

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**BRUNA LOPES DOS SANTOS PINTO**

**A CLÍNICA DA ENFERMAGEM NO  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**BRUNA LOPES DOS SANTOS PINTO**

**A CLÍNICA DA ENFERMAGEM NO  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Daniele Lazzari**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **A CLÍNICA DA ENFERMAGEM NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** de autoria do aluno **Bruna Lopes dos Santos Pinto** 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. Daniele Lazzari**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este estudo a minha família, em especial ao meu príncipe Breno, e aos enfermeiros que cuidam para além do conhecimento científico, cuidam com a alma, dos usuários portadores de transtorno mental severo, a eles minha admiração e aplausos.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>18</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>23</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>26</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>Figura 1.</b> Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nos CAPS III. ....	<b>11</b>
<b>Figura 2.</b> Esquema ilustrativo sobre a problemática do estudo. ....	<b>16</b>
<b>Figura 3.</b> Atividades desenvolvidas no plantão diurno. ....	<b>26</b>
<b>Figura 4.</b> Atividades desenvolvidas no plantão noturno. ....	<b>26</b>

## RESUMO

Trata-se de um estudo com abordagem teórico reflexivo, utiliza do método da Tecnologia Convergente Assistencial na tecnologia de concepção. Baseado na experiência profissional da autora foi observado necessidade de criar reflexões sobre as práticas assistenciais a sua clientela para um desenvolvimento de uma clínica de enfermagem movida pelo pressuposto teórico da reabilitação psicossocial, 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. Para a formalização desse cuidado demanda do profissional de enfermagem o tempo e disponibilidade para executar suas ações por meio de uma escala de trabalho favorável para acompanhamento terapêutico dos casos. O estudo tem como objeto de pesquisa o cuidado do enfermeiro num CAPS III, e os objetivos são: Descrever as ações de cuidado do enfermeiro em um CAPS III; Discutir e Refletir a cerca do cuidado do enfermeiro oferecido num CAPS III. As principais ferramentas utilizadas pelos enfermeiros no CAPS III são a escuta, acolhimento e o vínculo estabelecido com os usuários. Percebe a disponibilidade dos enfermeiros para o manejo desse cuidado nos momentos de crise dos usuários utilizando múltiplas ferramentas considerando a subjetividade através do cuidado pós demanda. O Enfermeiro tem ocupado novos espaços e novas práticas no cuidado do usuário com transtorno mental, 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.

## 1 INTRODUÇÃO

Durante a graduação em Enfermagem, pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, mantive contato com a clientela 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 a população urbana do município de Paracambi – RJ”. Nesse Projeto acompanhei o trabalho de desinstitucionalização da Casa de Saúde Dr. Eiras e desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso (TCC), em que destaquei a perda da Autonomia e Independência que o processo de institucionalização de longa permanência causa nos indivíduos submetidos à internação manicomial.

A continuidade ao 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 por 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 a crise psiquiátrica observando as diferentes terapêuticas oferecidas para o cuidar do sujeito com transtorno mental em crise.

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 visando a reabilitação psicossocial e atenção a crise dos portadores de transtorno mental grave dessas áreas de cobertura.



O curso de especialização *Lato Sensu* em linhas de cuidado em enfermagem em atenção psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Ministério da Saúde (MS), veio de encontro para minha melhor capacitação profissional, visando a formação e melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QualiSUS Rede), e gerou diversas reflexões a cerca da clínica de enfermagem psiquiátrica e a rede de atenção psicossocial na qual me integro, bem como pude reflexionar acerca do cuidado que tenho oferecido aos usuários do CAPS III em que atuo como enfermeira.

### **1.1 Contextualização do tema**

Os CAPS III são destinados para uma área com população acima de 200.000 pessoas e 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 da sua clientela a esse leito é 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, dando um novo local para o tratamento da loucura no território, buscando a singularidade e aproximação com a rede de apoio. (Brasil, 2004) Porém já existem relatórios do Ministério da Saúde (Brasil, 2010) da redução da cobertura populacional para os CAPS, sendo a partir de 150.000 habitantes para o CAPS III, mas ainda precisa ser regulamentado.

Diante desse cenário - CAPS III - desenvolvo atividades de resgate a cidadania, autonomia e independência dos usuários com transtorno mental de alta complexidade, tratando a crise psiquiátrica no território do sujeito em parceria com uma rede de apoio territorial, seja ela familiar, comunitário, institucional, entre outros visando à reabilitação psicossocial.

O CAPS III funciona como um cenário de cuidado a indivíduos em sofrimento mental severo que necessita de apoio de uma equipe de saúde multiprofissional para o enfrentamento da vida. O CAPS III tem como objetivo ofertar atendimento diurno e noturno à população adulta de sua área de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes, através do acompanhamento clínico e da 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, e de promoção à vida comunitária autônoma da clientela assistida.

Para tanto o CAPS III conta com a articulação de recursos intersetoriais, capazes de construir uma rede comunitária para atender as demandas dos usuários, essa rede é composta por escolas, hospitais, clínicas da família, centro esportivo, assistência social e jurídica, CRAS/CREAS, Policlínicas, previdência social, igrejas, obras sociais, abrigos, associação de moradores, creches, bibliotecas, centros culturais entre outros dispositivos disponíveis na comunidade de inserção.

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 terapêutico no CAPS, ou servir de apoio aos usuários matriculados nos outros CAPS da área de 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 dá por demanda espontânea do próprio do usuário ou através de encaminhamento do mesmo por quaisquer unidade de saúde da rede ou intersetorial, ou ainda através do Matriciamento em Saúde Mental.

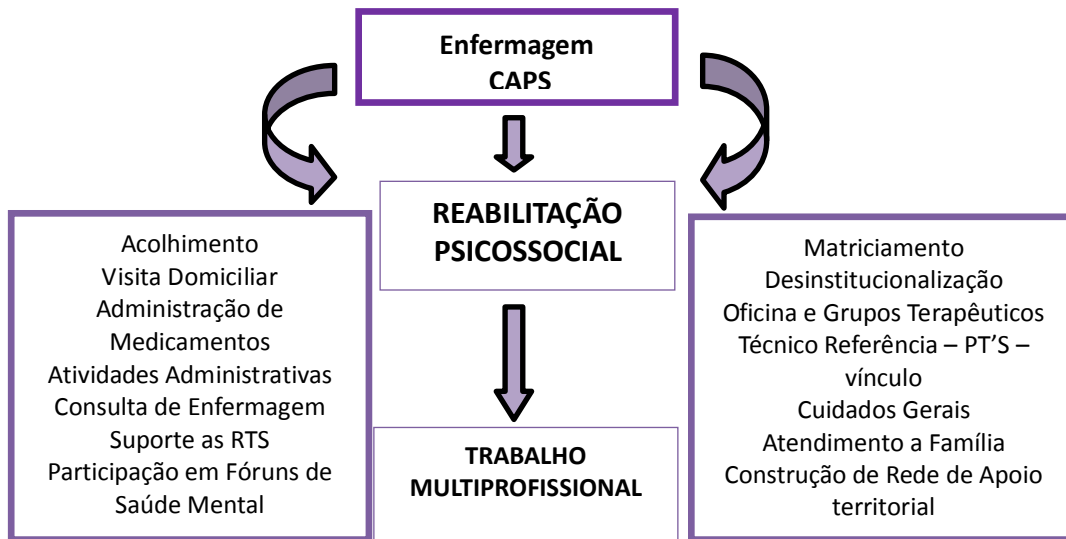
Os CAPS devem assumir o papel de organizador do fluxo da rede de cuidados em saúde mental, conforme aponta o Ministério da Saúde, que potencialize os suportes sociais existentes e gere discussões acerca da política de saúde mental, fazendo acontecer a porta de saída para outros serviços de saúde mental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

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

Dentre as atividades de cuidado sob responsabilidade dos enfermeiros estão às atividades administrativas e burocráticas como organização do fluxo de serviço, reposição de insumos, organização dos setores; e atividades de supervisão dos técnicos de enfermagem.

A escuta, acolhimento, administração de medicações prescritas, dispensação 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 1)

**FIGURA 1 – Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nos CAPS III**



## 1.2 Definição e Delimitação do problema

Os profissionais de enfermagem são escalados no serviço do CAPS III como plantonista ou diarista, 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 isso 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.

A construção e a manutenção do vínculo e dos projetos terapêuticos ficam restritos à carga horária diurna do enfermeiro, com isso a clínica da reabilitação psicossocial fica limitada, já que o profissional não encontra *tempo* ideal para o estabelecimento do cuidado integral necessários com o sujeito em seu território. E, 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, muitas das vezes, se remetem a aplicação e dispensação de medicações, e as demais de suas demais atividades, inerente a clínica da reabilitação psicossocial, ficam comprometidas pela falta de tempo desse profissional. Essa ação equivocada se deve pela falta de um profissional de auxiliar de farmácia que realize essas ações de dispensação de medicações. E, assim o enfermeiro torna seu cuidado mecanicista, deixando de olhar para o sujeito como seu 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* em articular outros recursos para melhora da desorganização psíquica do sujeito, deixando de dar voz à singularidade do sujeito, destacando o controle dos sintomas como ação de cuidado para melhora do quadro psíquico. O poder hegemônico dos profissionais, a figura de autoridade, ainda perpassa

o cenário dos CAPS, acredito em sua maioria essa atuação se deve além da falta de tempo e prontidão para o cuidado, existe também o despreparo técnico e científico desses profissionais que atuam na saúde mental, deixando os meios coercitivos ser o principal instrumento de seu cuidado neste cenário. 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, vejo que o profissional de enfermagem vem conquistando, cada dia mais, novos espaços terapêutico 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 em alguns momentos, portanto, das atividades assistenciais e de socialização do portador de transtorno mental, dispostas na Reforma Psiquiátrica. (ALMEIDA, 2009)

A falta de tempo, pela 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 a 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 as 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.

A prática da enfermagem para Kirschbaum (2009) ainda é baseada em atividades mecanicistas, como a organização do serviço, administração de medicamentos, 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)

Apesar disso, diante da minha vivência profissional, observo uma maior conquista de espaços pelos enfermeiros ao atendimento à clientela portadora de sofrimento psíquico 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.

A problemática da institucionalização dos CAPS é discutida por Merhy, em 2004, que diz 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 manicomial, 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 desse cuidado demanda do profissional de enfermagem o tempo, disponibilidade e o conhecimento em saúde mental, e 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 da subjetividade de cada sujeito, tornando o cuidado

objetivo ao tratamento dos problemas emergentes, dando continuidade os meios de cuidado físicos e químicos coercitivos como modelo de assistência. O enfermeiro precisa proporcionar a *escuta qualificada* e a valorização do sujeito-cidadão que sofre mentalmente para elaboração de seu plano de cuidados, como Oliveira (2005) reforça essa questão.

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 a equipe, e o não reconhecimento 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 melhorar nem a assistência de enfermagem, nem a assistência em saúde mental.

No CAPS III os acolhimentos noturno, de final de semana e feriados são assistidos somente pela equipe de enfermagem, sendo uma equipe mínima formada por um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, fazendo com que os cuidados de enfermagem sejam a única ferramenta de assistência aos usuários em crise. Diante disso, o enfermeiro além de deter a maior autonomia profissional nesses momentos, o mesmo pode sentir-se inseguro, incapaz e insuficiente diante de algumas situações do cuidado. O que requer o compartilhamento do cuidado com outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional do CAPS. Além da formação profissional ineficaz a carência do compartilhamento do cuidado frente as decisões a serem tomadas diante de casos complexos podem gerar uma desqualificação da assistência do cuidado aos usuários.

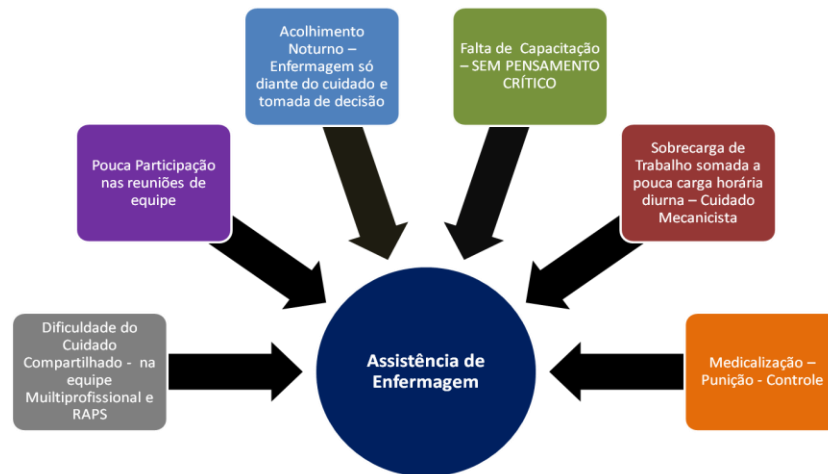
O compartilhamento do cuidado entre a equipe multidisciplinar deveria ser presente em todos os momentos de assistência do CAPS III, sabendo que o enfermeiro não é detentor de todo o conhecimento científico capaz de reduzir o sofrimento psíquico do usuário. Assim a interdisciplinariedade e a transdisciplinaridade deveriam estar presentes em todos os momentos de cuidado no CAPS III, ou seja, nas 24 horas de assistência.

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

Meu interesse por esse 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, em que, por vezes, refletem os cuidados hospitalocêntricos nos dispositivos de atenção psicossocial.

**FIGURA 2 – Esquema ilustrativo sobre a Problemática do Estudo**



### 1.3 Questão Norteadora e Objetivos 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.

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



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

- Descrever as ações de cuidado do enfermeiro em um CAPS III;
- Discutir e Refletir a cerca do cuidado do enfermeiro oferecido num CAPS III.

#### **1.4 Justificativa e Contribuições do estudo**

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)

A falta de conhecimento da clínica da Enfermagem Psiquiátrica nos tempos atuais remete para contribuição da discussão da complexidade do cuidar em 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, descaracterizando 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 papel do enfermeiro no CAPS é muito das vezes desconhecido, estudos revelam que este desconhecimento se deve pela recente implantação destes serviços em saúde mental, o que traduz num 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 atual estudo é importante fim de descaracterização 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.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

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 uma 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, de profissionais e dos próprios pacientes, e até mesmo a reforma ressalva as maneiras de organização do trabalho clínico e institucional que se utiliza da prática indiscriminada de internação.

As práticas indiscriminadas da internação psiquiátrica visavam 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 as 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 dotado de linguagem. 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)

A mudança de um olhar clínico para um olhar compreensivo teve como princípio o humanismo que envolve interação e diálogo enfermeiro-paciente.

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 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 da 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 de ser apreciado de dois novos conceitos: o da clínica ampliada e do território, que discutiremos mais a 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 se 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 desse 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) refere 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.

Nesse 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)

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 6 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)

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, e a incorporação de princípios novos e desconhecidos, que se adéquam 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).

Pelas singularidades existentes no CAPS, entende-se que o papel do enfermeiro deva 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.



### 3 MÉTODO

O presente estudo é do tipo teórico-reflexivo crítico que busca analisar o cuidado de enfermagem em um centro de atenção psicossocial na modalidade III. Para esta análise crítica reflexiva optou-se pelo método da tecnologia convergente assistencial que visa gerar uma reflexão acerca da realidade profissional do contexto do estudo e propor intervenções pertinentes no processo de trabalho do cuidado de enfermagem no CAPS III.

Para Trentini e Paim (2004) a tecnologia convergente assistencial conduz estudos que possuem o envolvimento direto com a realidade a ser estudada, com o objetivo de resolver os problemas ou propor inovações práticas específicas que possam qualificar o processo de trabalho em enfermagem e saúde.

A tecnologia assistencial desse estudo é do tipo tecnologia de concepção que gera como produto final uma reflexão acerca do cuidado inovador do enfermeiro no contexto da reabilitação psicossocial num cenário complexo de cuidado de um CAPS III.

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.

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 da análise reflexiva da prática de enfermagem nesse cenário.

O estudo atual foi realizado baseado em minha vivência profissional em um Centro de Atenção Psicossocial III do 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 de escolha 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 CAPS sendo dois nas modalidades de CAPS II, um situado em Olaria e outro na Ilha do Governador, um CAPSi situado na Maré e a proposta de inauguração de um CAPSad III também na Maré para o ano de 2014.

A escolha por este 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 numa comunidade pacificada aonde a pobreza e a desigualdade social agravam a saúde mental dos moradores dessa AP.

Avaliação pela autora da necessidade de criar reflexões sobre as práticas assistenciais a sua clientela para um desenvolvimento de uma clínica de enfermagem movida pelo pressuposto teórico da reinserção social, cidadania, acolhimento, construção de vínculo, territorialidade do cuidado e intersectorialidade, 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 metodologia aplicada.

Portanto os sujeitos alvos são os enfermeiros envolvidos no cuidado desse cenário de pesquisa, que serão atingidos através uma reflexão crítica de sua assistência.

O estudo foi desenvolvido ao longo do curso de especialização no período de novembro 2013 a março de 2014 por meio da observação do cuidado prestado pelos enfermeiros de um CAPS III gerando reflexões acerca dessa assistência de enfermagem. Não sendo utilizado nenhum instrumento para coleta de dados. Realizado análise de textos científicos que falam sobre a temática estudada a fim de gerar reflexão crítica da assistência de enfermagem que é prestada no cenário da pesquisa.

Por não se tratar de uma pesquisa de campo, somente de um estudo reflexivo sobre o cuidado de enfermagem no CAPS III, o mesmo não foi submetido ao Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida). A atual pesquisa não está relacionado a estudo sobre seres humanos, apesar disso a pesquisadora considerou o disposto na Resolução 196 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

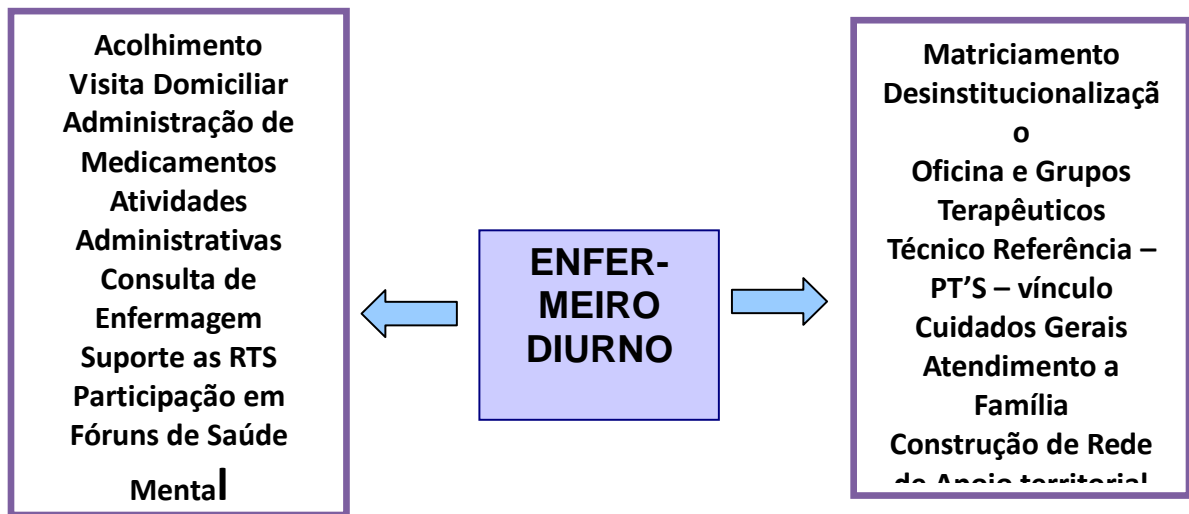
#### 4. RESULTADO E ANÁLISE

Os resultados obtidos são baseados na vivência da pesquisadora no cenário de sua prática profissional por cerca de quatro anos de assistência como enfermeira. A partir da percepção da pesquisadora sobre o cuidado de enfermagem desenvolvido no cenário da pesquisa foi possível gerar reflexões acerca dessa clínica desenvolvida pelos enfermeiros atuantes em CAPS III.

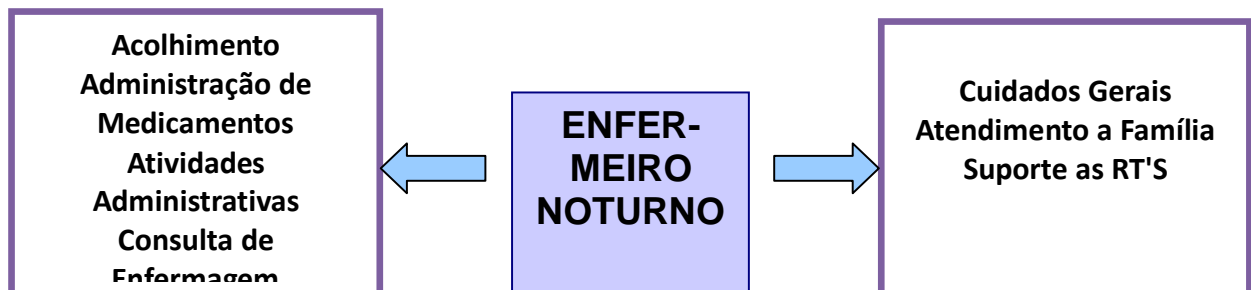
Se faz necessário apontar que os resultados obtidos nessa pesquisa somente se aplica para a realidade do CAPS III do atual estudo, não sendo deferido para outros CAPS III.

Diante da observação da prática de enfermagem no CAPS III pude destacar algumas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros durante um plantão diurno (FIGURA 03) e outras desenvolvidas num plantão noturno (FIGURA 04), porém ambas possuem o objetivo final da reabilitação psicossocial aos usuários integralmente.

**FIGURA 03 – Atividades desenvolvidas no Plantão Diurno**



**FIGURA 04 – Atividades desenvolvidas no Plantão Noturno**



Conforme demonstram as figuras acima o enfermeiro nas atividades diurnas desenvolve um número maior de atividades nas 12 horas de plantão, porém durante este período a equipe de profissionais se compõem numa multidisciplinaridade, e assim, muitas das vezes, esse cuidado se torna compartilhado entre a equipe. Dessa forma o cuidado diurno se torna interdisciplinar aos usuários que buscam atendimento nesse período. Em contraponto o cuidado noturno no CAPS III fica restrito a equipe de enfermagem, sendo composta basicamente por um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem, logo o cuidado não passa a ser compartilhado e não há uma interdisciplinariedade. O enfermeiro nas suas 12 horas de plantão noturno passa ser o único líder do plantão possuindo plena autonomia para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem aos usuários que se encontram em acolhimento noturno ou que procuram o serviço nesse período num momento de crise psíquica ou social.

Diante disso o enfermeiro no plantão noturno deve possuir pleno conhecimento técnico e científico, além de segurança para o desenvolvimento de seu cuidado. Quando o mesmo encontra dificuldades nas direções e decisões a serem tomadas diante dos casos emergentes os profissionais de enfermagem realiza contato telefônico com os demais profissionais que integram a equipe, podendo contar também com uma rede de suporte de atendimento clínico numa unidade de pronto atendimento (UPA) próxima ou com a emergência psiquiátrica local.

Frente a essa clínica de enfermagem desenvolvida tanto nos plantões diurnos quanto os noturnos pude destacar dois pontos de reflexões importantes para serem discutidos nesse estudo: A Clínica de Enfermagem Psiquiátrica no CAPS III: uma clínica cuidadosa; e O Compartilhamento do Cuidado através da estratégia da Interdisciplinaridade: o cuidado que provoca mudanças.

#### **4.1 A Clínica de Enfermagem Psiquiátrica no CAPS III: uma clínica cuidadosa**

O cuidar em enfermagem visa conhecer e atender as necessidades do ser a ser cuidado e dar oportunidade a ele de cuidar-se e desenvolver o seu potencial. A Enfermagem tem como premissa básica o cuidado ao 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 só cuidar do corpo, mas também da mente e emoção, valorizando as subjetividades existentes nessa 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.

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 é 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, suprindo 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.

Na enfermagem psiquiátrica não há recursos tecnológicos para execução de cuidado, 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. 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 outros recursos que podem ser utilizados num momento de sofrimento que irá trazer resultados mais positivos no processo terapêutico do usuário, fazendo de fato a diferença na vida das pessoas em sofrimento.

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)

As ferramentas utilizadas pelos enfermeiros do CAPS III na oferta do cuidado ao usuário são recursos que perpassam pela clínica médica até a clínica psiquiátrica, sendo essa clínica extremamente cuidadosa e sem barreiras. Ou seja, exige do enfermeiro um olhar para o outro em sofrimento mental bastante subjetivo e meticuloso ao ponto de tornar possível, ou aceitável, o cuidado necessário num momento de crise psíquica. O vínculo terapêutico com o usuário, a escuta qualificada e a disponibilidade do enfermeiro são os recursos chaves para a oferta de um cuidado de qualidade, sendo possível reconhecer, perceber, no sujeito em sofrimento mental severo sua real necessidade naquele momento a fim de diminuir tal sofrimento.

O dispositivo do CAPS III por oferecer o acolhimento estendido aos usuários no momento de crise, esse passa necessitar cuidados gerais assistenciais para suprir suas necessidades básicas além dos cuidados que propõem a reabilitação psicossocial. Esses 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 a 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 do enfermeiro inseridos no contexto de uma equipe interdisciplinar. As questões administrativas e organizacionais como organização e 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. Assim, 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.

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.

O modelo de cuidado alienista hospitalar era pautado na cura do corpo e mente doente, sendo o sujeito reduzido a sintomatologia da sua doença, ficando fragmentado o cuidado de enfermagem. Já no modelo psicossocial de atenção, ao objeto de trabalho da enfermagem é redesenhado, ampliado e complexificado, não mais reduzido à dimensão corporal e moral da “doença mental”, apresenta-se a necessidade de novos instrumentos de trabalho, novas relações de trabalho em equipe com relações de poder horizontalizadas não mais verticalizadas pela



hierarquia do poder médico, necessita agora de 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 a pluralidade do contexto deixando de valorizar a singularidade existente em cada usuário, afim de não se tornarem novamente agenciadores da alienação.

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 dessas ferramentas na 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 uma qualidade na assistência de enfermagem.

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.

Loyola (2000) aponta que o cuidado o cuidado na enfermagem psiquiátrica só pode ser atribuído a posterior da 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)

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.

Com a continuidade do cuidado de enfermagem no CAPS III nas 24 horas de funcionamento do dispositivo 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 manejo para esse cuidado. As principais ferramentas 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 utilizando múltiplas ferramentas direcionadas pelo próprio usuário em sua subjetividade.

#### **4.2 O Compartilhamento do Cuidado através da estratégia da Interdisciplinaridade: o cuidado que provoca mudanças**

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, habilidade e segurança para atuar com autonomia de gestor de um serviço com usuários acolhidos em crise psíquica. Apesar disso, a falta das outras categorias compondo esse cuidado no acolhimento noturno tornam o cuidado oferecido, por vezes, não resolutivos.

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.

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 a qualidade da assistência prestada a 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.

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 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)

Os CAPS deve 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)

Porém, percebo que ainda é muito difícil o trabalho construído com a rede territorial . 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 muito desses casos acabam se encontrando no cuidado do CAPS III ocasionando uma superlotação do serviço.

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. E essa conquista só foi possível pelo trabalho construído em rede.

Os enfermeiros do CAPS III são bastante implicados na construção e busca da rede de apoio para a assistência do usuário com transtorno mental. Todos os enfermeiros realizam o apoio 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.

Apesar da dificuldade do manejo com a rede de suporte do CAPS acredito 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 com 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. Além disso, aprender a lidar com os diferentes saberes respeitando a autonomia profissional de cada um é um grande desafio.

Conforme cita Rocha (2005) a proposta do trabalho é interdisciplinar não pretende abolir as especificidades dos vários profissionais, e sim, continuar realizar as ações que lhe são próprias, mas que eles executem também aquelas que são comuns, valorizando a utilização de diferentes técnicas e a integração de diferentes saberes.

Apesar das dificuldades encontradas no compartilhamento do cuidado no CAPS III ele acontece, tanto nas discussões e decisões dos casos, numa abordagem a 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. Esse 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 estão presentes visando a interdisciplinaridade no manejo dos casos do CAPS III. Até mesmo durante o dia de trabalho no CAPS acontece 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.

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 as

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.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente 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.

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

Então 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 são dirigidas a saúde mental, é preciso estabelecer uma rede de apoio com os recursos intersetoriais disponíveis no território do sujeito.

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, e cabe escutar e ter a habilidade ideal para desenvolver seu cuidado a partir dessas necessidades apresentadas.

O Enfermeiro tem ocupado 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 seu cuidado ao leito do paciente e hoje ganha novos espaços para até mesmo fora dos muros institucionais.

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 CAPS, que 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)

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.

Vale ressaltar que a falta de conhecimento técnico e científico gera medos e inseguranças aos enfermeiros, e assim a assistência de enfermagem pouco diminui o sofrimento do usuário, se restringindo aos cuidados clínicos e coercitivos, voltados para a doença e não o sujeito adoecido, que pouco perpassa aos cuidados propostos pela reabilitação psicossocial.

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.

**REFERÊNCIAS**

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.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. 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.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica.** Relatório de Gestão 2007-2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

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. **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.

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

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.

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

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

ERDMANN, A. L. **Sintema 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

GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, prisões e conventos**. 6º 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.

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.

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, 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.

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.

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

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

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.