

**UNIVERSIDADE FEDERAL SANTA CATARINA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ALINE BATISTA LOPES ANASTÁCIO

O CUIDAR DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**BELO HORIZONTE - MG
2014**

ALINE BATISTA LOPES ANASTÁCIO

O CUIDAR DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

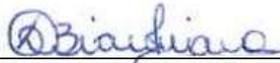
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Linha do Cuidado, para a obtenção do título de Especialista em Linhas do Cuidado para Profissionais de Enfermagem.

Orientador: Profa Dra Bianca Cristina Ciccone Giacon

BELO HORIZONTE - MG
2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **O CUIDAR DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** de autoria do aluno **ALINE BATISTA LOPES ANASTÁCIO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.



Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giaccon
Orientadora

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus sempre e em primeiro lugar pelas oportunidades que me foram dadas e que me fizeram chegar vitoriosa até aqui. Aos meus pais e irmãos por acreditarem em mim e lutarem pela realização dos meus sonhos. Amo vocês!

A minha orientadora, Bianca Giacon pelas contribuições valiosas e estímulo.

À Ana Paula Trombeta, minha tutora durante toda a especialização. Obrigada pelo carinho, paciência e competência com que me acompanhou durante o curso.

Aos colegas de sala agradeço a oportunidade de crescimento e troca de experiências.

A Universidade Federal de Santa Catarina por disponibilizar um curso de especialização na minha área de atuação, que muito contribuiu para o meu desenvolvimento profissional.

A todos que fizeram parte dessa vitória.

“Mais do que o gesto, interessa como ele foi recebido. Mais do que a palavra, nos influencia como ela foi ouvida. Mais do que o fato, vale onde, como e quando ele nos tocou.”

(Lya Luft)

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Avaliação do nível de evidência mostrado por cada estudo.....25

QUADRO 2- População e amostra dos artigos indexados nas bases eletrônicas antes e após serem submetidos aos critérios de seleção.....27

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Distribuição da formação dos autores dos artigos que fizeram parte da revisão.....	30
TABELA 2. Distribuição dos autores quanto à área de atuação.....	30
TABELA 3. Distribuição das publicações segundo os periódicos divulgados.....	31
TABELA 4. Distribuição dos artigos da presente revisão segundo o delineamento do estudo realizado.....	32
TABELA 5. Distribuição dos artigos quanto ao ano de publicação, nível de evidência.....	32
TABELA 6. Distribuição das ações desenvolvidas pelo enfermeiro na área de saúde mental	33

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DECs	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O enfermeiro é o profissional que atua na proteção, promoção e na recuperação da saúde. O surgimento do Centro de Atenção Psicossocial em 2002 ampliou suas possibilidades de atuação em saúde pública. Na perspectiva de conhecer aspectos desta atuação, este estudo tem como objetivo descrever ações de cuidado que vem sendo desenvolvidas nesta unidade de saúde na área de enfermagem através do profissional enfermeiro. Assim, foi utilizado o método de revisão integrativa de literatura com pesquisa em artigos nas bases de dados BIREME, Lilacs e Scielo, utilizando os descritores: papel do enfermeiro; saúde mental, educação em saúde, atenção secundária à saúde e promoção da saúde. No total, obteve-se 48 artigos, dos quais, foram selecionados 11 conforme os critérios de inclusão. Da amostra final, 9 (82%) foram encontrados na base LILACS e 2 (18%) na base Scielo. Como resultado verificou-se que os artigos foram todos escritos por profissionais enfermeiros, 4 (36,3%) atuando na área de enfermagem psiquiátrica, sendo a maioria dos estudos primários/qualitativos, 7 (63,6%). Com este estudo foi possível concluir que as ações desenvolvidas no CAPS pelo profissional enfermeiro são as de educação em saúde, ações individuais e coletivas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1 Breve histórico da Enfermagem e sua insercao no Sistema Único de Saúde.....	15
3.2 O enfermeiro no Centro de Atencao Psicossocial	17
3.2.1 Os Centros de Atencao Psicossocial (CAPS)	17
3.3 Ações Educativas na Área da Saúde	22
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
4.1 Referencial teórico metodológico.....	25
4.2 Percurso Metodológico.....	26
4.3 Etapas da Revisão Integrativa.....	26
4.4 População e amostra	27
4.5 Critérios de inclusão.....	28
4.6 Variáveis do estudo	28
4.7 Instrumento de coleta de dados	29
4.8 Análise dos dados	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
7 REFERÊNCIAS	39
8 APÊNDICE.....	42

1- INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (2003), o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em Saúde Mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marcam um progresso indiscutível da política do SUS. Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão. Todavia, não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção.

Os serviços de Saúde Mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises, etc. Porém, uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da Atenção Básica (AB) em qualquer uma de suas formas.

Os CAPS, dentro da atual política de Saúde Mental do Ministério da Saúde (MS), são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em Saúde Mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os freqüentam. Deve ser, também, um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois, todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em Saúde Mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas, sempre em direção à comunidade.

No contexto de trabalho do CAPS, tem-se o enfermeiro como um dos profissionais atuantes no serviço. O enfermeiro que atua no CAPS deve apresentar como competências: saber identificar os principais transtornos psiquiátricos e oferecer melhor encaminhamento em cada situação; conhecer as principais indicações de psicotrópicos e seus principais efeitos colaterais; instituir outros tipos de abordagem além do tratamento farmacológico; em conjunto com os outros profissionais da equipe, gerenciar a situação clínica do paciente, coordenando os contatos com outros profissionais de saúde de forma a assegurar a continuidade dos cuidados; organizar a assistência aos portadores de transtorno mental na unidade de saúde; capacitar e supervisionar os auxiliares de enfermagem e outros agentes de saúde de nível médio no acompanhamento de pacientes com transtornos mentais; fazer prevenção e reabilitação psicossocial em situações clínicas compatíveis a estas ações (PEREIRA; VIANNA, 2010).

Ainda que o enfermeiro tenha grande autonomia neste tipo de serviço, toda proposta de ação do CAPS deve ser compartilhada com a equipe, seja ela, de atendimentos individuais, atenção domiciliar a acamados, atendimentos em grupo, oficinas de educação em saúde, entre outros.

A partir do meu trabalho como enfermeira no CAPS, do meu trabalho como professora de estágio de escola técnica em enfermagem no CAPS e da minha inserção neste Curso de Especialização em Linhas do Cuidado (Psicossocial) para profissionais da enfermagem, pude perceber a importância de se discutir o tema relacionado à atuação do enfermeiro neste campo. Desse modo, o presente trabalho pretende mostrar quais ações de cuidado estão sendo desenvolvidas pelo enfermeiro no CAPS atualmente.

2 OBJETIVO

Identificar ações de cuidado realizadas pelo enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Breve histórico da Enfermagem e sua inserção no Sistema Único de Saúde

A enfermagem é definida por Dra. Wanda de Aguiar Horta em 1968:

Enfermagem é “a ciência e a arte de assistir ao ser humano (indivíduo, família e comunidade), no atendimento de suas necessidades básicas; de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover sua saúde em colaboração com outros profissionais. Assistir, em enfermagem, é fazer enfermagem, é fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudá-lo ou auxiliá-lo quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, supervisioná-lo ou encaminhá-lo a outro emprego”.

Em 12 de julho de 1973, através da Lei 5.905, foram criados os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, constituindo em seu conjunto Autarquias Federais, vinculadas ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são Órgãos disciplinadores do exercício da Profissão de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Posteriormente em 25 de Junho de 1986, veio a Lei nº 7.498, que regulamenta o exercício de Enfermagem e foi sancionado pelo presidente José Sarney. (BRASIL, 1986).

A resolução COFEN Nº. 311/2007 aprova a reformulação do Código de Ética, que elenca e disciplinam os direitos, deveres e responsabilidades dos profissionais de enfermagem, inerentes às relações estabelecidas em função de sua atividade profissional. De acordo com o código de Ética de enfermagem, no Brasil, constituem direitos gerais dos profissionais de enfermagem inscritos nos Conselhos Regionais de Enfermagem, nos limites de sua competência e atribuições:

Art. 1º – Exercer a enfermagem com liberdade, autonomia e ser tratado segundo os pressupostos e princípios legais, éticos e dos direitos humanos.

Art. 2º – Aprimorar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais que dão sustentação a sua prática profissional.

Art. 3º – Apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional e à defesa dos direitos e interesses da categoria e da sociedade.

Art. 4º – Obter desagravo público por ofensa que atinja a profissão, por meio do Conselho Regional de Enfermagem.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e apresentado pela Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que o

reconhece como uma política pública promotora de cidadania pela sua grande capacidade de inclusão e amplitude de suas ações. A participação da comunidade no âmbito do SUS foi divulgada pela Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 (MOLINI-AVEJONAS, 2010).

O SUS reveste-se de importância no quadro sanitário brasileiro não somente como estrutura de organização institucional da área da saúde e modelo de atendimento à clientela, mas, especialmente pela mudança impressa nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer a assistência à saúde no país (BRASIL, 1990).

Simultaneamente, tomado como campo de produção intelectual, conforme proposto por Bourdieu (1989), o campo de saber da enfermagem vem se estruturando em função de um permanente refletir sobre as suas práticas e sobre a construção do seu objeto de atenção. Nesse sentido, concebida como prática social, a enfermagem tem procurado definir o seu processo de trabalho em consonância com os outros processos de trabalho do campo da saúde, e também das políticas nas quais se insere (OLIVEIRA, 2001; GONÇALVES, 1992).

No âmbito do SUS, o processo de trabalho dos enfermeiros caracteriza-se pelo desenvolvimento de ações que apresentam maior proximidade com os usuários e, normalmente, representam o maior quantitativo de profissionais dentro das instituições. Tal fato tem trazido à inserção da profissão na atenção pública à saúde grande visibilidade importância social e política. Destaca-se ainda como característica do processo de trabalho dos enfermeiros no contexto nacional atual a freqüente assunção de cargos de direção e de gerência nas instituições de saúde, em diferentes níveis governamentais, imprimindo características próprias à gestão e ao desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro.

Nesse contexto, para que os objetivos do SUS sejam atingidos, exige-se o desenvolvimento de determinado processo de trabalho de enfermagem, que vem se diversificando em atividades assistenciais, de gerência, de ensino e de pesquisa. No que tange às ações assistenciais, ressalta-se a presença desse profissional em todas as unidades de internação, nos ambulatorios e postos de saúde, estando presente praticamente em todos os momentos de contato entre a população e os serviços e em todos os atendimentos realizados.

A proposta do SUS com relação ao cuidado a saúde é ordenada em níveis de atenção (primário, secundário e terciário), sendo que todos têm a mesma relevância, pois a atenção à saúde precisa ser integral (MOLINI-AVEJONAS, 2010).

O foco desta pesquisa é Atenção Secundária, que é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de

média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

3.2. O enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial

3.2.1 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Relacionado ao supracitado, tem-se dentro do ordenamento jurídico, a Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, emitida pelo Ministério de Saúde. Seu texto versa sobre a criação de Centros de Atenção Psicossocial, constituídos em três modalidades de serviços a citar: CAPS I, CAPS II e CAPS III.

Essas modalidades são definidas por ordem crescente de porte ou complexidade e por abrangência populacional, possuindo a mesma função no atendimento público em saúde mental. O seu funcionamento é para atenção de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

Dentro da modalidade descrita como CAPS II, de acordo com a portaria ministerial, têm-se os CAPS ad II. A existência dos CAPS ad II se origina do anseio de “atendimento à pacientes com transtornos derivados da utilização e dependência de substâncias psicoativas”, conforme disposto no item 4.5, do artigo 4º da Portaria n. 336/GM.

Esses CAPS ad II constituem-se em serviços ambulatoriais de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local. Esses serviços são responsáveis pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do seu território. Além de necessitarem possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local na esfera de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), segundo a determinação do gestor local (alínea “c”, item 4.5, art. 4º da Portaria n. 336/GM, de 2002).

Cabe aos CAPS ad II, coordenar, no âmbito de sua abrangência e por delegação do gestor local, atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes. Além disso, supervisionar e preparar às equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local “no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial” (alínea “e”).

Haroldo Caetano da Silva¹ nos diz que como atividades basilares no processo de assistência aos beneficiários dos serviços dos CAPS ad II, a Portaria em questão destacou as seguintes:

- Atendimento individual (o medicamentoso, o psicoterápico, o de orientação, dentre outros);
- Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, dentre outras);
- Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissionais de nível superior ou nível médio;
- Visitas e atendimentos domiciliares;
- Atendimento à família;
- Atividades comunitárias, onde se enfoca a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social.

Complementarmente, o texto normativo definiu que os assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, enquanto os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

Para o exercício de suas funções e responsabilidades, o texto normativo dispôs o que se considera uma equipe mínima para o atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia.

Nestes termos, *ipsis litteris*, o texto legal, em seu artigo 4º, inciso 4.5.2, alíneas de “a” a “e”, reza o seguinte:

[...]

será composta por:

- a) 01(um) médico psiquiatra;
- b) 01(um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c) 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d) 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e) 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Embora a importância dos serviços dos CAPS ad II tenha se dado em torno de um anseio social que buscou a mudança de um paradigma exclusivamente medicamentoso e hospitalocêntrico para um modelo psicossocial, nas disposições da Portaria destacada necessita de avanços.

¹ SILVA, Haroldo Caetano da. **Embriaguez e a Teoria da Actio Libera In Causa**. Curitiba: Juruá, 2011. p. 49-50.

Segundo Daniela Martins Machado²:

O modelo manicomial ou psicossocial de atenção à saúde mental são opções que apontam para determinadas implicações que se capilarizam além da definição do lugar físico de tratamento e esta opção define um modo particular de enxergar e de agir diante do ser humano que sofre.

No modelo hospitalocêntrico e medicamentoso, o beneficiário do serviço é encarado como alguém que deve se enquadrar aos procedimentos daqueles que são os especialistas, os doutores, os detentores do saber e da verdade e ele não possui atuação ativa, devendo ser paciente e passivo ao longo de um processo terapêutico pautado em intervenções medicamentosas e concernentes ao modelo biologizante e patologizante das ciências médicas tradicionalistas.

De acordo com Daniela Martins Machado³:

Naquilo que se entende como modelo psicossocial, endossa-se as compreensões em torno do sujeito não visto como objeto, mas, como sujeito de direitos e deveres, que deve ser respeitado enquanto cidadão e em suas singularidades.

Neste paradigma, o ser humano portador de sofrimento psíquico é enxergado para além do mero sintoma, compreendido como ser biopsicossocial inserido em um espaço e tempo histórico-cultural definido, não se ignorando outras dimensões contextuais influenciadoras.

Franco Basaglia⁴ ressalta que:

Uma atenção psicossocial verdadeira exige um re-pensar de saberes e práticas com implicações históricas, socioculturais e político-ideológicas, que resulte na construção de novos espaços e novas formas de tratamento baseadas em práticas inclusivas.

Defende-se que as equipes devem ser compostas por uma diversidade de profissionais, preferencialmente qualificados, que possam contribuir para uma compreensão integral e não disjuntiva do ser humano em sofrimento psíquico. Nestes termos, critica-se a

² MACHADO, D. M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental.** Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006. p. 72.

³ MACHADO, D. M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental.** Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006. p. 73.

⁴ BASAGLIA, Franco. **A instituição negada:** relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 94.

redação da Portaria n. 336/2002, considerando-se que seu texto revela-se maquiado e produtor de engodos.

As figuras da medicina psiquiátrica, da medicina clínica e da enfermagem (esta com a exigência de formação em saúde mental) revelam-se como categorias fixas e as demais categorias profissionais se destacaram como coadjuvantes e optativas, desta forma, entende-se que, quando se tem a afirmação “04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico”, não existe limitadores quanto às possíveis combinações de equipe mínima, assim, não estaria em discordância com a normatização uma formação com um psiquiatra, um médico clínico, quatro enfermeiros e seis técnicos administrativos.

Não se advoga que uma equipe composta da forma como se cita anteriormente não tenha condições de exercer propostas que resultem em reais benefícios para aqueles que buscam os serviços especializados e destaca-se que a visão do legislador se caracterizou norteada ainda em torno de um modelo medicamentoso e biológico típicos dos paradigmas tradicionais. Visão esta que não enxerga a questão dos problemas associados ao consumo de álcool como fenômeno em toda sua dimensão que envolve elementos fisiológicos, mas, também psicológicos e sociais complexos.

Defende-se o eixo axial que privilegia uma visão ampliada de atenção psicossocial, que compreende o ser humano em sofrimento psíquico em toda sua integralidade, além de percebê-lo enquanto sujeito co-autor do processo de tratamento, neste sentido, pensamos que desde a entrada no serviço até a alta do beneficiário, os profissionais devem buscar reiteradamente desenvolver melhorias para as várias etapas do processo denominado como tratamento.

Considerando-se a etapa inicial de qualquer serviço de atenção psicossocial em um CAPS ad II, tem-se a dimensão do acolhimento e como conceito, o entende-se, não como um lugar físico no qual são apreendidas informações iniciais sobre aquele que busca assistência especializada para se decidir sobre sua elegibilidade para o serviço, mas como espaço de intervenção clínica da atenção psicossocial de natureza continuada.

No contexto de intervenção tem-se a recepção daquilo que se apresenta como pedido de algo, que dependendo como for contemplado, poderá influenciar não na adesão à proposta de trabalho no serviço especializado, como produzir influências ao longo do percurso no serviço e na alta.

Como destaca Isaias Pessotti⁵:

Tem-se no acolhimento a questão crucial para o sucesso do tratamento e o espaço ou grupo de acolhimento caracteriza-se por ser um *locus* de formulação de discursos e demandas que pode favorecer a construção e reconstrução de significados que vão além da relação com o produto.

Na experiência do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), a equipe passou a receber a demanda dos beneficiários do serviço de forma mais aberta, ou seja, de maneira a privilegiar o que era trazido pelos sujeitos.

Adotaram uma postura aos moldes da *epoché*, tendo por princípio o não buscarem interpretações, mas, a escuta e o acolhimento da demanda e investimento na construção do vínculo.

Ainda segundo Isaias Pessotti⁶:

Os beneficiários freqüentavam os grupos na freqüência que mais lhe convinham, tendo o funcionamento desses em plantões diários de uma hora e meia de duração. O critério de exclusão da participação se direcionava para o estado de intoxicação no momento do grupo ou em surto psicótico.

As diferentes modalidades terapêuticas disponíveis na instituição mencionada visavam à contemplação da subjetividade, estimulada a cada encontro e não se restringindo à psicoterapia individual ou grupal, sendo assim, no contexto de acolhimento, o exercício de produção de subjetividade também ocorria, situação essa presente desde a primeira ocasião de participação dos membros em um grupo de acolhimento.

Ainda referente à experiência de acolhimento no PROAD, tinha-se a “demanda do indivíduo” como o foco desde o início, postura essa justificada na consideração dos sujeitos como autores e não como atores do processo.

A proposta de trabalho nesta instituição pautou sua prática tendo na pessoa do beneficiário do serviço um colaborador ao invés de um agente passivo e receptáculo das intervenções dos ditos especialistas.

Isaias Pessotti⁷ ressalta que:

Como resultado da proposta no contexto de acolhimento, aos moldes relatados sinteticamente, percebeu-se o aumento na aderência ao serviço, sendo observado que quando os beneficiários do serviço eram encaminhados para o psiquiatra, notava-se que o padrão de consumo de substância já havia diminuído somente pela

⁵ PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 2001. p. 76.

⁶ PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 2001. p. 77.

⁷ PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 2001. p. 78.

participação nos grupos.

Em decorrência desses resultados, os grupos de acolhimento no PROAD foram aprimorados e organizados de acordo com a especificidade da demanda e foram criados grupos de acolhimento abertos, como também grupos de acolhimento distintos como grupo para mulheres, grupo de alcoolistas e até de técnicas expressivas em um grupo de acolhimento.

3.3. Ações Educativas na Área da Saúde

Com o passar dos anos, a história fornece o conhecimento necessário para que se tenha compreensão da relevância da educação em saúde como sendo um dos meios que devem ser acionados com o intuito principal de reduzir os problemas de saúde.

Segundo Schall e Struchiner (1999, p. 5):

Para a educação em saúde convergem inúmeros conceitos, tanto de educação, quanto de saúde, que espelham diversas visões do mundo, demarcadas por posições políticas e filosóficas divergentes sobre homem e a sociedade.

No ano de 1919, foi instituído o termo oficial de educação em saúde, por Sally Lucas Jean, revelando a preocupação já existente, de que as ações educativas integrassem os serviços de saúde.

No Brasil, a educação em saúde, principalmente, na área da saúde pública teve sua evolução associada às grandes endemias infecto-parasitárias e, nos últimos anos, é que passou a ser um tema de estudo e pesquisa nas inúmeras áreas do conhecimento. Há vários autores que abordam as questões teóricas relacionadas a educação em saúde em geral.

Para Candeias (1997, p. 210) entende por educação em saúde, “qualquer combinação de experiências de aprendizagem delineadas com o intuito de se facilitar as ações voluntárias conducentes à saúde”.

Segundo Buss (1999, p. 7), a educação em saúde pode ser definida como sendo “qualquer atividade ligada com aprendizagem, desenhada com o intuito de se alcançar a saúde”. Já de acordo com Dilly e Jesus (1995, p. 111), podem-se encontrar três modalidades de ação educativa em saúde:

1. Ação educativa individual, que ocorre por meio de uma comunicação interpessoal, por interação direta indivíduo a indivíduo. É vital ao se realizar esse tipo de ensino, serem

considerados os fatores que interferem na aprendizagem como: disposição física, disposição emocional e disposição vivencial;

2. Ação educativa, que ocorre em grupos, onde existe necessidade de um levantamento das percepções e das motivações dos participantes dessa ação. A população alvo deverá ser envolvida na programação das atividades participando de forma ativa das reuniões e decisões coletivas. Esse tipo de ação tem-se revelado como sendo uma excelente estratégia de desenvolvimento em um grupo específico;
3. Ação educativa em saúde na comunidade que tem-se o objetivo de implementar as ações assistenciais primárias, capacitação dos elementos da comunidade para uma melhor definição de seus problemas de saúde, propiciando, desta forma, que se desenvolva uma consciência crítica e uma ação participativa.

Na esfera da saúde pública, as funções do enfermeiro têm sido cada vez mais notadas, sendo o elemento no qual a formação adquiriu os requisitos relevantes ao desempenho da tarefa de ensinar questões relacionadas à saúde, constituindo numa peça vital dentro da equipe multiprofissional, para o desempenho de atividades ligadas a essas ações educativas, auxiliando no bem-estar do indivíduo, família e comunidade.

Nas palavras de Torres (1997, p. 2):

Considerando-se educativo dinâmico e contínuo, que tem por intuito capacitar o indivíduo e/ou grupos da comunidade para que reflitam de maneira crítica sobre as causas e problemas de saúde, tornando-se de grande importância a prática do enfermeiro no processo ensino-aprendizagem.

Nessa perspectiva, a educação em saúde configura-se numa atividade relativa às funções do enfermeiro que, na realidade, vem assumindo uma posição séria, crítica, científica, sistemática e transformadora da realidade, onde busca interagir com os educandos (clientela – usuários) e propiciando a troca de saberes.

De acordo com Figeroa (1997, p. 140):

O enfermeiro a cada contato realizado com o paciente, família e comunidade tem a chance de repassar seus conhecimentos, sendo assim, esse profissional não pode deixar de levar em consideração que sua atividade engloba o consentimento explícito dos indivíduos para sua intervenção.

É de responsabilidade do enfermeiro, transmitir informações e que essa transmissão seja um processo educativo relevante que estimule a percepção, a imaginação e a solução dos problemas.

Buss (1999, p. 4) ressalta que “a promoção da saúde e a educação em saúde (parte integrante da primeira são sem dúvidas, importante estratégia para se enfrentar os inúmeros problemas pós-transicionais que afligem as populações humanas e seus ambientes”.

As inúmeras conceituações que se encontram disponíveis, assim, como a prática da promoção da saúde, podem ser reunidas em dois importantes grupos, sendo que no primeiro, a promoção de saúde se baseia em atividades focadas nas posturas individuais, englobando o estilo de vida que está ligado com o seio familiar, no ambiente comunitário em que o indivíduo se encontra e nesses programas, as atividades de promoção da saúde se baseiam em componentes educativos. Já o segundo grupo consolida que a promoção da saúde está ligada com a qualidade de vida, correspondendo a um padrão correto de alimentação, habitação, saneamento básico, boas condições de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo da vida do indivíduo e na comunidade.

A educação em saúde inclui propostas pedagógicas libertadoras, que devem estar comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, guiando para ações, no qual a essência está na melhoria da qualidade de vida e promoção do homem. (Brasil, 2000, p. 35)

A política do Ministério da Saúde propõe que a equipe, na qual o enfermeiro está inserido, deve ser instrumentalidade de maneira descentralizada, com base na necessidade do serviço e dentro do princípio do Sistema Único de Saúde, fazendo emprego de metodologia participativa, problematizadora na função educativa, que propicia aos usuários do serviço e grupos sociais, uma reflexão crítica com relação à realidade e atuação conjunta transformadora.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Referencial teórico metodológico

O referencial teórico metodológico adotado para o estudo foi a Prática Baseada em Evidência (PBE).

A PBE emergiu da necessidade de minimizar a lacuna existente entre os avanços científicos e a prática clínica. Essa abordagem envolve a delimitação do problema, busca e avaliação crítica das evidências disponíveis, implantação das evidências na prática clínica e a avaliação dos resultados obtidos.

A PBE motivou o desenvolvimento de métodos de revisão de literatura, dentre eles a revisão integrativa, os quais têm como principal propósito buscar, avaliar criticamente e sintetizar as evidências disponíveis do tema investigado (POMPEO, 2009).

Os níveis de evidência e graus de recomendação são elementos que conferem maior confiabilidade e validade do resultado do estudo, pois, mostra dentro da perspectiva do rigor metodológico a contribuição positiva que o estudo traz, bem como a oportunidade de consolidá-lo como evidência forte ou fraca (SOARES, 2005).

QUADRO 1
Avaliação do nível de evidência mostrado por cada estudo
Classificação das evidências

Nível	Fontes de evidências
Nível I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
Nível II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
Nível III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
Nível IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
Nível V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
Nível VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo

Adaptado: (POMPEO, et al., 2009)

4.2 Percurso Metodológico

Neste estudo foi adotada, como estratégia metodológica, a revisão integrativa de literatura. A revisão integrativa é um método de revisão amplo, pois, permite incluir literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). Este método tem como principal finalidade reunir e sintetizar os estudos realizados sobre um determinado assunto, construindo uma conclusão, a partir dos resultados evidenciados em cada estudo, mas, que investiguem problemas idênticos ou similares. Os estudos incluídos na revisão serão analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo que o a análise do conhecimento pré-existente sobre o tema investigado. É desenvolvida conforme as etapas apresentadas, a seguir (SOUZA, 2010).

4.3 Etapas da Revisão Integrativa

1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora

O processo de elaboração da revisão integrativa se iniciou com a definição do problema e a formulação da questão de pesquisa. Determinou quais estudos foram incluídos, meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo que foi selecionado. Foi elaborada de forma clara e específica, e relacionada ao raciocínio teórico, incluindo teorias e raciocínios já aprendidos.

2ª Fase: busca ou amostragem na literatura

Foi realizada a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que foram incluídos na revisão. A busca foi ampla e diversificada, contemplando a procura em bases eletrônicas e a busca manual em periódicos. A determinação dos critérios foi realizada em concordância com a pergunta norteadora.

3ª Fase: coleta de dados

Para extrair os dados dos artigos selecionados, foi utilizado um instrumento previamente elaborado capaz de buscar os dados relevantes, garantir precisão na checagem das informações e servir como registro. Os dados incluíram: metodologia, tamanho da amostra, mensuração de variáveis, método de análise e conceitos embaixadores empregados. O nível de evidência dos estudos foi avaliado a fim de determinar a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões que geraram o estado do conhecimento atual do tema investigado.

4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos

Esta fase demandou uma abordagem organizada que ponderou o rigor e as características de cada estudo. Na avaliação crítica foram utilizadas as seguintes questões: qual é a questão da pesquisa; qual é a base para a questão da pesquisa; por que a questão é importante; como eram as questões de pesquisas já realizadas; a metodologia do estudo está adequada; o que a questão da pesquisa responde; a resposta está correta e quais pesquisas futuras serão necessárias.

5ª Fase: discussão dos resultados

Nessa etapa, a partir da interpretação e síntese dos resultados, foram comparados os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além de buscar identificar possíveis lacunas do conhecimento, foi possível delimitar prioridades para estudos futuros.

6ª Fase: apresentação da revisão integrativa

Contêm informações pertinentes e detalhadas, baseadas em metodologias contextualizadas, sem omitir qualquer evidência relacionada.

4.4 População e amostra

Para realização do estudo foram utilizados artigos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Os descritores extraídos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram: “papel do enfermeiro”, “educação em saúde”, “saúde mental”, “atenção secundária à saúde”, e “promoção da saúde”. Foi realizado o cruzamento entre os descritores a fim de obter maior refinamento da pesquisa. As estratégias de busca estão descritas no QUADRO 2.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos na íntegra que retratassem a temática referente ao CAPS bem como da participação do Enfermeiro na Atenção Secundária/Centro de Atenção Psicossocial (saúde mental) e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos anos de 2002 a 2014.

QUADRO 2 - População e amostra dos artigos indexados nas bases eletrônicas antes e após serem submetidos aos critérios de inclusão

POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO			
ESTRATÉGIA DE BUSCA	FONTE	POPULAÇÃO	AMOSTRA
“PAPEL DO ENFERMEIRO” AND “EDUCAÇÃO EM SAÚDE”	LILACS	6	1
	SCIELO	7	0
“PAPEL DO ENFERMEIRO” AND “SAUDE MENTAL”	LILACS	20	6
	SCIELO	4	1 =
“PAPEL DO ENFERMEIRO” AND “ATENÇÃO SECUNDÁRIA A SAUDE”	LILACS	1	0
	SCIELO	0	0
“PAPEL DO ENFERMEIRO” AND “PROMOÇÃO DA SAÚDE”	LILACS	6	2
	SCIELO	4	1=
TOTAL		48	11

4.5 Critérios de inclusão

Utilizou-se como critério de inclusão os artigos publicados após o surgimento da Portaria 336/2002 que estabelece os tipos e a organização dos CAPS até a atualidade em 2014, publicados na língua portuguesa, e que responderam a questão do presente estudo.

4.6 Variáveis do estudo

Neste estudo foram selecionadas variáveis relacionadas aos autores: profissão, área de atuação; relacionadas às publicações: fonte, ano de publicação, periódico, tipo de publicação, delineamento, nível de evidência; além da variável de interesse: relacionada ao problema de estudo.

4.7 Instrumento de coleta de dados (APÊNDICE)

- Quadro caracterizador do estudo (apêndice);
- Pergunta da investigação;
- Tipo de delineamento;
- Local de desenvolvimento do estudo;
- Características da amostra estudada;
- Tamanho e critérios de inclusão;
- Medição dos resultados;
- Principais conclusões;
- Conclusões têm congruência com os objetivos do estudo;

4.8 Análise dos dados

A análise dos estudos selecionados tanto na análise quanto na síntese dos dados extraídos dos artigos foi realizada de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a seleção dos 48 artigos identificados nas bases de dados LILACS e SCIELO obteve-se uma amostra final de 11 artigos para realização do estudo, sendo 09 na Base LILACS e 02 na Biblioteca SCIELO sendo que esses dois últimos são os mesmos encontrados na base de dado anterior.

Foi utilizado o instrumento de coleta (APENDICE) para extrair as seguintes variáveis: formação dos autores, titulação, periódico, ano de publicação, delineamento do estudo, nível de evidência e ações realizadas pelo Enfermeiro no CAPS.

A Tabela 1 demonstra os resultados encontrados com relação aos autores dos artigos pesquisados:

TABELA 1 - Distribuição da formação dos autores dos artigos pertencentes à revisão

PROFISSÃO	n	%
Enfermeiro	11	100%
TOTAL	11	100%

Com relação à formação dos autores dos artigos, todos (100%) são enfermeiros, o que demonstra o grande interesse desses profissionais em sua própria área de atuação.

A Tabela 2 indica a área de atuação dos autores pesquisados:

**TABELA 2
Distribuição dos autores dos artigos da revisão quanto a área de atuação**

ATUAÇÃO	n	%
Saúde Pública	2	18,2%
Unidade de Terapia Intensiva	1	9,1%
Enfermagem Psiquiátrica	4	36,3%
Enfermagem materna infantil e Psiquiátrica	1	9,1%
Unidade de internação	2	18,2%
Enfermagem e obstetrícia	1	9,1%
TOTAL	11	100%

No que diz respeito à atuação dos autores dos artigos utilizados na pesquisa, houve um

predomínio da área de Enfermagem Psiquiátrica 4 (36,3%) o que demonstra que apesar de poucos, os profissionais desta área tem realizado pesquisas sobre o assunto. Este fato revela a necessidade de aumento no número de pesquisas dentro deste enfoque. Foram encontradas também outras áreas que podem estar relacionadas ao SUS como Saúde Pública 2 (18,2%), Unidade de Terapia Intensiva 1(9,1%), Enfermagem materno-infantil e Psiquiátrica 1(9,1%), Unidade de Internação 2 (18,2%) e Enfermagem e Obstetrícia 1 (9,1%).

TABELA 3
Distribuição dos artigos da revisão quanto aos periódicos publicados

PERIÓDICO	n	%
Revista Brasileira de Enfermagem	3	27,2%
Revista Gaucha de Enfermagem	1	9,1%
Revista Enfermería Herediana	2	18,2%
Revista Enfermagem UERJ	1	9,1%
Revista Trabalho Educação e Saúde	1	9,1%
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1	9,1%
Revista Latino-Americana de Enfermagem	2	18,2%
TOTAL	11	100%

A Tabela 3 mostra que periódico que mais se destacou foi a Revista Brasileira de Enfermagem com 3 (27,2%) publicações sobre o tema, seguido pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (18,2%), Revista Enfermería Herediana 2 (18,2%) , Revista Gaucha de Enfermagem 1(9,1%), Revista Enfermagem UERJ 1(9,1%), Revista Trabalho, Educação e Saúde 1(9,1%), Revista da Escola de Enfermagem da USP 1 (9,1%).

Para HADDAD et al (1999),

“a pesquisa em enfermagem no Brasil é uma atividade recente com apenas três décadas e teve seu grande avanço com a implantação dos programas de pós-graduação em 1972”.

Mediante ao exposto podemos entender a dificuldade que profissionais de enfermagem encontram em realizar trabalhos científicos. E HADDAD et al (1999), dão esta explicação da seguinte maneira:

“é notória a busca dos enfermeiros pelo crescimento profissional/pessoal, ao participarem de cursos de pós-graduação nas áreas de enfermagem, educação, psicologia organizacional, administração hospitalar e de serviços de saúde, mas a pesquisa como ferramenta propulsora de transformações da prática cotidiana na enfermagem ainda é muito restrita. Contudo, os enfermeiros têm procurado ao longo dos anos superar obstáculos de ordem particular e institucional para realizar pesquisas. Vários grupos, comissões e núcleos de pesquisa vêm sendo criados com a finalidade de estimular e auxiliar os enfermeiros no desenvolvimento e divulgação de pesquisa como importante recurso no seu processo de trabalho”.

TABELA 4
Distribuição dos estudos da revisão quanto ao tipo de delineamento

TIPO DE ESTUDO	N	%
Primário/qualitativo	7	63,6%
Reflexão/revisão narrativa	3	27,3%
Relato de experiência	1	9,1%
TOTAL	11	100%

Com relação ao delineamento do estudo observa-se o predomínio de pesquisas de caráter qualitativo 7 (63,6%), seguidos de reflexão/revisão narrativa 3 (27,3%) e relato de experiência 1 (9,1%). Estudos com maior rigor científico, no caso os primários/qualitativos, possuem melhores níveis de evidência, com critérios mais significativos e conseqüentemente com credibilidade ao público, além de possuir metodologia mais criteriosa.

TABELA 5
Distribuição dos autores, bases, ano de publicação e nível de evidência

Autor	Base	Ano	Nível de Evidência
Lopes, et al (2009)	LILACS	2009	IV
Sidnéia, et al (2009)	SciELO	2009	IV
Kantorski , et al(2008)	LILACS	2008	V
Rosenstock, et al (2010)	LILACS	2010	IV
Vargas, et al (2013)	SCIELO	2013	V
Dias, et al (2010)	LILACS	2010	V
Vargas, et al (2013)	SCIELO	2013	V
Silveira, et al (2003)	LILACS	2003	V
Kirschbaum, et al (2002)	LILACS	2002	V
Gracioto, et al (2006)	LILACS	2006	V

Sidnéia, et al (2009)	LILACS	2009	IV
-----------------------	--------	------	----

Percebe-se com relação ao ano de publicação dos artigos que após o surgimento do CAPS em 2002 crescem as publicações relacionando o Enfermeiro e Saúde Mental, sendo que em 2002 houve 1 publicação (9,1%), em 2003 1 (9,1%), 2006 1 (9,1%) havendo um crescimento em 2009 3 (27,2%) e em 2010 2(18,2%), em 2011 e 2012 não houve publicação, e subsequente um pequeno aumento em 2013 1(9,1%).

No que se refere ao nível de evidência dos estudos desta pesquisa, 4 (36,4%) encontram-se no nível IV e 7 (63,6%) com nível V, mostrando que as pesquisas existentes na área apresentam baixo nível de evidência.

TABELA 6
Distribuição quanto as ações desenvolvidas pelo enfermeiro como integrante da equipe de Saúde Mental

AÇÃO	AUTORES	TOTAL
Reuniões/ atendimento a familiares	Rosenstock, et al (2010) Silveira, et al (2003) Gracioto, et al (2006) Kantorski , et al(2008)	4
Ações individuais	Rosenstock, et al (2010) Silveira, et al (2003) Vargas, et al (2013) Kirschbaum, et al (2002) Gracioto, et al (2006) Kantorski , et al(2008) Lopes, et al (2009) Sidnéia, et al (2009)	8
Ações coletivas	Rosenstock, et al (2010) Silveira, et al (2003) Vargas, et al (2013) Kirschbaum, et al (2002) Gracioto, et al (2006) Kantorski , et al(2008) Lopes, et al (2009) Sidnéia, et al (2009)	8
Grupos	Vargas, et al (2013) Gracioto, et al (2006) Kantorski, et al(2008) Lopes, et al (2009)	4
Aconselhamento e	Rosenstock, et al (2010)	2

encaminhamento de usuários a serviços especializados em saúde mental	Vargas, et al (2013)	
Ações de promoção da saúde	Rosenstock, et al (2010) Vargas, et al (2013) Gracioto, et al (2006) Lopes, et al (2009) Sidnéia, et al (2009)	5
Ações de prevenção de agravos	Rosenstock, et al (2010)	1
Enfoque ao indivíduo dentro do contexto que ele vive	Rosenstock, et al (2010)	1
Visitas domiciliares	Vargas, et al (2013) Silveira, et al (2003) Lopes, et al (2009)	3
Assistência Integral	Rosenstock, et al (2010) Vargas, et al (2013) Sidnéia, et al (2009)	3
Comunicação e orientação	Vargas, et al (2013) Gracioto, et al (2006)	2
Atividade assistencial	Vargas, et al (2013) Kirschbaum, et al (2002)	2
Educação em saúde	Rosenstock, et al (2010) Silveira, et al (2003) Vargas, et al (2013) Kirschbaum, et al (2002) Gracioto, et al (2006) Kantorski , et al(2008) Lopes, et al (2009) Sidnéia, et al (2009)	8
Agir ético	Vargas, et al (2013)	1
Acolhimento	Rosenstock, et al (2010) Vargas, et al (2013) Silveira, et al (2003) Kantorski, et al(2008) Sidnéia, et al (2009)	5
Trabalho em equipe	Silveira, et al (2003)	1
Escuta	Vargas, et al (2013) Kantorski, et al(2008)	2
Interdisciplinaridade	Silveira, et al (2003) Kirschbaum, et al (2002) Kantorski , et al(2008)	3

Oficinas	Vargas, et al (2013) Silveira, et al (2003) Kantorski, et al(2008) Lopes, et al (2009) Sidnéia, et al (2009)	5
Intervenção em crise	Vargas, et al (2013) Sidnéia, et al (2009)	2
Consultas de Enfermagem	Vargas, et al (2013) Sidnéia, et al (2009)	2
Cuidados com higiene e alimentação (autocuidado)/cuidados clínicos individuais	Vargas, et al (2013) Kirschbaum, et al (2002) Kantorski, et al(2008) Lopes, et al (2009)	4
Execução de exames	Vargas, et al (2013)	1
Atividades indiretas (como avaliação de casos, estudo da teoria, planejamento de intervenções)	Kirschbaum, et al (2002)	1
Orientar/supervisionar equipe de enfermagem	Vargas, et al (2013) Silveira, et al (2003) Kirschbaum, et al (2002) Kantorski, et al(2008)	4
Abordagem ao paciente de rua quando necessário	Silveira, et al (2003)	1
Reinserção social do paciente	Kirschbaum, et al (2002)	1
Assembléia	Kantorski, et al(2008)	1
Reuniões de equipe	Kantorski, et al(2008)	1
Ser elo entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e CAPS	Kantorski, et al(2008)	1

Nas ações desenvolvidas pelo profissional enfermeiro que atua na saúde mental (CAPS) são destacadas por um maior número de autores as ações de educação em saúde 8

(72,7%), ações individuais 8 (72,7%) e coletivas 8 (72,7%). Para Gazzineli (2006) muitos profissionais da saúde apresentam em sua prática cotidiana maior abertura para a realização de atividades educativas e surpreendem-se com os resultados positivos apresentados por essa iniciativa, que são expressos no interesse dos usuários do serviço ao trabalho educativo desenvolvido. Dessa forma, esses profissionais percebem que ao agregarem o papel de educador à sua prática, apresentam maior credibilidade entre a população assistida, bem como se tornam referência para essa população.

Ações de promoção da saúde, o acolhimento e as oficinas são relatados em 5 (45,45%) dos artigos. Segundo a cartilha do humaniza SUS o acolhimento é a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

Reuniões/atendimento a familiares e grupos são citados em 4 (36,3%) artigos. Visitas domiciliares, assistência integral e interdisciplinaridade estão em 3 (27,2%) dos artigos analisados. Para fazer um acompanhamento de forma eficiente, é preciso, além de assistir o enfermo, investir em reuniões com a família, visitas domiciliares, contato com a escola e/ou trabalho, e também orientá-lo quanto aos centros de cultura e programas de inclusão social, pois sociabilizá-lo com pessoas novas, pode e deve fazer muito bem para a sua recuperação (ALMEIDA, 2009; GONÇALVES, 2009).

Aconselhamento e encaminhamento de usuários a serviços especializados em saúde mental 2 (18,2%), comunicação e orientação 2 (18,2%), atividade assistencial 2 (18,2%), escuta 2 (18,2%), intervenção em crise 2 (18,2%), consultas de enfermagem 2 (18,2%) foram descritos no artigos.

Para Caixeta; Moreno (2008); Gonçalves (2009):

As ações de enfermagem em Saúde Mental devem começar já na entrevista, perguntando e ouvindo com atenção não somente a queixa do paciente, mas sua história de vida, sua cultura, seu processo de adoecimento, seus problemas emocionais e sofrimentos. É preciso conversar com o paciente, orientá-lo, pois muitas vezes essas ações são mais eficazes do que iniciar outra via terapêutica nesse indivíduo. Além disso, conversar e orientar a família também são ações relevantes (CAIXETA; MORENO, 2008; GONÇALVES, 2009).

Ações de prevenção de agravo 1 (9,1%), enfoque ao indivíduo dentro do contexto que ele vive 1 (9,1%), o agir ético 1 (9,1%), o trabalho em equipe 1 (9,1%), execução de exames 1 (9,1%), atividades indiretas 1 (9,1%), abordagem ao paciente de rua quando necessário,

reinserção social do paciente 1 (9,1%), assembleias 1 (9,1%), reuniões de equipe 1 (9,1%) e o ser elo entre a UBS e o CAPS 1 (9,1%) também foram relatados. Para Gonçalves (2009):

Desde 2003 foram incluídas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) equipes de Saúde Mental. O principal objetivo é tratar do paciente no contexto familiar, pois realizar o tratamento isolado da família, das pessoas que o indivíduo tem contato diário, nem sempre apresenta resultados positivos (IDS; USP; MS, 2001; GONÇALVES, 2009).

A atenção psicossocial direciona suas ações para a construção da cidadania, da autoestima e da interação do indivíduo com a sociedade. Muito mais que reconhecer como ações de saúde mental apenas a administração de medicamentos psiquiátricos e o encaminhamento do paciente para serviços especializados, o atendimento da enfermagem para esses casos deve ir muito além, começando por acolher e escutar o cliente (CAIXETA; MORENO, 2008; GONÇALVES, 2009).

Não há um modelo pronto de atendimento a ser seguido pelo profissional de saúde, cabe ao enfermeiro ser criativo e estar disposto a ajudar o paciente, além de procurar se aprimorar e se qualificar a respeito nesse âmbito. É de suma importância ressaltar que o trabalho do enfermeiro não consiste apenas em realizar práticas e procedimentos, mas proteger, promover e preservar a qualidade de vida dos seus pacientes (ALMEIDA, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial cumpre importante papel na rede do SUS. Com a criação de novos espaços de trabalhos no CAPS, o enfermeiro se viu responsável por uma assistência inovadora e promissora em sua prática. Partindo dessa nova realidade o enfermeiro direciona o foco de seu cuidar para a educação em saúde realizando ações coletivas e individuais. Desenvolvem atividades de grupo, reuniões de família e de equipe, visitas domiciliares, escuta, acolhem e estabelecem vínculo com o paciente.

Os níveis de evidências encontrados nos estudos se mostraram baixos, o que sugere a necessidade de realização de pesquisas com maiores níveis de evidência.

Os artigos utilizados na presente pesquisa foram escritos por profissionais enfermeiros, que atuam na área de saúde pública, sendo que a proporção de estudos primários/qualitativos foi a mais significativa.

Identificou-se que as ações predominantes no CAPS realizadas pelo profissional enfermeiro segundo os artigos pesquisados são as ações de educação em saúde, ações individuais e coletivas.

Portanto, o cuidar do enfermeiro neste novo contexto de serviços comunitários deve estar associado a ser um agente de mudanças procurando ser um facilitador no processo de educação em saúde. O profissional passa a zelar pelo tratamento do paciente, seu cuidado e bem estar tornando-se um agente terapêutico capaz de produzir mudanças sociais.

7 REFERÊNCIAS

RIBEIRO, F. J. R. **Da Razão ao delírio**. 2006. Acesso em: 8 abr. 2014

Brasil, Ministério da Saúde. (2002). **Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002**: Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. *Diário Oficial da União*.

HORTA, Wanda de Aguiar et al. **Renovação dos métodos e técnicas de ensino** em. Rev. bras. enferm, v. 21, n. 4, p. 231-44, 1968.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 1, 1993.

FEDERAL, Governo. Lei Nº 7.498/86, de 25 de Junho de 1986-**Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Brasília (DF): Governo Federal, 1986.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Resolução COFEN nº 311/2007. **Revoga a Resolução COFEN**, n. 249, 2007.

MOLINI-AVEJONAS, Daniela, et al. **Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio a Saúde da Família: Conceitos e Referências**. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. São Paulo, v.15, n.3, jul 2010. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151680342010000300024&script=sci_arttext >
Acesso em: 17 set. 2013.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. **Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde**. Escola Anna Nery, v. 15, p. 838-844, 2011.

SILVA, Haroldo Caetano da. **Embriaguez e a Teoria da Actio Libera In Causa**. Curitiba: Juruá, 2011.

MACHADO, D. M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

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

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios**. São Paulo: Editora 34, 2001.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. **Educação em saúde: novas perspectivas**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 209-13, 1997.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública.** Cadernos de Saúde Pública, v. 15, p. S177-S185, 1999.

DILLY, Cirlene Maria Lessa; DE JESUS, Maria Cristina Pinto. **Processo educativo em enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional.** Robe, 1995.

TORRES, Carlos Alberto. **Pedagogia da luta: da pedagogia do oprimido à escola pública popular.** Papyrus Editora, 1997.

DE MENDONÇA FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda. **As ciências geológicas no Brasil: uma história social e institucional, 1875-1934.** Ed. Hucitec, 1997.

POMPEO, Daniele et al. **Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem.** Acta Paul Enfermagem. São Paulo, vol 22 n 4, agos 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=528150&indexSearch=ID&lang=p>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

SOUZA, Marcela et al. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** Einstein, São Paulo, vol 8, n 1, 2010. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134Einsteinv8n1_p102106_port.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2013.

ALMEIDA, A. N. S. **Cuidado Clínico de Enfermagem na Saúde Mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito.** Rev. Eletrônica de Enfermagem, v. 10, n. 1, p. 1-16. 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a16.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2013.

CAIXETA, C. C.; MORENO, V. **O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde.** Rev. Eletrônica de Enfermagem, v. 10, n. 1, p. 1 -16. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a16.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2013.

GONÇALVES, R. M. D. A. **Ações dos Enfermeiros em Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família.** 2009. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/enfermsaude/atencao_a_saude_Rejane_Maria_Dias_d_e_Abreu_Goncalves.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2013.

Instituto para Desenvolvimento da Saúde (IDS); Universidade de São Paulo (USP); Ministério da Saúde (MS). Manual de Enfermagem. 2001. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/doc/manual_de_enfermagem.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2013.

8 APÊNDICE**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

REFERÊNCIA DO ARTIGO:
PROFISSÃO DO AUTOR:
ÁREA DE ATUAÇÃO:
QUALIFICAÇÃO:
FONTE: () Scielo () Medline () EBSCO () Lilacs
PERIÓDICO:
DELINEAMENTO DO ESTUDO: NÍVEL DE EVIDÊNCIA:
VARIÁVEL DE INTERESSE: QUAIS SÃO OS RESULTADOS DO ESTUDO NO QUE SE REFERE A MINHA PERGUNTA DA REVISÃO?