sendo também um importante momento do compartilhamento do cuidado.

“Na sala de técnicos discutem o enfermeiro e outros profissionais (psicóloga, técnico enfermagem, outro enfermeiro, médico, assistente social) discursam sobre o caso de um usuário que se encontrava em acolhimento no serviço que esteve numa audiência pública com profissionais do serviço motivo de abandono pela sua família. Enfermeiro fala de como esse usuário se comportou no seu plantão noturno após essa audiência em que seus familiares não compareceram. Diz que usuário ficou bastante agitado, chorando dizendo que todos morreram e que era sozinho no mundo, e com a agitação de outro usuário que estava também no acolhimento noturno a noite teria sido bastante difícil o manejo com esses usuários, ficaram toda a noite acordados e com grande demanda por fumar, sendo acompanhados na área externa diversas vezes na madrugada pela equipe de enfermagem. Optaram por não utilizar o recurso da medicação de SOS e por isso nem fizeram contato com o médico dos usuários. A psicóloga, que é sua referência, narra como foi o momento dessa audiência e como foi difícil para o usuário a decepção de novamente nem a sua mãe ou seu pai terem comparecido. Os profissionais falam da opção do usuário em questão ser reavaliado

pelo médico, pois falam que tem sofrido de insônia por algum tempo, o psicólogo que lhe atende também irá oferecer escuta.” (Obs. Enfermeiro Calcedônia, 10/10/2013)

Rocha (2005) coloca que o cuidado no CAPS necessita ser construído através de uma equipe interdisciplinar, e que compete a todos da equipe a discussão conjunta dos projetos terapêuticos singular nesse dispositivo. Seja nas reuniões diárias, a equipe deve trabalhar junto às questões emergentes de forma não hierarquizada e interdisciplinar.

Além disso, a Portaria 224 (Brasil, 1992) preconiza a formação do projeto terapêutico de forma multidisciplinar e interdisciplinar.

No acolhimento noturno e de finais de semana o cuidado fica restrito a equipe de enfermagem, fato também muito questionado pelos enfermeiros da pesquisa, alguns acreditam que seria necessário ter outras categorias profissionais para compor o serviço nas 24 horas de cuidado por oferecer melhor assistência aos usuários. Outros acreditam que somente a enfermagem oferece um cuidado de qualidade e que é possível a resolutividade do caso.

(...) o cuidado na crise deveria ser contemplado por todas as esferas profissionais para melhor atender o usuário que precise. Acho que somente a enfermagem fica empobrecido, por que é uma equipe multiprofissional que faz o trabalho acontecer, principalmente na área e saúde mental, em que muitas das vezes nas crises precisa de uma intervenção medicamentosa do médico ou de uma escuta psicológica pelo psicólogo que o enfermeiro não poderá ajudar.” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“Acho que a enfermagem dá conta muito bem desse cuidado no acolhimento noturno (...), não é necessário ter outro profissional na equipe e sim uma disponibilidade de comunicação por telefone.” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“Acho que a equipe de enfermagem quando tem o vínculo com o usuário consegue dar conta bem o acolhimento noturno, (...) quando é necessário fazemos contato telefônico com a referência do caso, esse recurso é importante. (...) agora não sinto falta do médico no plantão noturno, acho que a enfermagem tem usado bem os recursos para o cuidado na crise (...).” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/2014)

“(...) eu não acho importante a presença de outros profissionais nesse período para compartilhamento do cuidado, nem sinto a falta, com esse objetivo, pois eu acho que a equipe de enfermagem dá conta perfeitamente desse cuidado (...) se fosse por uma rotatividade de escala desses profissionais, para que possam realmente conhecer esse cuidado da noite, as vezes as pessoas falam sem saber da causa, sem saber como é a noite, e julgam alguns manejos, então é importante terem essa

vivência nem que fosse por um período para sentirem esse trabalho noturno.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“Seria importante ter outros profissionais durante o acolhimento noturno, não necessariamente o médico. Não pelo cuidado de enfermagem ser ineficaz, mas que faria a diferença para tomada de decisões frente os casos e desfocar mais esse cuidado.” (E. Enfermeiro Bronzita, 19/03/14)

“Poderia ter outras categorias profissionais no serviço noturno isso iria agregar muito no cuidado a noite (...), as vezes temos no acolhimento noturno um usuário que não temos o vínculo ou até mesmo o conhecimento do caso, e para isso temos que investir mais nas parcerias estendidas (...).” (E. Enfermeiro Cristal, 26/03/14)

Os sujeitos da pesquisa *Enfermeiros Bronzita e Cristal* colocam que a interdisciplinaridade do cuidado durante o acolhimento noturno seria eficaz, seja por ampliar mais as discussões dos casos para tomada de decisões ou por tornar esse cuidado mais descentralizado da figura da enfermagem ou por ampliar as possibilidades de cuidado pelo vínculo. O Enfermeiro Bronzita acrescenta ainda na entrevista, que ter outros profissionais com diferentes formações gera discussões mais produtivas pela multiplicidade do olhar de cada categoria profissional, além de aumentar as chances de o outro profissional estar mais integrado nas direções dos casos pela maior participação nas reuniões de supervisão clínica.

Outros enfermeiros acreditam que somente a falta do médico que é impeditivo para resolutividade dos casos, que chegam ao serviço ou estão no acolhimento. Isso, devido à necessidade da avaliação médica nos casos de crise psíquica com sofrimento intenso, e com a falta do profissional médico a equipe de enfermagem necessita avaliar e acolher essa demanda, e em alguns momentos se faz necessário a administração de uma medicação que possa diminuir tal sofrimento. Assim, o manejo desses casos é resolvido através de contato telefônico, a qualquer momento, com o médico assistente do usuário. Porém, essa situação causa inúmeros desconfortos para alguns membros da equipe de enfermagem que fica subjugada a uma prescrição médica por telefone, sendo um ato ilegal diante do código de ética de enfermagem; apesar de que para outros profissionais, isto não seria um impeditivo para o cuidado.

“a falta do médico nos momento de crise que precisa de uma medicação SOS pra mim não é um impeditivo para o cuidado, pois se somos uma equipe e se funciona desde o início do serviço a prescrição por telefone o profissional médico primeiro tem que confiar no diagnóstico que estou dando para ele como também terei que confiar na prescrição indicada por ele para que eu possa administrar entendeu.” (E. Enfermeiro Âmbar, 15/10/2013)

“O ruim é quando avaliamos a necessidade de uma medicação por não ter médico no serviço 24hs, essa proposta de trabalho de fazer contato telefônico com o médico não nos respalda legalmente para administrar nenhuma medicação, apesar das disponibilidades dos médicos e do técnico de referência no telefone durante 24hs do dia, mais a gente sabe que não funciona assim, não temos respaldo! A gente sabe que não pode medicar por ordem de telefone e apesar disso fazemos, estamos nos colocando em risco a todo o momento, vai chegar uma hora em que teremos que responder isso frente ao juiz.” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“(...) acho que sinto mais falta do médico, para atendimento na crise, até tem a questão do telefone, alguns médicos ficam disponíveis para prescrever por telefone nesses momentos de crise, agora eu não me sinto a vontade para isso, desde o início deixei a direção do serviço ciente de que não tomaria essa conduta, o médico está na casa dele e não está vendo o paciente, então prefiro resolver aqui, ou levo o paciente para UPA ou para PAM Del Castilho.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

Cabe lembrar que o Enfermeiro não só não pode cumprir como, tampouco, solicitar a outros profissionais que o façam sob pena de incorrer em inflação ética profissional. Assim como, também não pode prescrever cuidados à distância. Obviamente que a Resolução prevê a exceção nos casos de urgência, na qual, efetivamente, haja iminente e grave risco de vida do cliente.

A resolução do COFEN-225/2000 dispõe sobre cumprimento de Prescrição medicamentosa/Terapêutica à distância, considerando ser dever profissional, cuidar do cliente sob nossa responsabilidade, oferecendo ao mesmo uma Assistência de Enfermagem segura e livre de riscos:

“Art. 1º – É vedado ao Profissional de Enfermagem aceitar, praticar, cumprir ou executar prescrições medicamentosas/terapêuticas, oriundas de qualquer Profissional da Área de Saúde, através de rádio, telefonia ou meios eletrônicos, onde não conste a assinatura dos mesmos.

Art. 2º – Não se aplica ao artigo anterior as situações de urgência, na qual, efetivamente, haja iminente e grave risco de vida do cliente.

Art. 3º- Ocorrendo o previsto no artigo 2º, obrigatoriamente deverá o Profissional de Enfermagem, elaborar Relatório circunstanciado e minucioso, onde deve constar todos os aspectos que envolveram a situação de urgência, que o levou a praticar o ato, vedado pelo artigo 1º.” (COFEN, 2000)

O CREMESP (1995) pelo parecer emitido em resposta à Consulta nº 25.294/94 deixa clara a necessidade de caracterização da situação de urgência para tal ato: conclui-se que a prescrição constitui ato privativo do profissional médico. A prescrição médica pressupõe que houve um ato médico anterior, qual seja o exame clínico do paciente. No caso vertente, médico poderia prescrever por telefone, no caso de emergência, sendo que a medicação seria administrada pelo enfermeiro que deveria certificar-se da natureza das drogas que compõem o medicamento, como dever profissional. Porém, o conselho coloca que este ato não pode ser rotineiro, caso contrário decorre o princípio elementar da ética profissional, e qualquer dano recorrente à função do enfermeiro, não poderá ser atribuído ao médico qualquer tipo de culpa de imperícia, negligência ou imprudência pelo enfermeiro.

O cuidado quando é oferecido somente pela equipe de enfermagem durante as 24 horas de funcionamento do serviço remete a um cuidado hospitalar, aonde a enfermagem impera na assistência. Com isso, o lugar de reabilitação psicossocial proposto pela reforma psiquiátrica remete a instituição negada narrada por Basaglia (1985) em que a enfermagem que oferece o banho, a alimentação, a medicação, que contém a crise, que normatiza e diz o Sim e o Não, ou seja, que detém o poder sobre a equipe, o serviço e principalmente sobre os usuários.

Assim, deve ser repensado o modelo de cuidado oferecido num dispositivo de cuidado integral do CAPS III em que somente a enfermagem se faz presente nas 24 horas diárias desse cuidado. A inserção da multidisciplinaridade na integralidade do cuidado, além de favorecer a terapêutica do usuário, irá desenvolver o cuidado proposto pela reforma psiquiátrica.

5.3 A VALORIZAÇÃO DA CLÍNICA PSIQUÍATRICA NO ENSINO DE GRADUAÇÃO: Formando enfermeiros capacitados para o cuidado em saúde mental

Quadro 04 – Categoria Valorização da Clínica Psiquiátrica no Ensino de Graduação

CATEGORIA FORMADA	CONTEÚDOS PRELIMINARES
<p>A Valorização da Clínica Psiquiátrica no Ensino de Graduação: Formando enfermeiros capacitados para o cuidado em saúde mental</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. A valorização X desvalorização da clínica de enfermagem psiquiátrica 2. O Medo, Insegurança e os Preconceitos gerados pela desqualificação do ensino em saúde mental. 3. A falta de conhecimento em saúde mental dos enfermeiros

A mudança no campo da saúde mental impõe transformações na área da Educação. Requerendo profissionais comprometidos com uma nova forma de lidar com o conhecimento, capazes de articular conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde; sendo importante a formação de profissionais generalistas que atuem em diferentes áreas do saber em saúde. Essa formação é imperativa à formação de enfermeiros para o enfrentamento dos problemas de saúde e a melhoria nas condições de vida da população. (TAVARES, 2005)

Neste contexto, a formação interdisciplinar do enfermeiro é necessária, exigindo programas interdisciplinares de ensino que possibilitem análises mais integradas dos problemas de saúde com vistas a uma prática de cuidar marcada pela intensidade das trocas e integração de conhecimentos.

Ao longo do tempo, o processo de trabalho em saúde vem operando na conformação e reprodução do modelo médico hegemônico. O modelo tradicional de

atenção em saúde estruturou-se a partir do saber médico, que até hoje estrutura o trabalho dos outros profissionais da equipe de saúde em muitos contextos de atuação profissional, principalmente nas instituições hospitalares, supervalorizando os cuidados clínicos com uma desvalorização do contexto psicossocial integrativo.

Os desafios para o serviço e para a academia são muitos. Na relação com a prática observa-se que a enfermeira ainda busca a definição de seu papel profissional, enquanto procura encontrar um lugar junto à equipe de saúde mental. Para que estejam familiarizadas com as diferenças entre elas e os profissionais de outras áreas de conhecimento, as enfermeiras precisam reconhecer suas ferramentas de trabalho, suas teorias e seus meios de intervenção na realidade. (TAVARES, 2005)

A integração de disciplinas no âmbito dos cursos que preparam enfermeiras para atuar nesse campo, certamente poderá levar à formação de enfermeiras mais comprometidas com a realidade de saúde e com a sua transformação. A educação pautada nos conhecimentos experimentados em equipe interdisciplinar permite formar profissionais com capacidade de solucionar de forma compartilhada problemas complexos. (TAVARES, 2005)

Rodrigues *et al* (2012) cita que com a mudança das bases curriculares atual o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental sofre desafios relacionados a implicação dos conteúdos de saúde mental contextualizado com os campos dos saberes em saúde pública. Isso por que é preciso que se mantenha ao mesmo tempo especificidade e a formação generalista desejada nas bases curriculares.

Há um distanciamento entre o ensino de saúde mental e a prática assistencial de enfermagem nas unidades básicas de saúde, com isso o paradigma da reabilitação psicossocial fica distante das atividades teóricas e práticas de ensino. Este dado foi também marcado na fala dos sujeitos da pesquisa, que apontaram a dificuldade que encontraram na aprendizagem dos conteúdos de saúde mental durante a graduação, com enfoque maior dado as doenças e fármacos do que na assistência de

enfermagem, fato que traz desestímulo pela área e pouco conhecimento para a oferta de uma qualidade de assistência, além de estimular o modelo hospitalocêntrico do cuidado.

“A parte pedagógica deve estar mais implicada, os professores, por que isso é um desestímulo aos enfermeiros procurarem essa área, dando pouca preferência para as questões da psiquiatria e mais para a assistência clínica (...).” (E. Enfermeiro Âmbar, 01/10/2013)

“A enfermagem tem aquela formação mais hospitalar de um banho no leito ou encaminhamento para o banho, medicação, trocar a roupa ou lençol (...) na universidade somos voltados para todo esse tipo de cuidado, a saúde mental é vista somente nos últimos períodos, eu pelo menos aonde graduei fui aprender saúde mental no 7ª período, com pouquíssima noção do que era um CAPS, enquanto que nos esbarramos com as questões do sofrimento mental em todos os cenários de atuação profissional e não só no hospício ou no CAPS” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“Na minha graduação estudei por um período as questões da saúde mental, mas com um enfoque nas doenças e nos psicofármacos, muito pouco se ouve sobre a reforma, o PT'S. O enfoque ainda é na doença (...).” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“Acredito que esse conteúdo deveria ir para muito além disso, pois o louco é encontrado hoje em qualquer lugar de atuação profissional do enfermeiro, seja nos hospitais gerais, postos de saúde e nas ruas, e devemos estar preparados para lidar com isso.” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“(...) é importante à formação desses profissionais que integra a rede minimamente sobre as questões da saúde mental, as pessoas julgam, até por que a reforma tem nos convidado a abraçar essa missão.” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“Se formos perguntar aqui no serviço quem tem conhecimento sobre a reforma psiquiátrica, das questões apresentadas pela psicanálise acredito que poucos profissionais detêm esse conhecimento.” (E. Enfermeiro Âmbar, 01/10/2013)

“(...) há uma formação em massa de profissionais de enfermagem sem capacitação alguma para atuar em saúde mental. Somente aquele que busca essa capacitação consegue ser um bom enfermeiro em saúde mental, é uma clínica muito diferente das demais e específica.” (E. Enfermeiro Bronzita, 19/03/2014)

“São poucas as instituições de ensino que tem campo de estágio em saúde mental, principalmente num CAPS (...) eu, por exemplo, tive que buscar conhecimento fora da minha graduação, nem tive estágio nenhum em saúde mental. Além disso, temos pouco embasamento teórico na graduação, que se dedica mais ao conteúdo das doenças e psicofármacos.” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/2014)

Oliveira (2005, p.98) refere que o ensino de enfermagem no Brasil ainda é inconsistente. Estando os conteúdos de teoria, prática e pesquisa pouco associados, e cita que dados do INEP apontam que algumas escolas de enfermagem possuem carga

horária de estágio entre 30 e 90 horas, e outros com carga horária total da disciplina com 60 horas. A Lei 775/49 dispõe sobre as mudanças no ensino de enfermagem psiquiátrica no Brasil, tornando esta disciplina obrigatória na grade curricular. Apesar disso, as aulas de saúde mental eram baseadas nos transtornos psiquiátricos ou em psicofármacos, e pouco se ensina sobre a assistência de enfermagem para essa clientela, nem tão pouco sobre reabilitação psicossocial. Os cursos de mestrado e doutorado em enfermagem psiquiátrica surgiram somente em 1997, segundo Furegato e Saeki (2000), e hoje os currículos da graduação ainda estão sendo discutidos e reorganizados segundo as normas da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação e Diretrizes Curriculares com influência também, agora, da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Todos os enfermeiros sujeitos da pesquisa ressaltaram em sua fala o medo que os profissionais de saúde possuem no manejo com a clientela portadora de sofrimento mental, acreditam que pela formação acadêmica deficitária em saúde mental gera o medo, e, além disso, o preconceito e a insegurança no cuidado de enfermagem a essa clientela. Com isso o cuidado é ofertado com baixa qualidade para a resolutividade dos problemas e diminuição do sofrimento desses usuários. Somente os profissionais que possuem experiência em saúde mental conseguem oferecer um cuidado de qualidade, como o enfermeiro Calcedônia cita.

“(...) a maioria dos profissionais de saúde tem medo da loucura, da agressividade ou por outras questões, e a gente tem certa experiência e podemos estar ajudando melhor essa clientela em sofrimento mental.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“Os enfermeiros tem medo de se envolver com esse tipo de clientela, e rola todo o preconceito que tem. Muitos não querem fazer estágio (...)” (E. Enfermeiro Âmbar, 01/10/2013)

“(...) acontece que há medos e receios de estar com esse paciente da saúde mental” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“(...) se na minha turma tivesse 1% dos alunos interessados em saúde mental era muito, os alunos tem medo e desinteresse por essa clínica, é a questão moral da exclusão social em que lugar de maluco é longe de tudo, é perigoso! E formam-se enfermeiros com medo e inseguros desses pacientes” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/2014)

Com a falta de conhecimento, medos e inseguranças, *os enfermeiros Ametista e Cristal* revelam que o cuidado oferecido pouco diminui o sofrimento do usuário, se restringindo aos cuidados clínicos, voltados para a doença e não o sujeito adoecido, que pouco perpassa aos cuidados propostos pela reabilitação psicossocial.

“Lembro que no estágio da faculdade, que foi na colônia, todos não sabiam o que fazer com aqueles pacientes, e muitas das vezes nos restringíamos a verificar PA, encaminhar ao banho, auxiliar na higiene corporal, administrar medicações e participar de atividades artesanais, pouco fazíamos a diferença naquele sofrimento talvez. Todos tinham medo, além das inseguranças (...)” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“(...) a falta de conhecimento gera insegurança e uma clinica ineficaz, fazendo com que o enfermeiro fique mais restrito aos cuidados clínicos.” (E. Enfermeiro Cristal, 26/03/2014)

Com a formação acadêmica deficiente em saúde mental, os enfermeiros da pesquisa informaram que tiveram que buscar esse conhecimento em especializações, cursos ou até mesmo na prática assistencial. Hoje o enfermeiro Ametista revela que gosta muito de atuar na saúde mental, fato que despertou seu interesse depois de maior conhecimento agregados com a prática profissional em saúde mental.

“Então tive que buscar a formação e a experiência em saúde mental para poder entender como um enfermeiro atuaria dentro de um CAPS.” (E. Enfermeiro Calcedônia, 14/10/2013)

“(...) está sendo minha primeira experiência, fui de fato aprender o que é um enfermeiro na saúde mental aqui, na prática, que vai para além de um cuidado no hospital geral, que fui conhecer as questões da reforma e como cuidar desse doente mental na sociedade.” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“Hoje posso dizer que é muito bom trabalhar em saúde mental como enfermeiro, mas meus colegas de graduação acredito que não puderam dizer isso.” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

“Acho que devemos buscar mais conhecimento, acredito que as vezes o profissional se limita mais no cuidado por essa falta de conhecimento.” (E. Enfermeiro Cristal, 26/03/2014)

O enfermeiro Unakita referencia que o conhecimento em saúde mental pode ser conquistado através da convivência prática com a clínica da saúde mental, o que capacita ainda mais o profissional de enfermagem para o seu cuidado. Além do conhecimento, ele aponta que a disponibilidade desse profissional é que fará a diferença no cuidado.

“A vivência, a convivência com o usuário em saúde mental é a maior escola técnica para ensinar a clínica, mas por vezes o profissional tem todo conhecimento científico, mas não veste a camisa, não tem disponibilidade e perfil, é uma pessoa engessada, e não vai ter como atuar na saúde mental.” (E. Enfermeiro Unakita, 30/01/2014)

Marcolan *et al* (2013) fala que o profissional de saúde mental deveria estar capacitado para oferecer uma assistência de enfermagem de qualidade ao portador de transtorno mental, porém as bases curriculares do ensino são de baixa qualidade o que gera um despreparo profissional e uma visão estigmatizante dessa área de saúde e destes paciente. Referem ainda que na maioria das emergências de atendimento psiquiátrico o usuário depara com um profissional desqualificado para prestar a assistência de enfermagem o que causa uma recuperação tardia do quadro e preconceitos na clínica.

O *Enfermeiro Ametista* fala de seu desejo por adquirir maior conhecimento científico em saúde mental, bem como vivenciar experiências diferenciadas neste campo.

“Tenho muita vontade de aprender mais sobre saúde mental, de conhecer novas áreas, novos lugares de atuação do enfermeiro (...).” (E. Enfermeiro Ametista, 16/10/2013)

Rodrigues *et al* (2012) reforça que a utilização do conteúdo da reabilitação psicossocial é de extrema importância para o processo de ensino teórico e prático na formação de enfermeiros generalistas, que serão capazes de atuar na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) oferecendo cuidados que atendam as demandas da clientela que sofre de transtorno mental, caso o contrário esse enfermeiro prestará uma

assistência fragmentada com pouca resolutividade permeada pelo medo, insegurança e preconceitos. Conforme foi retratado pelos sujeitos da pesquisa.

Contudo, precisamos refletir sobre a qualidade dos profissionais que se tem formado pelas universidades e a necessidade de prosseguir com a educação permanente, que abranja os avanços científicos em saúde mental, desses enfermeiros no campo da assistência. Fica clara a real necessidade da oferta deste conhecimento aos profissionais que atuam no campo da saúde mental, em especial os enfermeiros, sujeitos dessa pesquisa que ainda não buscaram esse saber paradigmático da reabilitação psicossocial.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo de cuidado alienista hospitalar que era pautado na cura através da redução da sintomatologia dos transtornos mentais fragmentava o cuidado de enfermagem o tornando segregador. Com o modelo de cuidado da atenção psicossocial o objeto de trabalho da enfermagem é redesenhado, ampliado e complexificado, não mais reduzido à dimensão corporal e moral dos transtornos mentais. A partir disso, se faz necessário novos instrumentos de trabalho, novas relações de trabalho interdisciplinares com relações de poder horizontalizadas, não mais verticalizadas pela hierarquia do poder médico. O cuidado de enfermagem passa a ter uma abordagem clínica que incorpore o campo biopsicossocial do sujeito em sua pluralidade valorizando suas escolhas como ser cidadão e autônomo inseridos num contexto social diversificado. Assim é importante que o enfermeiro reflita sobre forma de cuidado que tem oferecido para que não reduza o sujeito à pluralidade do contexto deixando de valorizar a singularidade existente em cada usuário, para não se tornarem novamente agenciadores da alienação.

Atualmente, o grande desafio para a enfermagem é a conquista de espaços recriados frente à Reforma Psiquiátrica Brasileira com os novos construtos do cuidado em enfermagem. O Enfermeiro com a ocupação de novos espaços e práticas no cuidado do usuário com transtorno mental vem agregando habilidades próprias para a assistência de enfermagem na saúde mental, sendo desafiador o trabalho interdisciplinar nos cenários de cuidado em saúde mental.

O enfermeiro da saúde mental que sempre ficou mais envolvido com as questões clínicas do cuidado, se atendo mais na administração de medicações, banho e nas contenções mecânicas, concentrando seu cuidado ao leito do paciente, recria hoje suas ações de cuidado que vão até mesmo para fora dos muros institucionais, e finalmente alcançaram as ruas da comunidade.

A reconfiguração do modo de cuidar em saúde mental pela enfermagem respeita as escolhas dos usuários e utiliza diversas ferramentas importantes como a escuta, observação qualificada, disponibilidade, vínculo terapêutico, empatia, o uso de uma rede de apoio territorial, entre outros elementos que tornam o cuidado de enfermagem inovador e reabilitador.

É uma clínica que deve ser desenvolvida com preparo, cuidado, atenção e disponibilidade sendo necessária a empatia para essa assistência.

O enfermeiro do CAPS III tem como objeto de seu cuidado um sujeito em sofrimento mental com suas múltiplas necessidades de cuidado singulares, que nem sempre é dirigida a saúde mental. Portanto, é preciso estabelecer uma rede de apoio com os recursos intersetoriais disponíveis no território do sujeito. Nesta pesquisa destaque que os enfermeiros do CAPS III na sua prática assistencial conseguem alcançar o território do sujeito estabelecendo essa rede de suporte, tendo o usuário e sua história de vida como foco do seu cuidado, valorizando as necessidades de demanda e pós- demanda apresentadas no momento de crise ou não.

A primeira categoria formada, nomeada de A Clínica da Enfermagem Psiquiátrica: uma clínica cuidadosa apontou que o cuidado de enfermagem no CAPS III não há rotina, norma, protocolos ou recursos tecnológicos duros para sua realização. O cuidado é construído pela demanda de cada usuário, caracterizando o cuidado pós-demanda do referencial teórico do Intuir Empático. Esse cuidado é nomeado pelos sujeitos da pesquisa como um cuidado inclusivo e sem barreiras, que alcança as ruas da comunidade recriando o modelo assistencial limitado; sendo permeado pelo vínculo terapêutico, escuta, acolhimento, subjetividade e disponibilidade do profissional de enfermagem. Além disso, essa categoria demarca que os cuidados de enfermagem no CAPS III se entrelaçam entre os cuidados de assistência hospitalar e os de reabilitação psicossocial, uma vez que o usuário se encontra 24 horas em acolhimento integral do CAPS durante a crise psíquica. Contudo, esse usuário precisa receber cuidados que atendam suas demandas integralmente, mesmo aquelas que não são direcionadas por

ele. Os cuidados hospitalares no CAPS III são permeados pela subjetividade de cada usuário, o que acolhe o sujeito na crise de forma singular e diferenciado de uma internação hospitalar psiquiátrica, e assim o cuidado de enfermagem passa ser subjetivo com uso de diversos recursos para inclusão e reabilitação do usuário que é atendido no CAPS III.

Essa categoria também revela que somente a equipe de enfermagem se encontra nos cuidados intensivos aos usuários, pois é ela que se encontra integralmente na assistência do serviço, manejando os casos prevalentes ou incidentes de crise psíquica. Assim, o cuidado integral no CAPS III deixa de ser multi ou interdisciplinar.

Apesar dos apontamentos dos participantes desta pesquisa relacionados à sobrecarga de trabalho, esgotamento e estresse que permeiam a atuação dos enfermeiros no CAPS III, estes sujeitos tem se colocado integralmente disponíveis para o cuidado reabilitador singularizado no CAPS III, seja ela nos momentos de cuidados clínicos ou não. O enfermeiro se pluraliza em diferentes tipos de ações territoriais e internas no dispositivo do CAPS III a fim de diminuir o sofrimento dos usuários e seus familiares. Essas ações de cuidado tornam o acolhimento à crise singular, permeado de atenção, escuta, vínculo, proteção e técnica, o que faz a diferença na vida e tratamento dos usuários que se encontram no serviço do CAPS III. Enfermeiros capazes de plurificar suas ações de cuidado para oferecer o melhor tratamento reabilitador possível, lançando mão de uma rede de apoio densa criada pela equipe de cuidado do CAPS III e pelo próprio usuário que ofertará todo o suporte territorial comunitário para o cuidado num momento de crise psíquica, bem como na continuidade desse cuidado. Envolver a comunidade, familiares e parceiros da estratégia da saúde da família tem sido a chave para a reabilitação psicossocial e acolhimento à crise no CAPS III.

Conforme aponta a segunda categoria nomeada de O Compartilhamento do Cuidado através da estratégia da Interdisciplinaridade no CAPS III: o cuidado que provoca mudanças, que destaca a importância de se compartilhar o cuidado durante a

construção dos projetos terapêuticos singulares, respeitando a autonomia de cada profissional e as demandas de cada usuário. Para tal, os profissionais da equipe técnica que compõem o CAPS III devem participar ativamente das discussões dos casos para tomada de decisão em equipe e no manejo diário dos usuários no espaço de convivência do serviço. Além de implicar uma rede de apoio territorial que atenderá integralmente as necessidades de saúde de cada usuário individualmente.

Fica claro que o grande desafio desse cuidado proposto pelo profissional de enfermagem do CAPS III, como apontado pelos sujeitos, seria fazer o usuário obter uma qualidade de vida fora dos muros do CAPS, onde eles possam circular e viver no território de forma inclusiva e autônoma, como proposto pela Portaria 336/2002 que enuncia o cuidado nos CAPS pautados no âmbito e na lógica do território. (BRASIL, 2004)

Ainda destaco que para desempenhar a função de ser um enfermeiro no CAPS III se faz necessário ser extremamente cuidadoso, pois se deve operar o limite do sim e do não em um cuidado que se encontra 24 horas ao usuário em crise, um cuidado que deve ser de forma subjetiva, que se ocupa da escuta e observação desse usuário para o reconhecimento das demandas e pós-demandas num momento de sofrimento, e a partir disso construir em conjunto com o usuário um plano de cuidados para aquele momento a fim de diminuir esse sofrimento. Esse plano pode ser: dar uma volta no território, ou tomar um banho, ou comer algo de sua escolha, trocar de roupa, ouvir uma música, dentre outros e para isso precisa estar disponível, atento e ser habilidoso. Em parceria com isso, o enfermeiro do CAPS III deve realizar o matriciamento, visitas domiciliares, atender os projetos terapêuticos de outros casos e até mesmo de outros usuários em crise, preparar, dispensar e administrar medicações, se atentar aos cuidados clínicos. Enfim, um turbilhão de atividades de forma tão subjetiva para cada caso, que por vezes esses enfermeiros não se atentam para a tamanha dimensão de seu cuidado.

Os enfermeiros, participantes desta pesquisa, estão utilizando sempre o intuir empático em suas ações de cuidado, porém os mesmos não conseguem vislumbrar

isso, não reconhecendo nos cuidados clínicos todas as ferramentas reabilitadoras que utilizam durante o acolhimento ou no dia a dia da convivência do dispositivo CAPS III.

A lógica que direciona o conceito ampliado de saúde requer do profissional não apenas habilidades, atitude e conhecimento, mas a busca permanente pelo bem estar biopsicossocial, onde as ações de saúde visam auxiliar a pessoa em sofrimento mental a enfrentar os problemas da vida nos seus diferentes espaços de socialização. Para isso exige do profissional se despir de preconceitos e compreender as críticas do processo de trabalho.

Os participantes da pesquisa ressaltaram ainda que a desvalorização do ensino de enfermagem psiquiátrica durante os cursos de graduação ocasiona falta de conhecimento técnico e científico, e geram medos, preconceitos e inseguranças aos enfermeiros. Assim, a assistência de enfermagem pouco diminui o sofrimento do usuário, correndo o risco dos cuidados ficarem restritos aos cuidados clínicos e coercitivos, voltados para a doença e não o sujeito adoecido, que pouco perpassa aos cuidados propostos pela reabilitação psicossocial, fato destacado na terceira categoria formada nesse estudo – A Valorização da clínica psiquiátrica no ensino de graduação: formando enfermeiros capacitados para o cuidado em saúde mental.

Contudo, precisamos refletir sobre a qualidade dos profissionais que se tem formado pelas universidades e a necessidade de prosseguir com a educação permanente, que abranja os avanços científicos em saúde mental, dos enfermeiros no campo da assistência, ficando clara a real necessidade da oferta desse conhecimento aos profissionais que atuam no campo da saúde mental, em especial aos enfermeiros do CAPS III que eventualmente ainda não buscaram o saber paradigmático da reabilitação psicossocial. Como fora apontado nesse estudo.

Os enfermeiros, participantes dessa pesquisa, expressaram o desejo de buscar maiores conhecimentos para qualificação de sua assistência, uma vez que atuam não somente como assistencialistas, mas também como educadores em saúde mental de diversas equipes de saúde da família através do Matriciamento em Saúde Mental.

Por fim, este estudo se direciona para futuramente construir em conjunto com os enfermeiros atuantes no CAPS III um projeto de mudanças e inovações frente às práticas de cuidado de enfermagem no CAPS III. Tomando como base suas ações de cuidado já descritas e analisadas no atual estudo, a fim de responder as necessidades do método de pesquisa aplicado.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA FILHO AJ, MORAES AEC, PERES MAA. **Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica.** Rev Rene. 10(2):158-65, 2009.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARANTE, P. (org) (1994). **Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

BASAGLIA, Franco. (1985). **A instituição negada.** Rio de Janeiro, Graal.

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

BERCHERIE, P. (1989) **Os fundamentos da clínica, história e estrutura do saber psiquiátrico.** Rio de Janeiro, Zahar.

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

BRASIL. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 6**, ano IV, nº 6. Informativo Eletrônico. Brasília: junho de 2009 (acesso em 18/11/2011).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 8**, ano VI, nº 8. Informativo eletrônico. Brasília: janeiro de 2011a (acesso em 20/02/2012).

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 9**, ano VI, nº 9. Informativo eletrônico. Brasília: julho de 2011b (acesso em 20/02/2012).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002.** 3ªed. rev. Brasília; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 2010a. Seção 1, p. 88.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 out. 2011b. Seção 1, p. 48-55.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de

Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília. jan. 2011e, 106 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2011a. Seção 1, p. 230-2.

_____. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica**, 2003a. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. (Acesso em: 12 out. 2012.)

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007 - 2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política da saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Brasília - DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 224 de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc> (acesso em 26/02/2013).

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 466/2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 13. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> (acesso em 16/07/2013).

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa ; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

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 de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2004.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. **O cuidado em saúde mental na atualidade.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 3, p. 687-91, 2011.

CASTEL, Robert. 1978. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade do Ouro do Alienismo.** Ed. Graal. Rio de Janeiro.

COELHO, D. M.; BURSZTYN, D. C.; RAULINO, L. E. G.; ARÔCA, S. R. S. **Sobre o Início do Matriciamento em Saúde Mental na Cidade do Rio de Janeiro: Reflexões, Relatos e Recomendações.** 1ª Ed. 2012

COFEN, Resolução 225/2000. **Dispõe sobre cumprimento de Prescrição medicamentosa/Terapêutica à distância.** Rio de Janeiro, 28 de fevereiro de 2000.

CREMESP. **Consulta nº 25.294/94.** São Paulo, 22 de maio de 1995.

DELL'ACQUA, Giuseppe e MEZZINA, Roberto. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. Em: DELGADO, Jaques (org) **A loucura na sala de jantar**, São Paulo: Resenha, p. 53-79. (1991)

DELGADO, Jaques (org). (1991). **A Loucura na Sala de Jantar.** SP, Editora Resenha

DELGADO, P. G. G. **O SUS e a Lei 10.216: Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social.** In: Saúde Mental e Qualidade de Vida – I Simpósio Internacional de Saúde Metal e Qualidade de vida. UFRJ: Edições CUCA – IPUB, 2002.

DELGADO, Pedro Gabriel (1992). **As Razões da Tutela – Psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil.** Rio de Janeiro, Te Corá.

DELGADO, P. G. (1999). **Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais.** Cadernos IPUB, 14,113-121.

ERDMANN, A. L. **Sistema de Cuidado de Enfermagem.** Pelotas: UFPel, 1996.

FOUCAULT, Michel. **A Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001

FOUCAULT, Michel (1977). **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro, Forense Universitária

FOUCAULT, Michel (1984). **Vigiar e Punir.** Petrópolis, Vozes.

FOUCAULT, M. **“Os corpos dóceis”.** **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** 29ª ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004ª.

FOUCAULT, M. **“Os recursos para o bom adestramento”.** **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** 29ª ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004b.

FOUCAULT, M. (2000). **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FREITAS, E. V. de.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2ª Ed. 2006.

FUREGATO, A. R. F; SAEKI, T. **Formando especialistas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental por mais de duas décadas**. In: *Compreensão e Crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica*. Cadernos do IPUB nº 19 CUCA/IPUB: UFRJ, 2000.

GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, prisões e conventos**. 6ª edição. São Paulo: Perspectivas, 1999.

GOLDBERG, J. - **A Clínica da Psicose: Um projeto na rede pública** – Te Cora: Instituto Franco Basaglia – Rio de Janeiro, 1994. Org

KINOSHITA, Roberto Tykanori (1996). **Contratualidade e reabilitação psicossocial**. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-9. (SaúdeLoucura, 10)

KIRSCHBAUM, D. ISANE, 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* [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2011 Oct 11]; 17(3): 368-373.

KIRSCHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. K. C. **O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas-SP**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2001, vol.9, n.5, pp. 77-82. ISSN 0104-1169.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 3ª Ed, 1991.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: NFR/UFSC. Ed. Papa Livros, 1999.

LODI, J. B. **A entrevista: teoria e prática**. 7.ed. São Paulo: Pioneira, 1991. 176p.

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

LOYOLA, Cristina Maria Douat. **Notas sobre o cuidar em enfermagem psiquiátrica**. In: CAVALCANTI, Maria Tavares; FIGUEIREDO, Ana Cristina; LEIBING, Annette (Org.). *Por uma psiquiatria inquieta*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008. p. 64-68.

MARCOLAN, J. F.; CASTRO, R. C. B. R. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto do cuidar**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MELLO, R. **A questão da interdisciplinaridade no dia a dia da enfermeira que atua em Centros de Atenção Diária de saúde mental.** Rev Bras Enfermagem 1998 janeiro/março; 51(1):19-34.

MERHY, Emerson Elias. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial.** Alegria e alívio como dispositivos analisadores. 2004. Disponível em : <http://paginas.terra.com.br/saude/merhy>. Acessado em: 20/05/2013 às 13:00hs.

MINAYO, C. de S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 6ª ed., São Paulo: Hucitec, 1999.

Miranda CML, Rocha RM, Sobral VRS. **O ensino, a pesquisa e a assistência de Enfermagem psiquiátrica.** Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro 1999;7(2) 189-92

OLIVEIRA, R. M. P. **Por uma Clínica de Enfermagem Psiquiátrica: o intuir empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2005.

OLIVEIRA, R. M. P. **Pintando novos caminhos: visita domiciliar em saúde mental.** Rio de Janeiro; s.n; 235 p. ilus, tab.

OLIVEIRA, A. G. B., ALESSI, N. P. **O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais.** Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):333-40.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.**, 2001.

PAIM, L., TRENTINI, M. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de saúde-enfermagem.** 2 ed. Florianópolis: Insular; 2004.

PAIM, L. TRENTINI, M., MADUREIRA, V.S. F., STAMM, M. **Pesquisa convergente-assistencial e sua aplicação em cenários da Enfermagem.** Cogitare Enferm. Jul/Set; 13(3):380-6, 2008

PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje. In: PITTA, A. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996. p.19-26.

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

ROCHA, R. M. **O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar.** Texto Contexto Enfermagem, v. 14, n.3, jul./set. 2005.

RIBEIRO, W.C. **Milton Santos: aspectos de sua vida e obra**. In: El ciudadano, La globalización y la geografía. Homenaje a Milton Santos. Universidad de Barcelona. Vol. VI, nº 124, 30 de septiembre de 2002.

RODRIGUES, J. R.; SANTOS, S. M. A.; SPRICCIGO, J. S. **Ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental na Graduação em Enfermagem**. Acta Paulista Enf. 2012, 25(6):88/4.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitecs. 1990.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Nobel, 2000.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. TeCorá /Instituto Franco Basaglia: Belo Horizonte, 1999.

_____. **A cidadania como forma de tolerância**. (Trad. Elisabete Ferreira Mângia). Conferência realizada no Rio de Janeiro, 1998.

SOARES, A. N.; SILVEIRA, B. V.; REINALDO, A. M. S. **Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro**. Rev. RENE;11(3):47-56, jul.-set. 2010.

SOARES, Régis Daniel. **O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial**. Esc. Anna Nery [online]. 2011, vol.15, n.1, pp. 110-115. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100016>.

TAVARES, C. M. M. **A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial**. Texto Contexto Enfermagem. Jul-Set; 14(3):403-10. 2005.

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

YASUI, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 2ª Ed. Editora Sagra Brown, 1979.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Resolução CNS nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: “A Clínica de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial III”, que tem como objetivos: Descrever as ações de cuidado do enfermeiro em um CAPS III; Analisar o cuidado do enfermeiro a luz do referencial teórico do Intuir Empático como estratégia de cuidado da Enfermeira Psiquiátrica; Construir coletivamente com os enfermeiros, sujeitos da pesquisa, um projeto de mudanças ou inovações frente as práticas de cuidado de enfermagem no CAPS III. A pesquisa utiliza a metodologia da Pesquisa Convergente Assistencial.

A pesquisa terá duração de 02 anos, com término previsto para o segundo semestre de 2013.

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

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

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista aberta e questionário, que será gravada em MP3 para posterior transcrição, sendo guardado os dados por até cinco anos e descartada após esse período. E participação em dois grupos de debates entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador para discussões sobre os impasses da clínica da enfermagem no CAPS III. O pesquisador realizará também a observação participativa da prática assistencial dos sujeitos da pesquisa.

Sr(a) não terá nenhum custo ou qualquer compensação financeira. Os riscos de sua participação na pesquisa não serão de ordem física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Apesar disso, poderá gerar incômodo durante 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 trabalho de preferência, sem que haja prejuízo à prática.

O benefício relacionado à sua participação será de aumentar a qualidade de sua assistência prestada a sua clientela, bem como contribuirá para reflexões críticas a respeito do cuidado de enfermagem em psiquiatria no âmbito da reabilitação psicossocial.

Sr(a) receberá uma cópia deste Termo onde constam telefones / e-mails do pesquisador responsável e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Rosane Mara Pontes de Oliveira
Pesquisadora Principal EEAN/UFRJ
Cel: (21) 78314432
E-mail: romapope@gmail.com

Bruna Lopes dos Santos Pinto
Mestranda EEAN/UFRJ
Cel: (21) 78114719
E-mail: bruninhafla@oi.com.br

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ 2013.

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

SUJEITO DA PESQUISA: _____

APÊNDICE B - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

PESQUISA: *A Clínica da Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial III*

A) Questionário Sociodemográfico

Código / Controle da Pesquisadora: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

1) Caracterização dos Entrevistados:

1.1) Nome: _____

1.1.1) Iniciais: _____

2) Data de Nascimento (de acordo com o Registro Geral): dia: ____ mês: ____ ano: ____

3) Sexo: (F) (M)

4) Situação Conjugal: (Casado); (Solteiro); (Divorciado); (Separado); (Viúvo/a); (Outro): _____.

5) Possui filhos? (NÃO) (SIM) → Quantos: _____

6) Possui religião? (NÃO) (SIM) → Qual? _____ Pratica regularmente: (SIM) (NÃO)

7) Grau de Escolaridade: () Graduação () Especialização (360hs) () Mestrado () Doutorado

8) Quais Pós Graduações: _____

9) Quantos Empregos: _____

9.1) Quais: _____

10) Tempo de Experiência em Saúde Mental: _____

11) Experiências Anteriores: _____

12) Curso de Aperfeiçoamento ou Extensão em Saúde Mental: _____

13) Possui desejo em buscar cursos de capacitação: _____

14) Quais: _____

15) Tempo de trabalho no CAPS III JFF: _____

16) Principais desafios ou impasses na assistência nesse cenário:

17) No local de trabalho possui espaço para capacitação: _____

17.1) Qual: _____

18) Carga Horária Semanal: _____

B) Roteiro Entrevista Aberta

- O que você entende pela clínica da enfermagem psiquiátrica?
- O que você pensa sobre a assistência de enfermagem no CAPS III, seus principais desafios, impasses, questionamentos diante da clínica?

C) Roteiro para Observação Participante

- ✓ Atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro
- ✓ Atuação do Enfermeiro diante dos impasses da clínica
- ✓ Atuação do Enfermeiro diante da Equipe Multiprofissional – trabalho interdisciplinar
- ✓ O Enfermeiro como líder de equipe
- ✓ Atuação do Enfermeiro diante da rede territorial, uso dos recursos intersetoriais

APÊNDICE C - CRONOGRAMA DA PESQUISA

Atividades	2012	2013	2014	2015
Levantamento Bibliográfico	X	X	X	----
Participação das disciplinas	X	X	----	----
Período de Licença Maternidade	----	----	X	----
Elaboração Projeto	X	----	----	----
Defesa Projeto	----	X	----	----
Encaminhamento ao CEP	----	X	----	----
Aprovação CEP	----	X	X	----
Coleta de dados	----	X	X	----
Análise dos dados	----	X	X	----
Qualificação dos dados	----	----	X	----
Defesa da Dissertação	----	----	----	----
Submissão de artigo Científico	----	----	X	X

APÊNDICE D – PLANILHA DE ORÇAMENTO DA PESQUISA DE MESTRADO ESTIMATIVO

DESCRIÇÃO DO CONSUMO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Inscrição Programa Pós Graduação EEAN/UFRJ	1	R\$ 150,00	R\$ 150,00
Papel A4 (500 folhas)	06	R\$ 12,00	R\$ 72,00
Cartucho/Recarga	05	R\$ 20,00	R\$ 100,00
Impressão	3.000	R\$ 0,30	R\$ 900,00
Taxa inscrição Eventos Científicos	03	variável	R\$ 900,00
Custo transporte	800	R\$ 2,75	R\$ 2.200,00
Encadernação	15	R\$ 3,00	R\$ 45,00
Confecção Banner expositivo	03	R\$ 30,00	R\$ 90,00
Pen Drive	01	R\$ 20,00	R\$ 20,00
Mensalidade Internet	48	R\$ 29,00	R\$ 1435,20
Impressora	1	R\$ 300,00	R\$ 300,00
Submissão Artigo para revista científica	2	R\$ 200,00	R\$ 400,00

APÊNDICE E – ORÇAMENTO FINANCEIRO

Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Núcleo de Pesquisa em Enfermagem
Hospitalar

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2013.

Senhores Membros do Comitê de Ética em Pesquisa do _____ / _____,
Declaro para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**A Clínica da Enfermagem Psiquiátrica no Centro de Atenção Psicossocial III**”, de autoria de Bruna Lopes dps Santos Pinto, mestranda em enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, sob orientação da Professora Dr^a Rosane Mara Pontes de Oliveira Pereira, não receberá qualquer espécie de financiamento por nenhuma instituição patrocinadora. Portanto, fica claro que todos os custos envolvidos na realização do estudo são de inteira responsabilidade da pesquisadora principal.

Atenciosamente,

Bruna Lopes dos Santos Pinto
Enfermeira
Pesquisadora principal
E-mail: bruninhafla@oi.com.br
Tels.: (21) 996358596

ANEXO

Reflexão criada por um usuário do CAPS III João Ferreira sobre a clínica de Enfermagem no CAPS III

A CLÍNICA DA ENFERMAGEM NO CAPS III

O CAPS sem a enfermagem
É um simples existir de aparências
E, simultaneamente, do vazio e do caos.
É a falta da escuta, a ausência do cuidado,
O arrebatamento do profissionalismo sério,
A abdução do amor,
Que existem nestes ótimos profissionais...
Profissionais atenciosos e importantíssimos,
Não obstante sem receber o valor
Que lhes é devido.
Quiçá um dia sejam valorizados de fato e de verdade.
É mister valorizarmos mais e atentarmos mais
A relevância insólita da clínica da enfermagem.
Você já viu um bom profissional amoroso?
Eu já. O vi num CAPS. Era um enfermeiro.
Ele era profissional. Um bom profissional.
Porém não deixava que seu profissionalismo
O atrapalhasse no amor ao paciente
Que carecia de um abraço, da escuta, de atenção,
De uma palavra amiga, de um conselho
(que é bom e é de graça),
De uma mão segurando sua mão.
Não é somente o remédio e a injeção na hora certa,
Mas também o coração.
O enfermeiro, profissional multifacetado,
Vive cultivando estados mentais positivos
Como a generosidade e a compaixão,
Independentemente do estado físico e mental
Em que se encontra (Às vezes horas difíceis...),
Para decididamente conduzir melhor
A saúde mental e a felicidade no CAPS.
Por isso sou eternamente grato.

*DOMINGOS C. S.
USUÁRIO DO CAPS JOÃO FERREIRA/RJ*