

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Thaiane de Barros Pimenta

**AÇÕES DO ENFERMEIRO DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL APÓS A REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – UMA REVISÃO NARRATIVA**

FEIRA DE SANTANA(BA)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Thaiane de Barros Pimenta

**AÇÕES DO ENFERMEIRO DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL APÓS A REFORMA
PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – UMA REVISÃO NARRATIVA**

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

Orientadora: Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Feira de Santana (BA)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **AÇÕES DO ENFERMEIRO DA ÁREA DE SAÚDE MENTAL APÓS A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – UMA REVISÃO NARRATIVA**

de autoria do aluno **Thaiane de Barros Pimenta** 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.VâniaMarli Schubert Backes

Orientadora da Monografia

Profa. Dra.Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra.Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

Feira de Santana (BA)

2014

DEDICATÓRIA

Agradeço a Deus por permitir que iniciasse e terminasse este Curso de Especialização.

Ao meu amado Joao Marcelo, obrigada por ser a alavanca impulsionadora de tudo em minha vida e por estar presente durante este curso viajando comigo para toda as aulas presenciais.

A Enfa. Zannis Benevides de Andrade, tutora presente em todas as matérias e a Profa. Dra.Vânia Marli Schubert Backes muito obrigada pela orientação na monografia.

Feira de Santana (BA)

2014

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar as ações do enfermeiro na área de saúde mental após a reforma psiquiátrica brasileira. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que analisou os artigos científicos publicados entre 2005 a 2013. Para tanto, foi realizado um levantamento na coleção SciELO (“*Scientific Electronic Library Online*”). Foram utilizados os seguintes unitermos ou descritores: “Enfermagem Psiquiátrica”, “Reforma Psiquiátrica” e “Perfil do Enfermeiro na Saúde Mental”. A pesquisa incluiu seis textos publicados em periódicos nacionais. A análise dos estudos abordou as ações de saúde mental na Atenção Básica; o cuidado transpessoal à pessoa portadora de transtorno mental; o enfermeiro como líder no atendimento ao portador de transtorno mental e; o papel dos enfermeiros que atuam na saúde mental. Considera-se que após a Reforma Psiquiátrica, o enfermeiro ganhou um novo campo de ação, surgindo a necessidade de abdicar do modelo manicomial historicamente implantado, para solidificar um modelo de tratamento que investe amplamente na re-inserção do paciente psiquiátrico na sociedade.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This study aimed to identify the actions of nurses in the area of mental health after the Brazilian psychiatric reform. This is a narrative review literature that examined Articles scientific published between 2005-2013. For this purpose, a survey was conducted in paste door SciELO(“*Scientific Electronic Library Online*”) . We used the following key words or descriptors: “ Nursing Psychiatric ”, “ Psychiatric reform”, and “Profile Nurse in Mental Health”. The survey included six published texts national periodicals. The analysis of studies approached them to tions of mental health in Attention Basically, the transpersonal caring person with mental disorder; nurses as a leader in care for patients with and mental disorder: the role of nurses working in mental health. It is considered that after the Reformation Psychiatric, nurses gained a new field of action, resulting in the need to give up the asylum model Historically deployed to solidify a model of treatment that invests widely in re-insertion of the patient psychiatric society.

Keywords: Psychiatric Nursing, Mental Health, Psychiatric Reform.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CERSM Centros de Referência em Saúde Mental

COFEN Conselho Federal de Enfermagem

MG Minas Gerais

MTSM Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS Núcleo de Atenção Psicossocial

PT Partido dos Trabalhadores

SRT Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS Sistema Único de Saúde

UPHG Unidades Psiquiátricas em hospitais gerais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
2.1	HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO MUNDO E NO BRASIL	14
2.2	REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	17
2.3	ATUAL POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	21
2.4	HISTÓRICO DA ENFERMAGEM E SUAS PRÁTICAS ANTES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	24
2.5	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COM BASE NAS DECISÕES DO COFEN.....	27
2.6	PERFIL ATUAL DO ENFERMEIRO NA PRÁTICA DA SAÚDE MENTAL.....	28
3	METODOLOGIA.....	32
3.1	TIPO DE ESTUDO	32
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
6	REFERENCIAS.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Diferentes Tipos de Caps,.....	19
Quadro 2. Atribuições da equipe de enfermagem segundo o COFEN	21
Quadro 3. Distribuição da produção científica acerca do perfil do enfermeiro antes e após a reforma psiquiátrica brasileira.....	27

1 INTRODUÇÃO

Nos final dos 70 do Século XX, diante da crise do modelo hospitalocêntrico decorrente de denúncias de violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada, como também, das manifestações do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas deu-se início ao processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. (BRASIL, 2005).

Nesse momento, o cenário mundial apontava a necessidade de mudanças pela superação da violência asilar, assim sendo, esse processo sancionou novas leis e normas nos serviços de saúde delineando progressivamente a política de saúde mental do Ministério da Saúde e teve como princípio norteador a mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva e equidade na oferta dos serviços. (PAIM, 2002).

A experiência italiana de desinstitucionalização, o II Congresso Nacional do MTSM (Bauru, SP), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro) e o surgimento do CAPS (São Paulo, SP) em 1987 demonstraram a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas e incentivaram as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. (ROSA, 2003).

Em 1989, são implantados no município de Santos os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. (BRASIL, 2005).

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. (VASCONCELOS, 2002).

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos Conselhos Comunitários de Saúde. (BRASIL, 2005).

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. (BRASIL, 2005).

Na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que

passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005)

Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado (Lei Federal 10.216) é sancionada no país, redirecionando a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não instituindo mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. (PAIM, 2002).

Após a promulgação da Lei 10.216 é convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental com ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo. (ROSA, 2003).

Nesse instante são pactuados democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defendendo a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (ROSA, 2003).

Os CAPS foram criados para proteger, resguardar e ampliar os direitos de cidadania de todas as pessoas acometidas de transtornos mentais, por meio de uma equipe multidisciplinar e ao mesmo tempo reduzir os leitos psiquiátricos do país. Desse modo, a equipe deve estar bem qualificada para proporcionar uma variedade de serviços terapêuticos para todos os usuários da instituição. (BRASIL, 2005).

Além dos serviços terapêuticos, os CAPS oferecem alimentação 03 vezes ao dia e proporcionam prevenção de nova incidência, buscando a integração dos usuários no seu meio de convivência, a promoção da saúde mental deve ser constituída por profissionais capacitados que demonstrem aos usuários o valor pessoal e social, nos quais aceitem a reconquista psicológica e sejam reinseridos socialmente. (BRASIL, 2005).

Tais mudanças se configuram em um ao novo paradigma assistencial em Saúde Mental que deve ser incorporado ao exercício profissional do enfermeiro por meio de novas habilidades e competências. (VASCONCELOS, 2002).

Sendo assim, este estudo pretende caracterizar o perfil dos enfermeiros antes e após a Reforma Psiquiátrica brasileira no intuito de conhecer como se desenvolve a capacitação dos profissionais de enfermagem, na tentativa de contribuir para a melhoria da atuação do enfermeiro na área da enfermagem psiquiátrica, e dessa forma, possibilitar a

abertura de um espaço de reflexão sobre o perfil e atuação do enfermeiro e sobre as dificuldades enfrentadas nesta área tão delicada. (SALLES, 2011).

Daí surge problema de investigação: Quais são as ações dos enfermeiros da área da saúde mental após a Reforma Psiquiátrica brasileira?

Este estudo ganha relevância na medida em que possibilita conhecer as transformações que ocorreram na prática dos profissionais de enfermagem que atuam na área de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica por meio de uma revisão narrativa, metodologia esta que tem papel fundamental para a educação continuada, possibilitando atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em um curto espaço de tempo, reorientando o olhar sobre o tema estudado, a partir da análise dos dados. (OLIVEIRA, ALESSI, 2003; ROTHER, 2007).

Para tanto, pretende-se alcançar o seguinte objetivo geral de identificar as ações do enfermeiro na área de saúde mental após a reforma psiquiátrica brasileira e os objetivos específicos: descrever as principais mudanças na enfermagem advindas da Reforma Psiquiátrica brasileira; conhecer a Política Nacional de Saúde Mental; identificar as atribuições do enfermeiro na área de Saúde Mental.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL NO MUNDO E NO BRASIL

Ao escrever a História da Loucura, obra que é um marco para o entendimento da loucura como evento político, social e cultural, Foucault (1987) citado por Oliveira (2002), partiu da tese de que não há progresso ou evolução do conhecimento da loucura, mas discursos complementares e contraditórios e, portanto, formas diferentes de lidar com ela, as quais se articulam com o momento histórico da sociedade. Para o autor, o surgimento da instituição psiquiátrica, da doença mental e da psiquiatria são acontecimentos recentes na história da humanidade, datados no início do século XIX.

Na visão de Rosa (2003, p. 39),

Cada época histórica e cada sociedade criaram seu procedimento específico de abordar o fenômeno da loucura. Aquilo que foge do padrão social e é consensualmente definido de comportamento, conduta e maneira de ser, constitui mecanismo próprio de controle, integração e segregação.

Nos tempos antigos, a conduta agressiva, insensata era atribuída aos maus espíritos, almas perdidas, demônios e eram tratados com práticas mágicas e religiosas. Já na Grécia do século V a.c., Hipócrates explicava essas perturbações como mania, melancolia, histeria e a psicose pós-parto. Na Idade Média esses comportamentos que fugiam ao esperado era relacionado à posse do indivíduo pelo demônio. (ROCHA, 2008).

No século XVI, o mundo da loucura havia se tornado o mundo da exclusão social que Foucault denominou de “A grande internação”. Nessa época foram construídas várias casas de internamentos em toda Europa, constituindo-se ao mesmo tempo em espaço de acolhimento, correção e reclusão.

Em vez de internar os doentes no intuito de cuidar do seu estado patológico, o que se privilegiava era a racionalização típica do sistema capitalista, o qual não tinha interesse em manter no convívio social indivíduos considerados como inaptos, inúteis e perigosos. (RABELO, 1999). Realizou-se, assim uma limpeza nas cidades com o objetivo de preservá-las dos que as maculavam, segundo o critério da incapacidade de trabalho e produção para a ordem econômica vigente.

Por volta do século XVIII, o louco passou a ser excluído espacialmente e confinado – ocupando o lugar antes destinado aos leprosos –, ao mesmo tempo em que o tema da loucura obteve visibilidade cultural. Entretanto, ainda não havia naquele

momento uma definição precisa do que constituía a loucura, sob a qual agregavam diferentes tipos, formando um grande grupo: bêbados, idiotas, devassos, apaixonados, vagabundos. (RABELO, 1999, p. 145).

Quase duzentos anos após o início das Grandes Interações surgiu a Psiquiatria Moderna, particularizando o indivíduo portador de transtorno mental, incluindo a necessidade de tratamento e adequação das medidas de segurança pública. A loucura recebe o status de doença. Trata-se da Primeira Revolução Psiquiátrica, liderada pelo médico francês Philippe Pinel, o qual agia em consonância com os ideais racionalistas e humanitários próprios da Revolução Francesa. (PESSOTTI, 1993).

O louco não é, para Pinel, substancialmente diverso do homem sadio, já que em tantos momentos da vida, qualquer um age indiferente à razão ou ao bom senso. E, nessa convicção, a loucura passa a ser vista como apenas uma possibilidade humana, de qualquer ser racional. (PESSOTTI, 1996, p. 73).

Neste período iniciou-se o tratamento moral, inserindo a noção de que a loucura não é um destino irremediável, mas sim uma patologia que, como tantas outras, pode ser sanada em vários casos mediante o tratamento adequado. Não houve extinção do isolamento, mas, os doentes mentais passaram a ser recolhidos em asilos, onde recebiam auxílio humanitário e médico, alimentação e atividades terapêuticas.

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria vem buscando uma nova explicação para a loucura calçada no modelo biológico de matriz positiva. Para este modelo, a loucura é um efeito de perturbações no psiquismo produzidas no registro do organismo. Obedecendo ao pensamento cartesiano, essa abordagem, limitou-se à tentativa de explicar a loucura a partir de uma ordem de causalidade inscrita no organismo. Através dessa abordagem, as investigações em psiquiatria passam a centrar-se essencialmente nos estudos anátomo-clínicos do cérebro (OLIVEIRA, 2002).

No final do século XIX, a situação dos asilos é de tal modo dramático, que começam a surgir críticas a instituição asilar em alguns países da Europa Ocidental. A função puramente disciplinar do asilo e o abandono de suas funções terapêuticas passam a ser denunciada. Essas denúncias só encontram ressonância após a II Guerra Mundial, quando novos problemas são colocados para o conjunto da sociedade (OLIVEIRA, 2002).

Nesse período histórico, começava a delinear-se um novo saber no campo da psiquiatria, o discurso freudiano, o qual determina uma ruptura com a abordagem organicista e propõe noutros termos a problemática da loucura que se fundaria na subjetividade do

sujeito, não sendo, portanto, um efeito de perturbações no psiquismo produzidas no registro do corpo biológico (OLIVEIRA, 2002).

Na Europa, no século XIX as doenças mentais eram consideradas como tema para investigação científica: a psiquiatria prosperou como um ramo da medicina e as pessoas com transtornos mentais eram consideradas pacientes da medicina. Contudo, os portadores de transtornos mentais, como os de muitas outras doenças eram isolados em hospitais estatais para doentes mentais, conhecidos como asilos de loucos. Essas tendências foram acompanhadas pela África, Ásia e as Américas. (OMS, 2001).

Durante a segunda metade do século XX, três fatores importantes impulsionaram uma mudança no paradigma da atenção em saúde mental: a psicofarmacologia fez progressos significativos com o descobrimento de novas classes de drogas; o movimento em favor dos direitos humanos converteu-se num fenômeno internacional e; foram incorporados componentes sociais e mentais na definição de saúde.

Enquanto a instituição psiquiátrica manteve-se como centro da assistência ao doente mental, a família teve uma pequena participação no cuidado ao seu paciente. Os familiares de portadores de sofrimento psíquico só viriam a se tornar objeto de investigação no final da década de 40, situação esta decorrente das críticas ao sistema asilar e paralelamente ao desenvolvimento de novas teorias acerca da doença mental (RENNES, 1997).

No Brasil, a organização da assistência psiquiátrica pautou-se no modelo da Escola Francesa e, também aqui, a família esteve banida de participar do tratamento do doente mental (RENNES, 1997).

Os pacientes destituídos de família: mendigos, alcoolistas, negros alforriados foram internados nos hospícios. Nessa época o número de pacientes crônicos e abandonados pela família representa um enorme contingente dos atuais moradores dos hospitais psiquiátricos. Apenas com o movimento da Reforma Psiquiátrica, na década de 80, que priorizou mudança do modelo assistencial, a família voltou a compor o cenário da assistência ao doente mental.

Segundo Rotelli e outros (1990), o processo de desinstitucionalização é um trabalho homeopático, caracterizado por três aspectos:

- a) A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados;

- b) A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais;
- c) A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI e outros, p. 35-36).

Diante disso, o trabalho de desinstitucionalização¹ constitui-se um esforço permanente de desconstruir condutas tidas como únicas e verdadeiras e construir na multiplicidade de fatores que envolvem o relacionamento do portador de sofrimento psíquico e seus familiares uma experiência de convivência, a mais saudável possível.

2.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA MUNDIAL E BRASILEIRA

O processo de Reforma Psiquiátrica não se deu de forma espontânea foi o resultado da dinâmica histórica dos avanços e recuos da sociedade contemporânea. Nos diversos países diferentes processos históricos são considerados como estimuladores ou que intervêm nas características dos processos da dinâmica contemporânea de desinstitucionalização psiquiátrica.

De acordo com Vasconcelos (2002) essas características:

- a) Contextos históricos de guerra: ênfase na solidariedade nacional e investimentos na reabilitação de soldados e/ou civis com problemas associados à guerra.
- b) Conjunturas históricas de escassez da força de trabalho e revalorização do trabalho humano.
- c) Processos de transição demográfica: aumento das famílias matrifocais, pessoas sozinhas.
- d) Conjunturas políticas de democratização, de processos revolucionários ou de emergência de movimentos sociais populares, processos políticos sociais de afirmação dos direitos civis e políticos e, organização e avanço de movimentos sociais de trabalhadores, usuários e familiares atuando diretamente no campo da saúde mental.

¹A desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no [Brasil](#) a partir dos [anos 90](#), e ganha grande impulso em [2002](#) com uma série de normatizações do [Ministério da Saúde](#). Este processo se dá pela da redução de leitos em [hospitais psiquiátricos](#) (macro-hospitais) através de mecanismos claros, eficazes e seguros (WIKIPEDIA, 2011).

e) Políticas neoliberais de desinvestimento em políticas sociais públicas induzindo a processos de desospitalização e, conseqüentemente, reduzindo os custos do Estado.

f) Mudanças nas formulações epistemológicas, filosóficas, teóricas e práticas em ciências humanas e no campo psicológico.

g) Desenvolvimento de terapêutica psicofarmacológicas a partir do final dos anos 50, com os neuropépticos, possibilitando maior controle dos sintomas.

h) Estratégia de modernização e/ou humanização por parte de setores de corporação médica para responder às críticas à psiquiatria convencional.

Essas características constituíram-se em uma base que proporcionou um processo de reforma psiquiátrica do modelo assistencial psiquiátrico brasileiro. Observa-se que além da mudança de visão da sociedade quanto ao tratamento psiquiátrico, houve também uma maior conscientização das pessoas com relação à humanização do tratamento dos portadores de transtorno mental. Outro fator importante citado pelo autor relaciona-se às políticas implementadas pelo Estado com a finalidade de reduzir os custos do tratamento do doente, restringindo o internamento do paciente e, conseqüentemente, levando-o ao convívio familiar (VASCONCELOS, 2002).

No final dos anos 70, paralelamente à luta pela redemocratização e reorganização da sociedade civil brasileira, intensificaram-se os debates e reflexões sobre assistência a saúde mental. Influenciados pelo movimento sanitário e pelos projetos de Reforma Psiquiátrica ocorrida nos Estados Unidos e nos países da Europa como Inglaterra, França e Itália (PAIM, 2002).

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, por outro, a eclosão dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde. (BRASIL, 2005).

A reflexão sobre hospitais para doentes mentais esteve mais em voga nas décadas de 60 e 70, período em que essas instituições sofreram críticas advindas de diversas direções, até mesmo de setores da própria psiquiatria. Em tal contexto, as discussões travadas no seio das ciências sociais desempenharam um papel não negligenciável

na elaboração das reformas psiquiátricas, que ocorreram em diversos países. (RABELO, 1999).

Uma profunda insatisfação com o modelo de atenção à saúde mental vigente, centrado na predominância do hospital e considerado segregador, cronificador e estigmatizante, deu origem a movimentos de contestação que partem da crítica às concepções ultrapassadas sobre doença mental, propondo uma ampla reformulação do modo de lidar com os transtornos psiquiátricos. O reconhecimento da falência ética e científica do modelo hospitalocêntrico fez com que se tornasse imperativa a Reforma Psiquiátrica (PAIM, 2002).

Neste contexto, surgiram diversos movimentos sociais entre os quais o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que emergiu a partir de 1978 e passou a ser o ator privilegiado na formulação de críticas ao paradigma psiquiátrico dominante e na construção da Reforma Psiquiátrica.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano.

Este Movimento protagonizou e construiu a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construção coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. (BRASIL, 2005).

Segundo Vasconcelos (2002), os principais objetivos e palavras de ordem no período de 1978-1980 foram:

Denúncias e mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto públicos quanto privados, alguns dos quais foram identificados com verdadeiros campos de concentração; denúncia da indústria da loucura nos hospitais provados conveniados do então INAMPS; denúncia e reivindicações por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no rio de Janeiro; primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais sem saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços (VASCONCELOS, 2002, p. 23).

Em 1987, com a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru-SP, foi lançada a consigna “por uma sociedade sem manicômios”, estabelecendo uma nova ordem na relação da loucura com a sociedade e mudança nas práticas profissionais (BRASIL, 2005).

Nesse evento, estabeleceu-se o Movimento Antimanicomial² constituído por diversos atores sociais (técnicos, usuários, familiares), sinalizando a necessidade de uma estratégia política de ação mais ampla, de estabelecer diálogo constante com a população acerca da loucura e suas questões, de tentar reescrever e reconstruir as relações entre sociedade e os portadores de transtorno mental (BRASIL, 2005).

Ancorado no projeto de transformação institucional italiano, este movimento indicou a desinstitucionalização como conceito base determinante da reorganização do sistema de serviço e das ações de saúde mental (BRASIL, 2005).

Neste período, é de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira.

A partir de 2005, os indicadores de sofrimento psíquico passaram a fazer parte do elenco de indicadores da Atenção Básica, embora a mudança no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ainda não tenha entrado em vigor.

Em 2006, foram incluídos parâmetros para as ações de saúde mental na Atenção Básica (entre outros) nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, publicados na Portaria GM nº 1097, de 22 de maio de 2006, e intensificou-se o esforço

²Movimento Antimanicomial é um termo usado de modo generalizante e pouco preciso, para se referir a um processo mais ou menos organizado de transformação dos [Serviços Psiquiátricos](#). Derivado de uma série de eventos políticos nacionais e internacionais o Movimento Antimanicomial é também conhecido como Luta Antimanicomial, cuja data no calendário nacional [brasileiro](#) é [18 de maio](#). Esta data nos remete ao Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental, ocorrido em [1987](#), na cidade de [Bauru](#), no estado de [São Paulo](#).

de garantir o acesso da população, em especial nos pequenos municípios brasileiros, à atenção em saúde mental (BRASIL, 2007).

Com a Reforma Psiquiátrica, o papel da enfermagem adquire um novo paradigma, construído com toda a equipe de saúde, respeitando as diferenças e mantendo a identidade profissional com suas especificidades. (ROCHA, 2008).

2.3 ATUAL POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Embora tardia na América Latina, a consequência da discussão dos modelos de atenção à saúde mental está concretizada na Declaração de Caracas, onde representantes da sociedade política e Ministros de Saúde subscreveram o paradigma não hospitalocêntrico de atenção à saúde mental e reiteraram, através da Declaração dos Direitos dos Usuários, a assistência humanizada e as delimitações éticas das ações em saúde mental, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2005).

A Declaração de Caracas, assinada pelos países da Região das Américas em 1990, representa um marco fundamental na história da saúde mental nas Américas. Os dois grandes objetivos que seus signatários se comprometeram a promover – a superação do modelo do hospital psiquiátrico e a luta contra todos os abusos e a exclusão de que são vítimas as pessoas com problemas de saúde mental - foram adotados como as grandes metas mobilizadoras de todos os movimentos de reforma de saúde mental ocorridos na América Latina e Caribe, a partir de 1990.

A década de 90 é marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005).

Articulado com a Reforma Psiquiátrica, no campo legislativo, foi aprovado pelo Congresso Nacional da República, e sancionado pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, em 2001, a lei 10.216 de autoria do deputado Paulo Delgado (PT - Minas Gerais), que dispõe sobre a extinção progressiva de manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento como hospitais-dia, núcleo e centros de atenção psicossocial (NAPS e CAPS), lares protegidos que regulamentam a internação compulsória (BRASIL, 2004).

Outro aspecto importante, para a concretização da Reforma Psiquiátrica tem sido o processo de municipalização das ações da saúde em curso em alguns municípios do país. A municipalização fortalece os serviços na medida em que possibilita a participação ativa da comunidade, oferece uma compreensão mais sensível dos problemas dos diferentes setores da população, constituindo uma ótima condição para elaboração de estratégias de ações de saúde que ultrapassem o específico e atinjam os temas fundamentais da vida (BRASIL, 2004).

O compromisso ético de que as pessoas têm direito à saúde, a uma vida digna, a despeito de doenças ou outras limitações econômicas e sociais, tem sido a marca de alguns projetos inovadores na área da saúde mental. Dentre esses projetos, iniciados no final dos anos 80, destacam-se o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos-SP. No entanto, o compromisso ético de projetos inovadores na área da saúde mental para a infância e juventude tem sido ainda projetos embrionários.

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. (BRASIL, 2004).

Os CAPS organiza a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. Devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. (BRASIL, 2005).

Implantam-se no período de 1987-1992, de acordo com Vasconcelos (2002, p. 26),

As primeiras experiências municipais de rede de cuidados em saúde mental a partir do novo modelo. O melhor e principal exemplo foi o processo iniciado em 1989 em Santos, no estado de São Paulo, em um governo municipal assumido pelo Partido dos Trabalhadores, e que constitui o principal laboratório dos chamados Núcleos de Atenção Psicossocial, inspirados na experiência de Trieste, Itália [...].

Antes deste século, havia um descomprometimento total com a infância, principalmente, com crianças deficientes.

Observou-se que a Reforma Psiquiátrica no Brasil, ora identificado como movimento de luta antimanicomial, ora como movimento em saúde mental, é o ator privilegiado na formatação de projetos voltados para a criação de novas formas de atenção e de novas possibilidades de produção de subjetividades, embora isto não seja uma realidade em todo país (RENNES, 1997).

A Reforma Psiquiátrica, ao ter como lema às desinstitucionalização, propõem a mudança do tratamento às pessoas com transtorno mental, até então hospitalocêntrico, para alternativas de atendimento à comunidade. Devem ser transformadas as formas de cuidar das pessoas com transtorno mental, e o objeto de atenção deve deixar de ser apenas a doença e passa a ser a existência – sofrimento do indivíduo e sua relação com o corpo social à ênfase não se centra mais no processo de cura, mas no projeto de intervenção de saúde. O olhar passa a ser direcionado à pessoa, à sua cultura e à sua vida cotidiana, tornando-se ela o objetivo do trabalho terapêutico e não mais a doença (GAMBA; BRETAS, 2006).

Contudo, Rodrigues e Figueiredo (2003, p. 3), afirmam:

[...] Durante a década de oitenta, apesar do início da abertura política, da redemocratização do país, da VIII Conferência de Saúde (1986) e das I e II Conferências Nacionais de Saúde Mental (1987 e 1992) - fatos estes que contribuíram para alterações não só de princípios, mas, principalmente de modelos - introduziram-se novas práticas terapêuticas. No entanto, a assistência parece ainda se manter dentro do mesmo paradigma, pois, na esfera político-econômica, nota-se que continua reduzida à cota destinada à área, e a rede de ambulatórios tem como prática, em sua grande maioria, o tratamento psicofarmacológico ou o fornecimento de guias para internação.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), a Política de Saúde Mental do governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar, incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa "De Volta Para Casa", manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria.

Na rede extra-hospitalar encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades práticas de cuidado, atenção e tratamento do doente mental. Essas unidades são consideradas a base da Reforma Psiquiátrica Brasileira e Luta Anti-manicomial e disponibilizam assistência para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

Os CAPS, os NAPS (núcleo de Atenção Psicossocial), e os CERSM (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos são regulados pela Portaria nº 36/GM (ANEXO A), de 19 de fevereiro de 2002 e fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre as diretrizes do CAPS encontram-se: as noções de acolhimento universal (BRASIL, 2004). O acolhimento universal significa que a instituição recebe, ouve e responde a toda e qualquer demanda de saúde e não apenas aos serviços de saúde mental.

Quando busca o atendimento, a pessoa deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Os profissionais do CAPS após receber e ouvir quem procura o serviço deve dar uma resposta que pode ser:

- a) a admissão para tratamento no serviço, nos modos de exercício deste tratamento no serviço;
- b) a espera para admissão em movimento posterior, acompanhada de claras referências durante (retorno ao serviço, manutenção de contato, ou modos de atendimento durante a espera, segundo as urgências do caso);
- c) encaminhamento para outros serviços ou dispositivos;
- d) a desconstrução da demanda, por exemplo: escola que transforma dificuldade de aprendizagem em demanda de tratamento, caso em que o CAPS precisa intervir junto à escola, a fim de desconstruir a demanda de tratamento (BRASIL, 2004).

Os CAPS não são todos iguais, pois são diferentes com relação aos seguintes aspectos: quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas e quanto à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves (BRASIL, 2004). Os diferentes tipos de CAPS podem ser visualizados no quadro a seguir:

CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, são CAPS para atendimento diário de adultos, com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS II - municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, são CAPS para atendimento diário de adultos, com transtornos mentais severos e persistentes.
CAPS III - municípios com população acima de 200.000 habitantes, são CAPS para atendimento diário de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentis severos e persistentes.
CAPSi - municípios com população acima de 200.000 habitantes, são CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
CAPSad - municípios com população acima de 100.000 habitantes, são CAPS para usuários de drogas, para atendimentos diários à população com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Quadro 1 – Diferentes Tipos de CAPS,

Adaptado de Brasil (2004, p. 19-22).

Segundo Rosa (2003), embora o hospitalocêntrico persista como modalidade hegemônica de atenção psiquiátrica, os CAPS como um serviço de substitutivo de atendimento, vem buscando evitar as internações e favorecer o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias, tem como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

2.4 HISTÓRICO DA ENFERMAGEM E SUAS PRÁTICAS ANTES DA REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Enfermagem é uma profissão da área de saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, e reabilitação da saúde, atuando em equipe (ROCHA e ALMEIDA, 2000).

Trata-se de uma profissão que comprometida com o cuidar, se diferencia das demais por ser responsável pelo acolhimento, bem-estar e conforto dos pacientes, além de

lhes garantir as condições mínimas para satisfazer as necessidades básicas como, alimentação, higiene, hidratação, dentre outros.

A profissão surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. A história da enfermagem surge com as práticas leigas desenvolvidas por parteiras, religiosas, viúvas e nobres tendo como propósito o ato caritativo.

Além dessas, pode-se incluir o trabalho das prostitutas que as praticavam com o objetivo de tratar os enfermos como uma forma compensatória na busca da salvação. Para Haddad (2000), na Europa, até o início do século XIX, o cuidar de enfermos não era reconhecida como trabalho que exigia treinamento específico para sua realização.

A partir do ano de 1854, este cuidado começa a adquirir caráter profissional com Florence Nightingale que serviu na Criméia como voluntária nos hospitais militares ingleses em pleno campo de guerra, dando início a profissionalização da enfermagem (HADDAD, 2000).

No Brasil, no período colonial a prática da enfermagem também era desempenhada por leigos. Tinha naquela época o trabalho dos jesuítas e das parteiras com finalidade caritativa e religiosa. De acordo com Haddad (2000), no Brasil, somente nas últimas décadas do século XIX, é que se inicia o processo de profissionalização da enfermagem.

A partir dos anos 30, com a mudança no sistema econômico, o crescente aumento de doentes que necessitavam de internações e a formalização da enfermagem como profissão, concretiza-se a entrada maciça das mulheres nas instituições de saúde.

Em 1946, Nise da Silveira, médica no Centro Psiquiátrico Pedro II, optou pela terapêutica ocupacional, criada por Hermann Simon na década de 20, por considerar o arsenal terapêutico utilizado na época como muito agressivo (coma insulínico, eletrochoque, tratamentos cirúrgicos). (ROCHA, 2008).

Também ocorreram experiências isoladas de comunidade terapêutica, que oportunizavam as atividades em grupo, com reuniões de toda comunidade. Contudo, essa prática ocasionava recidivas frequentes em razão do ambiente da comunidade era criado um ambiente que os pacientes não encontravam ao sair do hospital psiquiátrico. (ROCHA, 2008).

2.5 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COM BASE NAS DECISÕES DO COFEN

Atualmente, a enfermagem no Brasil é desenvolvida por agentes com formação também diferenciada, é formado por categorias profissionais interdependentes e reconhecidas junto ao Conselho Federal de Enfermagem Órgão Normativo do Exercício do Pessoal de Enfermagem (COFEN). De acordo, com a Lei do Exercício Profissional (Lei no. 7498, de 25 de junho de 1986) dispõe sobre o exercício da enfermagem, regulamenta e determina as funções que as categorias de enfermagem devem executar, sendo que:

QUADRO 2- ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SEGUNDO O COFEN

Enfermeiro	Compete privativamente a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica do serviço de saúde e chefia do serviço ou unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares, planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação de assistência de enfermagem, auditoria, consultoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, cuidado direto aos pacientes graves com risco de vida e cuidado de maior complexidade técnica que exijam conhecimento de base científica e capacidade de tomar decisões rápidas, dentre outras.
Técnico de Enfermagem	É atribuído executar tarefas de nível médio técnico, basicamente cabe-lhe assistir ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de enfermagem, prestação de cuidados diretos ao paciente, controle de doenças transmissíveis em geral, prevenção e controle de infecção hospitalar, execução de programas de saúde e de atividades de assistência exceto as privativas do enfermeiro.
Auxiliar de Enfermagem	Preparados em cursos regulares ou supletivos em nível de primeiro ou segundo grau, compete tarefas de nível médio atribuídas a equipe de enfermagem, cabendo-lhes preparar o paciente para consultas, exames, tratamentos, curativos, medicação, oxigenoterapia, coleta de materiais para exames laboratoriais, prestar cuidados de enfermagem no pré, trans e pós-operatório, executar atividades de desinfecção, esterilização, prestar cuidados de higiene, conforto, alimentação ao paciente e zelar por sua segurança, zelar pelos materiais e equipamentos, participar de atividades em educação em saúde, auxiliar o enfermeiro e o técnico de enfermagem na execução de programas de educação em saúde, participar do procedimento pós-morte.

FONTE: COFEN, 1986.

De acordo com a Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 do Conselho Federal de Enfermagem o serviço de enfermagem é praticado pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem de acordo com o grau de capacitação (COFEN, 1986).

Segundo a Resolução n. 311 de 8 de fevereiro de 2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007) os profissionais de enfermagem praticam ações voltadas para uma melhor qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.

Compete exclusivamente ao enfermeiro a direção do ambiente de trabalho, supervisão da equipe de enfermagem, planejar, organizar, coordenar e avaliar o serviço de

assistência a enfermagem, consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem e todas as atividades de maior complexidade que exigem maior conhecimento e capacidade de tomar decisões imediatas (COFEN, 1986).

Os trabalhadores de enfermagem inseridos na atividade de prestação de serviço de saúde executam atividades que requerem grande proximidade física com o cliente devido à característica do cuidar. Esses profissionais encontram-se expostos a vários fatores de riscos causadores de acidentes de trabalho. Os riscos podem ser físicos, químicos, mecânicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais, que podem ocasionar doenças ocupacionais e acidentes de trabalho. (ROCHA e FELLI, 2004).

Com relação à questão de gênero, o campo da enfermagem é composto em sua maioria, por mulheres e pode-se afirmar que é uma atividade desgastante e estressante, devido envolver o convívio diário com o sofrimento alheio, exigir constante atualização e habilidades manuais, haver permanente cobrança de responsabilidades, manter bom relacionamento com a clientela e com a equipe multiprofissional, submeter-se a políticas que restringem a sua atuação com a falta de recursos humanos e materiais (MARTINS, 2002).

2.6 PRÁTICA ATUAL DO ENFERMEIRO DA SAÚDE MENTAL

De acordo com Pereira (2006), no Brasil, um número significativo de enfermeiras gerencia unidades básicas de saúde, supervisionam diretamente aos agentes comunitários de saúde, além de serem responsáveis pela assistência aos portadores de transtornos mentais na ausência do profissional médico.

Sendo assim, o enfermeiro tem um papel importante na abordagem e manejo de Transtornos Mentais Comuns (condições relacionadas ao estresse / estados ansiosos e depressivos menos severos), além de participar do gerenciamento de cuidados dos Transtornos Mentais Maiores (psicoses e demências).

De acordo com Gelder (2000) citado por Pereira (2006), no Reino Unido tem se destacado no registro de experiências práticas e de pesquisa educacional. Há relatos de programas de capacitação bem sucedidos na avaliação e manejo de depressão, na utilização de técnicas de aconselhamento para resolução de problemas na depressão maior, além do gerenciamento de doenças crônicas em pacientes portadores de transtornos mentais severos e persistentes.

Nos programas de capacitação, a administração de antipsicóticos de depósito também tem sido realizada nestes pacientes, mas há necessidade de maior treinamento para

aquisição das seguintes habilidades: aplicação das injeções, revisão de sua necessidade, monitorização dos efeitos colaterais e do estado mental do paciente, articulação com o serviço especializado e manejo de situações críticas.

Programas de treinamento em saúde mental têm se mostrado úteis no aumento da confiança e na mudança de atitudes por parte das enfermeiras. Também tem sido descritos modelos de trabalho, associados a momentos de capacitação profissional, em que a enfermagem divide a carga de trabalho em saúde mental com os médicos. (PEREIRA, 2006).

Em um programa dirigido para pacientes com depressão desenvolvido em Londres, a enfermagem era responsável por: avaliar a gravidade dos casos, encaminhar os casos mais severos para os serviços especializados, encorajar aderência ao tratamento, monitorizar efeitos colaterais dos medicamentos, estimular medidas de auto – ajuda, aconselhar para resolução de problemas e fornecer bibliografia de apoio apropriada ao problema.

A introdução destas novas atribuições de enfermagem diminuiu em 60% o número de encaminhamentos deste perfil de pacientes para os serviços especializados, nos 03 anos avaliados (GARDNER, 2004, citado por PEREIRA, 2006).

Como é integrante da equipe multidisciplinar de atenção à saúde mental, o enfermeiro nem sempre recebe uma formação específica na área da assistência psiquiátrica e, muitas vezes, exerce atividades profissionais em serviços psiquiátricos, hospitalares sem nenhum preparo. (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006).

A prática da enfermagem psiquiátrica tem exigido uma maior percepção das necessidades do paciente, e o enfermeiro tem de desenvolver habilidades que lhe possam conferir maior competência para o melhor desempenho de suas funções, com educação contínua, principalmente no que se refere à cooperação interdisciplinar, com foco no cuidado que visa o atendimento do paciente em todas as suas dimensões, independente do tipo de serviço em que atue. (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006).

Assim, de acordo com Pereira (2006), a enfermagem na atenção primária em saúde mental deve desenvolver as seguintes habilidades clínicas:

1. Conduzir entrevistas adequadamente é tão importante para a enfermagem quanto para o corpo médico. Parte do papel da enfermagem durante a consulta é o de facilitar o acesso à avaliação médica. Portanto, é importante que a enfermeira reconheça os principais sintomas dos transtornos mentais mais prevalentes, saiba orientar o paciente e referenciá-lo corretamente para o clínico geral ou o psiquiatra.

2. Adotar uma postura de escuta ativa, no sentido de buscar compreender o que esta acontecendo com o paciente e como seus problemas são vistos por ele e a sua família

3. Utilizar algumas escalas de auxílio diagnóstico que poderão ser úteis na identificação de casos suspeitos de: alcoolismo, ansiedade e depressão, demência, depressão em idosos.

4. Promover ações preventivas em saúde mental com as seguintes diretrizes gerais:

a) devem ser direcionadas para populações de risco; crianças (em situação de pobreza extrema, com comportamento alterado, cujos pais estejam em processo de separação ou sejam dependentes químicos, situações de luto familiar, violência doméstica);

b) adultos (em processo de separação conjugal, desempregados, em situação de luto, risco de depressão na gestação, violência doméstica);

c) Idosos (em situação de isolamento social, múltiplas patologias, violência doméstica); devem ajudar as pessoas a retomar o controle das suas vidas, sempre em busca da maior autonomia possível;

e) devem utilizar a maior gama possível de recursos comunitários para promover uma ampliação do suporte psicossocial (voluntariado, cooperativas de trabalho, amigos, familiares, religiosos, espaços de convivência, etc).

5. Avaliar risco de suicídio em todo paciente com depressão.

6. Atender os quadros depressivos leves e moderados, sem perda grave de autonomia, já que podem se beneficiar do atendimento realizado pela enfermagem.

7. Desenvolver ações de saúde mental no tratamento dos casos levando em conta: a utilização de Medicamentos:

a) encorajar aderência ao tratamento, monitorizar efeitos colaterais, avaliar resposta ao tratamento, nos casos em que haja necessidade de uso contínuo de medicação psicotrópica, especialmente nos transtornos ansiosos e depressivos;

b) intervenções psicológicas: instituir tratamento de apoio (qualquer paciente em sofrimento psíquico intenso), instituir estratégias de terapia cognitivo-comportamental (depressão, ansiedade), instituir aconselhamento para resolução de problemas (pacientes com grande dificuldade de tomar decisões), encaminhar para aconselhamento especializado ou psicoterapia (pacientes com problemas específicos de natureza inter-pessoal ou familiar severos);

c) medidas de auto-ajuda: encaminhar para grupos de auto – ajuda, estimular ampliação das redes sociais, instruir sobre estratégias alternativas (exercícios físicos, relaxamento/meditação, aromoterapia, biblioterapia, constituição de diário de atividades, etc).

8. Implementar e gerenciar planos de cuidados para pacientes com transtornos mentais severos e persistentes.

Para este grupo de pacientes, altamente vulneráveis, o ideal parece ser a estruturação de programas de cuidados compartilhados envolvendo as equipes de atenção primária e as equipes de saúde mental. Nestes casos, o importante é a definição clara das responsabilidades na condução dos casos por parte de cada equipe. Muitas equipes da atenção primária talvez se sintam mais confortáveis em abordar apenas os aspectos de saúde física destes pacientes, mas outras poderão desenvolver ações mais complexas de cuidado, como:

a) identificar pacientes e organizar revisões regulares de sua situação de saúde;

b) avaliar de forma abrangente o caso, incluindo aspectos sociais e ambientais, estado mental e físico, uso da medicação;

c) avaliar indicação de atendimento especializado; educar e aconselhar os pacientes e cuidadores;

d) auxiliar no gerenciamento das situações de crise.(PEREIRA (2006).

Observa-se que a capacitação do profissional de saúde é essencial para consolidar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica uma vez que oferece condições para que o enfermeiro possa desempenhar com competência as diversas ações de saúde mental.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo tem por objetivo identificar as ações do enfermeiro na área de saúde mental após a reforma psiquiátrica brasileira. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que analisou os artigos científicos publicados entre 2005 a 2013. Para tanto, foi realizado um levantamento na coleção SciELO (“*Scientific Electronic Library Online*”). Foram utilizados os seguintes unitermos ou descritores: “Enfermagem Psiquiátrica”, “Reforma Psiquiátrica” e “Perfil do Enfermeiro na Saúde Mental”. A pesquisa incluiu somente textos publicados em periódicos nacionais.

A revisão narrativa segundo Rother (2007) é adequada para descrever e discutir o desenvolvimento de um tema sob o ponto de vista teórico ou contextual. Possibilita uma consulta atualizada e baseada na interpretação e análise crítica do autor.

Este estudo não envolveu pesquisa com sujeitos, refere-se a trabalho acadêmico de base bibliográfica, sendo assim, foram referenciados todos os autores consultados que se encontram publicados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após serem lidos consecutivas vezes, foi possível elencar o material, extrair dos textos temas de interesse nesta pesquisa e interpretá-los a partir do objetivo proposto.

Foram encontrados 17 referências no ScieELO. Porém, os trabalhos selecionados e analisados no presente estudo reuniram um total de 06 documentos, que apresentaram características iguais às do universo da pesquisa, conforme pode ser observado no Quadro 1.

QUADRO 3 - DISTRIBUIÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DAS AÇÕES DO ENFERMEIRO APÓS A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

AUTORES	ANO	TÍTULO	TEMÁTICA
CAIXETA, C.C.; MORENO, V.	2011	O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde.	Política de saúde mental na Atenção Básica
DIAS, C. B.; ARANHA E SILVA, A. L.	2010	O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial	Ações de enfermagem na assistência à saúde mental.
ESPERIDIÃO, E.; CRUZ M. F. R.;	2011.	Perfil e atuação dos enfermeiros da rede especializada em saúde mental de	Política de saúde mental na Atenção Básica

SILVA, G. A.		Goiânia-Goiás	
FONSECA, A.; LACERDA, M. R.; MAFTUM, M. A	2006	O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família.	Cuidado transpessoal à pessoa portadora de transtorno mental
MACHADO, S. et al.	2006	Liderança em enfermagem psiquiátrica	O enfermeiro como líder no atendimento ao portador de transtorno mental
MENDES, T. H.; CASTRO, R. C. B. R.	2005	Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria	Ações de enfermagem na assistência à saúde mental

A seguir, apresentamos as temáticas que emergiram da análise desses estudos: as ações de saúde mental na Atenção Básica; cuidado transpessoal à pessoa portadora de transtorno mental; o enfermeiro como líder no atendimento ao portador de transtorno mental e; o papel dos enfermeiros que atuam na saúde mental.

Historicamente, o hospital psiquiátrico era o local da assistência àqueles com dificuldade de conviver na sociedade. Porém, atualmente, a sociedade conta com várias modalidades de assistência que pode ser proposto para cada indivíduo, partindo-se da unidade básica até a instituição psiquiátrica. (CAIXETA; MORENO, 2008).

Diante dessa realidade, a enfermagem mudou e vem buscando evoluir constantemente após a Reforma Psiquiátrica. Antes, seguindo o modelo manicomial, a Enfermagem Psiquiátrica era vista pela sociedade como aquela que controla, vigia e reprime, onde o cuidar deveria apenas basear-se em prestar cuidados físicos e exercer vigilância sobre o paciente psiquiátrico.

Era realizada a segregação do doente em uma instituição e com a sua interdição legal, onde este doente era colocado à margem da sociedade como um ser incapaz de pertencer a ela, incluindo o controle à liberdade de expressão, ao direito de ir e vir, de escolher e decidir sobre a sua própria vida, sendo qualificado como doente mental e sob tutela médica. (MENDES; CASTRO, 2005).

O louco era visto como alienado, onde o tratamento consistia em transformá-lo em não louco, visando enquadrá-lo em padrões morais aceitáveis. No tratamento objetivava-se fazer o doente reconhecer sua culpa e para tal eram usados recursos como fazer o doente sentir medo, além de usar métodos punitivos e técnicas disciplinares, onde as ações de tratamento e punição se confundiam .

Com o advento da Reforma, da Luta Antimanicomial e com o processo de Desinstitucionalização que as novas medidas passaram a ser adotadas, acreditando-se que é preciso recuperar o doente, reintegrando-o na sociedade e reconstruindo sua cidadania.

As práticas adotadas anteriormente passaram a ser revisadas e os profissionais atuantes, entre eles a enfermagem, iniciaram um processo de reciclagem adotando uma nova concepção em busca da realização de mudanças.

Ação de Enfermagem na Assistência à Saúde Mental

De acordo com Stuart (2001, citado por Mendes e Castro, 2005) os papéis preconizados do enfermeiro em psiquiatria envolvem:

- criar e manter ambiente terapêutico – aproveitamento de todos os recursos humanos e materiais para oferecer aos pacientes um bom acolhimento, compreensão, apoio, tratamento pessoal, atividades de reestruturação e inclusão na dinâmica global. O ambiente terapêutico compreende em ambiente físico seguro e estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipe e o paciente;

Relação terapêutica – é aquela que estabelece cada membro da equipe com o paciente e sua família e com todo o grupo de pacientes, permite ao paciente adquirir outros padrões de conduta mais adequado aumentando e melhorando a sua capacidade de adaptação, assim como a sua autonomia e independência; - Desempenhar funções de substituto de pessoas significativas;

- Assistir o paciente em seus aspectos somáticos;
- Educar o paciente sobre os fatores que afetam a saúde mental, e auxiliar na aceitação do tratamento e regulamento da instituição;
- Agir como agente socializador;
- Atuar como agente psicoterapêutico através do relacionamento um a um;
- Colaborar na seleção de pessoal para favorecer o relacionamento pessoal de enfermagem e paciente;
- Participar de ações comunitárias e em pesquisas relacionadas á saúde mental para contribuir com desenvolvimento da enfermagem e a utilização racional de recursos no planejamento e realização da assistência;
- Promoção e manutenção da saúde; gerenciamento; usar recursos do meio ambiente de forma terapeutica (ambiente terapêutico); usar de intervenções psicobiológicas; ensino de saúde; fazer intervenção em crise, fazer aconselhamento e visita domiciliar; intervenção através de ação comunitária; consulta e diagnóstico de enfermagem; planejamento, implementação do plano de cuidados e avaliação da assistência;

- Organiza, coordena, supervisiona, orienta e executa serviço de enfermagem psiquiátrica, colaborando no plano médico-terapêutico-profilático, para possibilitar a proteção e recuperação da saúde mental dos pacientes;

- Colabora na relação de pessoal para favorecer o relacionamento do pessoal de enfermagem e paciente. (MENDES E CASTRO, 2005).

Dias, Aranha e Silva (2010) em estudo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II da cidade de São Paulo, entre os meses de outubro de 2003 a fevereiro de 2004, 14 enfermeiros apresentaram as seguintes características a maioria são mulheres (78,54%), e possuem pelo menos 40 de anos de idade, tendo o enfermeiro mais jovem 34 anos e o mais velho 63 anos de idade.

No que diz respeito ao tempo decorrido desde a conclusão da graduação de enfermagem, o intervalo de tempo de formação varia entre 06 e 26 anos, com predomínio dos enfermeiros formados há pelo menos 10 anos (92,82%).

Apesar disso, apenas uma pequena parcela dos enfermeiros possui curso de pós-graduação em saúde mental (21,42%).

Quanto à jornada de trabalho, 06 enfermeiros (43%) trabalham 60 horas ou mais, por semana.

Sobre o trabalho dos agentes de enfermagem de nível superior no Centro de Atenção Psicossocial II as autoras constataram que dos 14 enfermeiros entrevistados, 12 deles (85,78%) não trabalham desde o princípio neste campo.

Com relação à inserção na área de saúde mental, 08 dos entrevistados (57,12%) afirmaram que não tinham nenhum interesse em ingressar nessa área e que só o fizeram por falta de melhores opções, sendo um dos critérios com mais peso nas decisões, a proximidade do serviço com suas residências.

Identificaram ainda que as ações de saúde produzidas pelo enfermeiro abrangem atividades de caráter administrativo e de caráter assistencial.

As atividades administrativas mais citadas foram controle de medicação e do estoque da farmácia; supervisão e orientação da equipe de enfermagem; participação de grupos de discussão com a equipe multiprofissional; confecção de escala e auxílio na direção do serviço, além de controle de estoque da farmácia,

Já as atividades de caráter assistencial obtiveram maior destaque a participação em grupos terapêuticos com usuários e familiares; realização do acolhimento e da escuta do paciente; consulta de enfermagem e visita domiciliar; cuidados de higiene e alimentação e execução de exames.

As autoras observaram que tais profissionais têm dificuldade para definir sua função no processo de produção de saúde num serviço extra-hospitalar, isso porque o conceito que eles têm sobre ser enfermeiro está ligado à prática hospitalar, causando nesse profissional uma distorção na sua identidade profissional.

Já Esperidião, Cruz e Silva (2001) relatam que no período de abril a junho de 2009 dos 22 enfermeiros lotados nos serviços da Rede Especializada em Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia 42,9% possuíam idade entre 30 e 39 anos, sendo o sexo feminino predominante (92,8%).

Verificou-se, ainda, que 78,5% dos enfermeiros possuíam faixa salarial entre três e seis salários mínimos, cujo valor, no momento da coleta de dados, correspondia a R\$ 465,00. Vale destacar que 85% dos enfermeiros trabalhavam em outros locais, sendo que 21,4% exerciam atividades em outros serviços de saúde mental e 71,4% atuavam em instituições de diferentes áreas.

Sobre o trabalho em outras instituições, verificou-se que a maioria dos enfermeiros (64,3%) tem tempo de atuação na área de Saúde Mental entre cinco e nove anos, mantendo-se no mesmo local de trabalho.

Com relação à formação profissional, 64% dos enfermeiros havia se formado há mais de nove anos (10 a 19 anos), o que pode significar relativamente longo tempo de atividade profissional. Acredita-se que as experiências e as vivências do enfermeiro possam contribuir para o processo de planejamento, tomada de decisão e implementação do cuidado em Saúde Mental.

Quanto aos programas educacionais, 92,8% dos enfermeiros informou possuir algum tipo de especialização, sendo que 21% referiram ser em Saúde Mental e 71% possuíam especialização em outra área de conhecimento. (ESPERIDIÃO; CRUZ; SILVA, 2001).

Para que os enfermeiros se especializem é necessário buscar cursos, e isso demanda tempo, que nem sempre é possível devido às demandas do serviço e a política da instituição.

Cuidado transpessoal à pessoa portadora de transtorno mental

Buscando contribuir para o desenvolvimento da prática de enfermagem em saúde mental no contexto domiciliar, convergindo com os princípios da Reforma Psiquiátrica que acontece no Brasil, Fonseca, Lacerda e Maftum (2006), propõem o cuidado de enfermagem transpessoal ao portador de transtorno mental e sua família.

As autoras embasaram a proposta na modelo do Cuidado Transpessoal de Jean Watson e Processo de Clinical Caritas, um modelo emergente de cuidado transpessoal, que se modifica de fatores curativos, os quais dão forma e estrutura à teoria do cuidado humano e auxiliam as enfermeiras na resolução de problemas de forma criativa, entendendo que este modelo era estático e com o avanço em seus estudos, substituiu-o pelo processo de clinical caritas composto por dez elementos de cuidado:

1. Praticar o amor, a gentileza e a equanimidade, no contexto da consciência do cuidado;
2. Ser autenticamente presente, fortalecer e sustentar o profundo sistema de crenças, mundo de vida subjetivo do ser cuidado;
3. Cultivar práticas próprias espirituais e do “eu transpessoal”, ultrapassando o próprio ego;
4. Desenvolver e manter a relação de ajuda-confiança no cuidado autêntico;
5. Ser presente e apoiar a expressão de sentimentos positivos e negativos como conexão profunda com seu próprio espírito e o da pessoa cuidada;
6. Usar-se criativamente e todas as maneiras de conhecer, como parte do processo de cuidar, engajando-se em práticas artísticas de cuidado-reconstituição;
7. Engajar-se em experiência genuína de ensinoapredizagem, que atenda à unidade do ser e dos significados, tentando manter-se no referencial do outro;
8. Criar um ambiente de reconstituição (healing), em todos os níveis, sutil de energia e consciência, no qual a totalidade, beleza, conforto, a dignidade e a paz sejam potencializados;
9. Ajudar nas necessidades básicas, com consciência intencional de cuidado, administrando o que é essencial ao cuidado humano, o que potencializará o alinhamento de corpo-mente-espírito, totalidade e unidade do ser, em todos os aspectos do cuidado;
10. Dar abertura e atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida-morte, cuidar da sua própria alma e daquela do ser cuidado.

Segundo as autoras, embora a enfermagem domiciliar não pretenda abolir a internação, que deve ser assegurada aos pacientes e familiares ao desenvolver o cuidado transpessoal, o enfermeiro coloca a sua humanidade em relação com a humanidade do outro, criando uma oportunidade de atendê-lo em sua integralidade, corpo-mente-espírito. (FONSECA; LACERDA; MAFTUM, 2006).

Política de saúde mental na Atenção Básica

O sofrimento psíquico não se apresenta de forma explícita nos atendimentos de atenção básica, porém, é sabido que em vários quadros orgânicos como diabetes, hipertensão e outros relacionados com fatores psicológicos e sociais como a violência, tem repercussões na vida do usuário e de seus familiares, causando-lhes uma sobrecarga psíquica.

Transtornos mentais comuns são caracterizados por sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, são os mais encontrados na comunidade e causam alto custo social e econômico, pois são incapacitantes, sendo uma das causas relevantes quanto aos dias perdidos de trabalho, o que também elevam a demanda por serviços de saúde. (CAIXETA E MORENO, 2008).

As ações de saúde mental desenvolvidas nas unidades básicas caracterizam-se pela integração da profilaxia e tratamento dentro do limite pertinente de atuação e complexidade.

Através do aproveitamento máximo de cada componente da equipe, visava superar o uso tão freqüente de fármacos, enquanto único recurso, e instituiu a psicoterapia breve como modalidade de tratamento.

Em uma pesquisa realizada em Botucatu no Estado de São Paulo por Caixeta e Moreno (2008), as autoras perceberam que duas características marcavam a atenção primária em saúde mental: as reinternações evitáveis quando se ofereciam um seguimento extra-hospitalar para os egressos e a implantação da equipe multiprofissional, composta por médico psiquiatra, psicólogo e assistente social que atuavam na unidade básica possibilitando a integração da saúde mental com a saúde pública.

Quanto ao enfermeiro, este se encontrava alocado na unidade básica e já atuava no atendimento aos indivíduos, famílias, grupos na comunidade e, desta forma, seria também o profissional que desenvolveria as ações de saúde mental.

De acordo com as autoras uma dificuldade encontrada para a realização de ações de saúde mental e que nas unidades básicas, não existe uma ação programática com relação à saúde mental, mas ações isoladas.

Nas unidades pesquisadas pelas autoras não existe um atendimento específico em saúde mental; as atividades se restringem ao encaminhamento ao serviço especializado em saúde mental, ou a um aconselhamento realizado diante de uma crise ou uma descompensação do paciente.

O atendimento médico visa acompanhar a parte clínica, sendo sua intervenção baseada na queixa apresentada pelo usuário, mas os profissionais das unidades básicas não

proporcionam outras formas de atendimento a sua população adscrita, cuja finalidade do trabalho é a melhora da qualidade de vida e a cura, entendida como a remissão dos sintomas.

Os enfermeiros referem que não existe um atendimento específico em saúde mental; as atividades se restringem ao encaminhamento ao serviço especializado em saúde mental, ou a um aconselhamento realizado diante de uma crise ou uma descompensação do paciente.

É possível observar que não existe ainda a articulação da atenção básica com as ações de saúde mental propostas pela rede, se fazendo necessária como forma de garantir o atendimento de qualidade e os avanços no processo da reforma psiquiátrica.

Observou-se, também, que acolhimento não está colocado como uma ferramenta do cuidado, as facilidades como relação às ações de saúde mental pressupõem a possibilidade de disponibilizar a medicação, sendo, considerada uma atividade de saúde mental. Nas unidades, a inexistência de um local para a realização de grupos, ou salas que são consideradas insuficientes, dificulta o atendimento da população.

Outra dificuldade encontrada para a realização de ações de saúde mental decorre da resistência da equipe em razão do preconceito com o portador de sofrimento mental e outra, decorrente do despreparo para o atendimento. Assim, são sugeridas algumas mudanças para melhorar o atendimento em saúde mental, são elas: capacitação da equipe para atender os usuários, a constituição de grupos, desde aqueles baseados em sintomas até grupos que busquem trabalhar com possibilidades de vida apesar dos quadros clínicos existentes e a retaguarda dos serviços especializados no encaminhamento dos casos de maior dificuldade.

Já Esperidião, Cruz e Silva (2001) ao investigarem a atuação dos enfermeiros da rede especializada em saúde mental de Goiânia-Goiás, identificaram que as ações desempenhadas pelos enfermeiros individualmente estavam majoritariamente direcionadas para o caráter assistencial, embora também fizesse parte da rotina de trabalho as ações educativas e gerenciais.

Em relação às ações de educação continuada, os enfermeiros que atuavam, em Goiânia, nos CAPS desempenhavam a capacitação de técnicos de enfermagem e de cuidadores das residências terapêuticas e os enfermeiros que atuavam no Pronto Socorro orientavam os procedimentos realizados pela equipe.

Na pesquisa realizada Esperidião, Cruz e Silva (2001), verificaram que a maioria dos enfermeiros não tem formação específica na área, faltando-lhes possivelmente preparo técnico ao seu exercício profissional. Tal fato contribui para o envolvimento do enfermeiro

em atividades administrativas e não raro, esquivando-se do cuidado direto ao usuário baseado em preceitos psicossociais.

Os papéis desenvolvidos por enfermeiros com relação as atividades administrativas incluíam procedimentos burocráticos, como confecção de relatórios próprios de Doenças Crônico-degenerativas, infecto-contagiosas; Notificação Compulsória; reunião em outras instituições; Relatório de Atendimento Mensal; Elaboração de Escala Mensal; Organização da unidade no que se refere à enfermagem e posto de enfermagem; Preenchimento de APAC's (Autorização de Procedimento de alto custo).

É possível notar que apesar dos avanços e da introdução de algumas modalidades voltadas para o relacionamento terapêutico, educação e gerência, ainda prevalecem as atividades assistenciais de natureza técnica, tais como verificação de sinais vitais, medidas de higiene e conforto, além da administração de medicamentos.

Essas atividades são pertinentes ao exercício profissional do enfermeiro, mas não devem sobrepor ou se limitar aos cuidados aos usuários dos serviços especializados em Saúde Mental. (ESPERIDIÃO, CRUZ E SILVA, 2001).

Liderança em Enfermagem Psiquiátrica

Segundo Machado et al (2006) o modelo de cuidado psiquiátrico apresentou grande evolução dos anos 90 até a década atual, redescobrimo conceitos e práticas que fundamental o cotidiano da assistência.

Nesse contexto a Enfermagem Psiquiátrica busca a utilização de um Modelo Terapêutico, buscando compreender o paciente e planejar a melhor forma de cuidar.

Entende-se como Modelo Terapêutico um conjunto de referenciais, marcos teóricos que definem posicionamentos relacionados à: noção de sujeito, conceito de saúde doença em psiquiatria, objetivos terapêuticos e questões éticas e filosóficas.

Diante dessa nova realidade, é preciso que a equipe de enfermagem esteja disponível a se comprometer com o paciente, o que pode ser alcançado mediante uma atuação de liderança que estimule a equipe a empenhar-se no bemestar do paciente. Esta atividade envolve habilidades de conhecimento sobre o comportamento humano.

Assim, no contexto do cuidado em Psiquiatria, é imprescindível uma atuação de um líder facilitador, estimulador do trabalho em equipe. Ele deve valorizar as oportunidades de crescimento do grupo em que trabalha pondo em prática suas qualidades individuais, organizacionais e grupais.

Dessa forma, os enfermeiros psiquiátricos precisam ter conhecimentos e estratégias que lhes permitam exercer liderança e autoridade em seu trabalho. Essa liderança tem um efeito sobre os cuidados dispensados aos pacientes, além de reforçar e expandir a contribuição da enfermagem psiquiátrica para o sistema de saúde como um todo.

A Enfermagem Psiquiátrica é um processo interpessoal que promove e mantém uma mudança no padrão de comportamento no paciente. Ela contribui para o seu funcionamento integrado podendo ser dirigida ao indivíduo, à família e à comunidade.

No âmbito desse desafio, é preciso empenho para convencer os pacientes e familiares que a vida deles vale a pena, promovendo uma abertura para novas perspectivas e realidades.

Contudo, observa-se o despreparo profissional frente ao doente psiquiátrico que pode dificultar o tratamento, ao não expressar suas queixas e seus sintomas subjetivos, o que pode gerar sérios prejuízos para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem.

A atuação do enfermeiro que poderá detectar os problemas vivenciados pela sua equipe objetivando oferecer treinamento necessário, criatividade, determinação e responsabilidade para a obtenção de uma assistência de qualidade ao paciente psiquiátrico. (MACHADO et al, 2006).

Entretanto, na prática profissional, o cuidado direto é realizado muitas vezes pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, e a consequência é um afastamento dos enfermeiros deixando uma importante lacuna, não só no cuidado direto ao paciente, mas também na atividade gerencial e de liderança.

Cabe ao enfermeiro a busca constante pela atualização, bem como pelas condições que favoreçam as características ideais para o desenvolvimento da liderança. O sucesso da atuação da equipe de enfermagem e a obtenção da qualidade na assistência estão pautados na busca por objetivos concisos e por uma liderança que permita o crescimento de todos aqueles envolvidos no processo. (MACHADO et al, 2006).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo propôs identificar as ações do enfermeiro da área de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica brasileira. Buscou-se na trajetória desta revisão narrativa, conhecer os pontos importantes sobre as mudanças que ocorrem no exercício profissional do enfermeiro no tocante à assistência do portador de transtorno mental.

Após a Reforma Psiquiátrica, o enfermeiro ganhou um novo campo de ação, surgindo a necessidade de abdicar do modelo manicomial historicamente implantado, para solidificar um modelo de tratamento que investe amplamente na re-inserção do paciente psiquiátrico na sociedade.

Analisando as publicações, foi possível perceber que a enfermagem tem dificuldades na prestação da assistência quando o enfermeiro defronta com alterações de comportamento e quadros patológicos, devido à falta de embasamento teórico-prático.

Também observou-se que prevalece um distanciamento do enfermeiro no contato direto com o paciente, uma vez que é possível que a falta de conhecimento específico sobre a enfermidade do portador de doença mental limite o cuidado dispensado, bem como o preconceito de se aproximar desse paciente.

Então, torna-se indispensável pensar a assistência como uma prática transformadora, diversificando mecanismos e estratégias, para que seja um caminho para o avanço do movimento da Reforma Psiquiátrica.

Assim, é possível perceber a importância da educação continuada bem como a necessidade de estudos realizados pelos enfermeiros, viabilizando treinamentos para equipe de enfermagem, além da reciclagem, para capacitação e motivação dos profissionais e minimizar a deficiência de conhecimentos teóricos e práticos na área.

As mudanças na assistência ao doente mental devem estar relacionadas, principalmente, com o preparo dos profissionais para lidarem com o portador de transtorno mental rompendo paradigmas tradicionais de tratar o sofrimento mental e reconstruindo novos modos de atuação.

Também, a proposta do trabalho em equipe adquire um novo âmbito, no qual todos devem ser estimulados a buscar um crescimento, que certamente será refletido na assistência ao paciente. Assim, atuação do enfermeiro como líder é essencial para o cuidado de enfermagem psiquiátrico. A complexidade do cuidado ao paciente psiquiátrico exige da equipe, elementos como criatividade, determinação e envolvimento, que podem ser

conquistados através do exercício de uma liderança positiva, que estimule o desenvolvimento da equipe.

É importante que o líder reconheça a importância do trabalho em grupo, estimulando o convívio ótimo entre seus membros e exercendo uma liderança concisa, ética e capaz de influenciar os outros, para a superação e alcance dos objetivos determinados.

Espera-se com este estudo, despertar a necessidade da nova prática assistencial de enfermagem, focada na humanização da assistência, no contato direto com o paciente psiquiátrico, além da abordagem do trabalho em equipe como forma de projeto terapêutico.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT) - NBR 14724/2011.

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

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro, 2007.

CAIXETA, C.C.; MORENO, V. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n. 1, p. 179-188, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/LeiPROFISSIONAL.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2013.

DIAS, C. B.; ARANHA e SILVA, A. L. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 469-75, 2010.

ESPERIDIÃO, Elizabeth; CRUZ Maryana Freire Rodrigues; SILVA, Gelda Alves. Perfil e atuação dos enfermeiros da rede especializada em saúde mental de Goiânia-Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 493-01. Jul/set 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a15.htm>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

FONSECA, Ana Lúcia Nascimento, LACERDA, Maria Ribeiro, MAFTUM, Mariluci Alves. O cuidado transpessoal de enfermagem no domicílio ao portador de transtorno mental e sua família. **Cogitare Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 7-15, jan/abr, 2006.

GAMBA, Mônica Antar; BRETAS, Ana Cristina Passarela. **Enfermagem e saúde do adulto**. São Paulo: Manole, 2006.

GIL, A. C. **Técnicas de pesquisa em economia e elaboração de monografias**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

GIRARDE, M. G.G.; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n. 4-, v. 1, p. 10-110, 2006.

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a09.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. Qualidade de vida dos profissionais de Enfermagem. **Publicação do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/Nesco** - Anexo ao Hospital Universitário Regional Norte do Paraná, 2000.

MACHADO, Sabrina da Costa et al. Liderança em enfermagem psiquiátrica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. dez. 2006.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalhos profissionais em enfermagemno trabalho em turnos**. Dissertação (Tese de Mestrado em Engenharia da Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MENDES, T. H.; CASTRO, R. C. B. R. Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria. **Revista de Enfermagem da UNISA**, v. 6, n. 9, p. 94-8, 2005.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra de. **Construindo Saberes em Saúde Mental**. João Pessoa: UFPR/ Editora Universitária, 2002.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 333-340, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório sobre a saúde no mundo, 2001

PAIM, Jarnilson Silva. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS, 2002.

PEREIRA, Alexandre de Araújo. **Proposta educativa em saúde mental para médicos e enfermeiros da atenção primária em Sobral – CE – Brasil**. Mestrado em Educação Médica, Ministério da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba, Havana, 2006.

PESSOTTI, Isaias, **O século dos manicômios**. São Paulo, Ediora 34, 1996

RABELO, Miriam Cristina. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RENNES, Paulo M. R. Notas de um estudo acerca da história da psiquiatria infantil. In: Noção de pessoa e institucionalização dos saberes psicológicos no Brasil. **Cadernos IPUB**, nº 8, 1997. Disponível em: <<http://www.rubedo.psc.br>>. Acesso em: 10 dez 2013.

ROCHA, S. M. M. e ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho em Enfermagem em saúde e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96-101, Ribeirão Preto, dez., 2000.

ROCHA, Sandra de Souza Lima; FELLI, Vanda Elisa Andrés. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 12, n. 1, Ribeirão Preto, jan./fev., 2004.

ROCHA, Ruth Mylius, **Enfermagem em saúde mental**. 2. Ed., Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008.

RODRIGUES, Cássia Regina; FIGUEIREDO, Marco Antonio de Castro. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, Natal, jan./abr. 2003.

ROSA, Lúcia Cristina. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

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

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática x revisão narrativa. Editorial. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(2): v, vi.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sonia. . Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde/doença na vivência do cotidiano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 73-81, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

WIKIPÉDIA. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org>>. Acesso em: 15 dez. 2013.