

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**O cuidado prestado pelo enfermeiro nos Centros de Referência em
Saúde Mental de Belo Horizonte**

Sandra Miramar de Andrade Pinheiro

Belo Horizonte

2011

Sandra Miramar de Andrade Pinheiro

**O cuidado prestado pelo enfermeiro nos Centros de Referência em
Saúde Mental de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Professora Dr^a Alda Martins Gonçalves

Co-orientadora: Professora Dr^a Kênia Lara da Silva

Belo Horizonte

2011

Pinheiro, Sandra Miramar de Andrade.

P654c O cuidado do enfermeiro nos Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte [manuscrito]. / Sandra Miramar de Andrade Pinheiro. - - Belo Horizonte: 2011.

135f.: il.

Orientadora: Alda Martins Gonçalves.

Co-Orientadora: Kênia Lara da Silva.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Enfermagem Psiquiátrica. 2. Saúde Mental. 3. Serviços de Saúde Mental. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Gonçalves, Alda Martins. II. Silva, Kênia Lara da. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WY 160

Sandra Miramar de Andrade Pinheiro

**O cuidado prestado pelo enfermeiro nos Centros de referência em Saúde
Mental de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais visando à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Profa. Dra. Alda Martins Gonçalves - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Orientadora)

Profa. Dra. Kênia Lara da Silva - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Co-orientadora)

Profa. Dra. Roseni Rosângela de Sena - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Banca examinadora)

Profa. Dra. Amanda Márcia dos Santos Reinaldo - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Banca examinadora)

*Dedico esse trabalho aos que compartilham
das minhas alegrias, vitórias, dores e incertezas.*

São as dádivas da minha vida: Paulo, Augusto,

Júlia e Mateus.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela generosa companhia, silenciosa e amiga.

À minha orientadora Alda, por sua acolhida carinhosa que permitiu a minha incursão no mestrado o aprendizado consciente, por seu rigor na escrita.

À co-orientadora Kênia Lara, por sua persistência e sábia assistência nessa trajetória. Agradeço a forma lúcida, ousada e criativa na construção das idéias.

Ao meu esposo Paulo, pela compreensão em relação às horas de ausência e por sua paciência em partilhar e administrar as faturas e as carências.

Ao meu filho Augusto, pela participação atenciosa, pela palavra lúcida e olhar afetivo um jeito próprio de conduzir-se na vida.

À minha filha Julia, companheira e amiga, rigorosa e metódica nas correções.

Ao meu filho Mateus, por sua alegria, ternura e criatividade, em todos os momentos.

À minha sobrinha Samantha, companheira incansável que tem uma tarefa infinita de me incentivar.

Ao meu sobrinho Leandro, pelas correções rigorosas e atentas, sempre dedicado.

Às amigas: Norma, as Reginas, Helena, Andréia – representam o oásis na terra sedenta.

Aos colegas da PUC: Écio, Wilma, Consolação, Robson, Marli, Mônica, Betinha, Carminha, Fernanda, Telma, Regina e os do 8º período de enfermagem, pelo apoio, companheirismo e entusiasmo, o prazer e alegria da convivência.

Às minhas irmãs Márcia e Maria José, pela força e incentivo, carinho tão precioso em todos os momentos de minha vida.

A Jader e Tatiana, pelas discussões calorosas na construção efetiva do projeto e da dissertação do mestrado.

À Coordenação de Saúde Mental da Prefeitura de Belo Horizonte, pela acolhida, apoio e incentivo para a construção da pesquisa.

Aos colegas do mestrado, a oportunidade da convivência e alegria do aprendizado.

Aos professores do mestrado minha admiração pela competência e dedicação.

Aos enfermeiros sujeitos da pesquisa, pela atenção e generosidade nas informações.

Aos meus queridos alunos, que estão sempre presentes no meu dia a dia apostando e incentivando minha trajetória.

Aos funcionários da biblioteca da Face, pela atenção, carinho e entusiasmo.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente, minha eterna gratidão.

“ A sabedoria é sem limites, e quanto mais alguém se aproxima dela, mais importante ela se tornará para a vida.

Todo indivíduo pode sempre aprimorar-se”

Tolstoi

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o cuidado prestado pelo enfermeiro nos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) no município de Belo Horizonte, MG. Buscou-se identificar as práticas do enfermeiro que caracterizam o cuidado no CERSAM e os fundamentos teóricos e metodológicos dessas práticas. Adotou-se a metodologia qualitativa, fundamentada no referencial teórico da dialética focada na perspectiva histórico-social. Na coleta de dados, foram realizadas sete entrevistas com enfermeiros atuantes na assistência do CERSAM, bem como registros na forma de notas em diário de campo. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo. Desta forma, revelaram-se temas que possibilitaram o reconhecimento de três categorias empíricas: O fazer dos enfermeiros nos CERSAMS; Os saberes que fundamentam o cuidado do enfermeiro nos CERSAM; Os desafios e possibilidades na execução do cuidado do enfermeiro no CERSAM. Os resultados indicam que os enfermeiros atuam em uma base tecnológica que compreende o acolhimento à crise, atuam como técnicos de referência atendem às famílias dos pacientes e realizam a gerência da assistência à equipe de enfermagem. Em sua prática, orientam-se pelos fundamentos teóricos da teoria das necessidades humanas básicas, pelos referenciais da reabilitação psicossocial e por conhecimentos da psiquiatria, da psicanálise e da Atenção Psicossocial. Conclui-se que os enfermeiros convivem com o desafio de conciliar as ações cuidadoras com o gerenciamento da assistência, desafio este possibilitador de avanços para o cuidado e para a categoria de enfermagem na busca de um novo modelo de cuidado nos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Enfermeiro psiquiátrico. Saúde mental. Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

This study has the objective of analyzing the care provided by the nurse practitioner in Reference Centers for Mental Health (CERSAM, in Portuguese abbreviation) of the city of Belo Horizonte (Minas Gerais, Brazil). It sought to identify the practices of the nurse that characterize the assistance in CERSAM and the theoretical and methodological fundamentals of those practices. The method used has been qualitative research, founded on the theoretical basis of Dialectic focused on the socio-historical perspective. The data collection consisted of seven interviews with nurses working in CERSAM assistance, as well as of records in form of field notes. To construct the empirical categories, it was used the technique of content analysis based on the apprehension of the themes contained in the data from the interviews. The analysis has revealed themes that made possible recognizing three empirical categories: The doing of the nurses in CERSAM, The knowledges that fundament the care by the nurse in mental health; The challenges to the nurse when providing care in mental health. The results of the study indicate that the nurses act on a technological basis that comprehends the harboring during the crisis, act as reference technicians, attend the families of patients, and perform the management of assistance to the nursery team. In their practice, they orient themselves by the fundamentals of basic needs theory, the references of psychosocial rehabilitation, and the knowledge from Psychiatry, Psychoanalysis and Psychosocial Attention. Those practitioners face daily the challenge of conciliating the actions of care with the management of assistance, challenge which enables advances to the care and to the professional category.

Keywords: Psychiatric nurse. Mental health., service of mental health.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1: Relação dos enfermeiros dos CERSAM.....	47
QUADRO 2: Relação das categorias empíricas e subcategorias identificadas na análise das entrevistas.....	53
FIGURA 1: Modelo de atenção em saúde descrevendo a relação das equipes técnicas em ações de saúde, com o núcleo específico e comum.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção básica
AC	Análise de conteúdo
APS	Atenção Psicossocial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CC	Centro de Convivência
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Serviço Social
ESF	Equipe de Saúde da Família
MG	Minas Gerais
MRPB	Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PSF	Programa da Saúde da Família
RP	Reforma Psiquiátrica
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
UBS	<i>Unidade Básica de Saúde</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	22
3. REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 O cuidado na história da loucura: breve revisão.....	23
3.2 O cuidado na perspectiva das teorias da enfermagem psiquiátrica	31
3.3 O cuidado de enfermagem em Saúde Mental nos Serviços Substitutivos	36
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	42
4.1 Referencial teórico filosófico e metodológico	43
4.2 Cenário do estudo	46
4.3 Sujeitos da Pesquisa.....	47
4.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados.....	49
4.5 Aspectos éticos	49
4.6 Organização e análise dos dados	50
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
5.1 O fazer do enfermeiro no CERSAM.....	53
5.1.1 Núcleo específico do cuidado dos enfermeiros no CERSAM: Gerência da assistência	75
5.2 Saberes que fundamentam o cuidado do enfermeiro no CERSAM	81
5.3 Os desafios e possibilidades na execução do cuidado do enfermeiro nos CERSAM..	97
5.3.1 Uma nova dimensão para o cuidado do enfermeiro no CERSAM	98
5.3.2 Desafios relacionados ao cuidado do usuário, à instituição e à equipe de enfermagem	101
5.3.3 Desafios da Formação e Educação Permanente.....	111
6. SÍNTESE PROVISÓRIA	115
7. REFERÊNCIAS.....	121
APÊNDICES.....	128
Apêndice A.....	129

Apêndice B	130
ANEXOS	133
Anexo A	134
Anexo B	135

1. INTRODUÇÃO

A proposta de realizar este trabalho vai ao encontro de minhas inquietações que se iniciaram no período estudantil, ainda como aluna do curso de graduação em enfermagem.

Na década de 70, vivenciei a experiência de trabalhar como acadêmica estagiando em um hospital psiquiátrico por um período de três meses. Naquele momento, constatei a fragilidade das minhas informações teóricas referenciadas em preconceitos e crenças e a inabilidade técnica para acolher o paciente portador de transtorno mental¹ de forma terapêutica e efetiva. Foi possível naquele momento constatar as condições degradantes daqueles espaços, que segregavam e excluía o portador de transtorno mental do seu meio social e a ausência da família no tratamento. Inquietava-me a prática da enfermagem mediada por uma linguagem intuitiva e acrítica na execução do cuidado. Essa situação motivou-me a trabalhar como enfermeira em hospital psiquiátrico, sendo uma instituição privada e outra pública. Busquei também ampliar os meus conhecimentos realizando a especialização em enfermagem psiquiátrica.

Naquele período, participei do processo da transformação do modelo assistencial prestado ao paciente usuário do serviço, acompanhando as mudanças que foram impulsionadas pelos movimentos para reorientação da assistência psiquiátrica. De acordo com Amarante (1995) essas reformas iniciaram no interior do hospital, a saber: a psicoterapia institucional na França e as comunidades terapêuticas na Inglaterra. Outras reformas ocorridas, privilegiando os espaços extramuros dos hospitais, foram a psiquiatria de setor na França e a psiquiatria preventiva nos Estados Unidos. As reformas que propunham uma ruptura com o hospital psiquiátrico foram a psiquiatria democrática italiana e a Antipsiquiatria na Inglaterra.

¹ Neste trabalho, vamos utilizar a expressão Transtorno Mental conforme classificação do DSM – IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Desordens Mentais) e CID -10 (Classificação Internacional de Doenças) realizadas pela OMS (Organização Mundial da Saúde). Assim, tal expressão é aqui utilizada para se referir ao conjunto de sintomas que geralmente envolvem sofrimento pessoal e interferência nas funções que o indivíduo necessita exercer em sua vida. (BRASIL, 2001).

As reformas no campo da psiquiatria caracterizaram-se como projetos de reconstrução social no pós-guerra, especialmente nos anos de 1960 e 1970. Os principais processos da reforma psiquiátrica ocorridos no interior das instituições apresentavam premissas semelhantes, ao considerar que os hospitais tinham uma hierarquia autoritária entre trabalhadores e portadores de transtornos mentais, os quais também estavam adoecidos, requerendo tratamento.

As reformas extra-hospitalares da psiquiatria de setor e preventiva buscaram alternativas à internação psiquiátrica valorizando os aspectos psicossociais, a territorialização e as contribuições comunitárias. Eram inovadores; contudo, o hospital continuava sendo o espaço imprescindível ao tratamento do portador de transtorno mental.

As reformas na assistência psiquiátrica chegaram ao Brasil, possibilitando transformações que ocorreram com a implantação das comunidades terapêuticas, os atendimentos ambulatoriais, os grupos terapêuticos e o trabalho em equipe.² Nesse momento, trabalhando em hospital psiquiátrico, participei da experiência de implantação das comunidades terapêuticas, envolvendo-me com as novas propostas assistenciais. Contudo, as mudanças eram insuficientes para a transformação do modelo assistencial, que atingira condições insustentáveis.

No final dos anos setenta, grupos de trabalhadores insatisfeitos com a situação vigente dos hospitais instituíram o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental – MTSM (BRASIL, 2005). O movimento ganhou legitimidade ao envolver outros atores sociais, gerando debates, denúncias e mobilizações. Um grande marco foi o III Congresso Mineiro de Psiquiatria ocorrido em Belo Horizonte em 1979 com a presença do psiquiatra italiano Franco Basaglia, ampliando as discussões e atingindo a opinião pública (LOBOSQUE, 2001).

Na década seguinte as mudanças tornaram-se mais acentuadas, tomando como referência o modelo da psiquiatria democrática italiana que propugnava uma ruptura com as práticas anteriores, denominada desinstitucionalização. Para Rotelli et al. (1990), a desinstitucionalização é um processo social que mobiliza atores sociais para transformar as relações de poder que se tornaram crônicas no hospital psiquiátrico. Para tanto, promove uma ruptura e desmonte das concepções, dos

² Nesse estudo, o trabalho em equipe é compreendido como uma estratégia criada pelo homem para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços (PINHO, 2006).

saberes científicos e legislativos, bem como das práticas entre a instituição e os usuários.

Inspirada nas experiências italianas e seguindo o compromisso firmado na assinatura da Declaração de Caracas, na década de 1990, inicia-se no Brasil a implantação da rede extra-hospitalar para a substituição dos leitos psiquiátricos por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e hospitais-dia (BRASIL, 2005).

Em 2001, a Lei Federal 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, alinhadas com as diretrizes da Reforma psiquiátrica, redirecionam a assistência em Saúde Mental culminando com as Políticas Nacionais de Saúde Mental e impondo um novo ritmo de mudanças na assistência psiquiátrica (BRASIL, 2005).

As principais propostas envolvem vários campos do cenário social. Para Amarante (1999), no campo técnico conceitual estas mudanças propunham a desconstrução e reconstrução do saber psiquiátrico. No campo técnico assistencial, as mudanças direcionaram-se para a prática do acolhimento, o cuidado e a construção de espaços de sociabilidade. No campo jurídico-político, orientaram-se para o exercício da cidadania dos sujeitos e no campo sociocultural, a transformação das práticas sociais materializou-se na forma de lidar com a loucura.

Nesse contexto, o cuidado na Saúde Mental redireciona-se e passa a ser compreendido como uma atitude de envolvimento do profissional cuidador para com o outro, assumindo uma postura acolhedora, respeitando a singularidade. Desta forma, respeita a subjetividade do usuário, objetivando a sua inclusão social. Pois cuidar é uma atitude de responsabilização que “pode ser pensada como uma atitude de implicação, do tipo ‘tudo o que diz respeito a este sujeito me importa, me diz respeito diretamente’” (BARROS, OLIVEIRA & SILVA, 2007).

Para atender as novas demandas, foram implantados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Esses serviços são equipamentos que garantem atenção integral e substitutiva ao hospital psiquiátrico, com ações territoriais e comunitárias como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), ambulatórios e atenção básica que objetivam a reintegração social das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em Belo Horizonte optou-se pela implantação de uma rede de serviços em Saúde Mental: Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centros de Convivência (CC), Equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Essa estratégia iniciou-se em 1992, com a implantação do primeiro CERSAM no Município (PEQUENO, 2002).

Os serviços substitutivos em Saúde Mental propõem-se a promover a autonomia do usuário via relação intersubjetiva pautada na ética, objetivando a sua inserção social e estabelecem na organização do trabalho relações horizontalizadas. Esses serviços devem nortear-se por um modelo assistencial humanizado, participativo, que valoriza a vida e as suas produções, ampliando o conceito de saúde – vista não mais como ausência de doença, mas como um processo de produção de qualidade de vida, enfatizando as ações integrais e promocionais de saúde (BRASIL, 2001).

Contudo, a implantação das Políticas de Saúde Mental é permeada por desafios, dentre os quais o Ministério da Saúde destaca a formação de recursos humanos para prestar assistência ao usuário com transtorno mental, incorporando um saber-fazer em novas bases tecnológicas do cuidado neste campo (BRASIL, 2005). Entende-se por base tecnológica um conjunto de saberes e instrumentos, objetos materiais, com funções técnicas e representadas como os meios necessários para a produção de diferentes possibilidades técnicas que cria um campo intersubjetivo, com significado social inerente (GONÇALVES, 1994).

Outro desafio apontado encontra-se na necessidade de produção teórica, de investigações científicas e epidemiológicas relativas aos novos dispositivos denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de convivência (CC) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Como sua implantação é recente, torna-se relevante os estudos sistematizados referendando as discussões acadêmicas (BRASIL, 2005).

Considerando que as ações de cuidado dispensadas aos usuários com transtornos mentais são efetivadas pela equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, depreende-se que essas práticas devam ser referenciadas na Política Nacional de Saúde Mental. Evidencia-se, assim, que a formação continuada de recursos humanos, especificamente, na enfermagem, bem

como a pesquisa e as publicações no campo da saúde mental tornam-se metas a serem alcançadas pelas instituições e pelos serviços.

Prosseguindo o meu percurso profissional, em 2003 ingressei na docência acompanhando alunos no campo de estágio na disciplina enfermagem psiquiátrica e saúde mental em um serviço substitutivo, no município de Betim, podendo assim acompanhar as novas abordagens e as transformações esperadas na atuação da enfermagem.

Em seguida, passei a acompanhar alunos em campo de estágio em hospital psiquiátrico, no município de Belo Horizonte. Na experiência docente, deparei-me com as inquietações dos alunos e seus diversos sentimentos de estranheza e indagações sobre o fazer e o saber que fundamentam o cuidado em saúde mental. Essas inquietações tomaram corpo, constituindo o cerne desta pesquisa.

Estes antecedentes permitem o meu caminhar nesse universo discutindo impasses, avanços, construções e desconstruções vividas pelo enfermeiro na prestação do cuidado a pessoa com transtorno mental. Tais sentimentos me impulsionaram a buscar conhecimentos para aprofundar, explorar e delimitar os campos de saberes do enfermeiro.

Considerando o novo contexto da reforma psiquiátrica e as novas abordagens espera-se que o cuidado prestado pelo enfermeiro seja sustentado em saberes e fazeres que conformem a base tecnológica do cuidado em saúde mental.

Visualiza-se que a ação esperada do enfermeiro no novo modelo de saúde mental amplia o núcleo das suas competências e redireciona-se da noção de cura para a noção de reabilitação psicossocial, que valoriza o indivíduo como participante principal do tratamento, incentivando a participação da família e sociedade.

O cuidado do enfermeiro na perspectiva do novo modelo em saúde mental amplia-se e adquire complexidade. Dentre as funções exigidas do enfermeiro, está a de assumir a função de técnico de referência na condução dos casos clínicos. Ser técnico de referência significa tornar-se responsável pela atenção integral do usuário, cuidar de todos os aspectos de sua vida, elaborar o seu projeto clínico, buscar outros recursos terapêuticos quando necessário e, sobretudo, assumir a responsabilidade principal pela condução do caso (BRASIL, 2007).

Contudo, a mudança do modelo caracterizado pela segregação e exclusão para outro, que promove a inclusão e a cidadania, não se efetua de forma linear.

Pesquisa realizada por Oliveira e Alessi (2003) aponta que os enfermeiros vivem um momento de transição entre uma prática orientada culturalmente para silenciar e conter o comportamento e a nova prática interdisciplinar, que privilegia a escuta, a demanda, o vínculo e a construção.

Para Stefanelli, Arantes e Fukuda (2008) essa transição constitui um período crítico para a profissão, mas favorável para o conhecimento. Pois tal transição é vivida pelos enfermeiros como um momento de tensão, pelas indefinições, inseguranças e dificuldades em assumir os novos papéis. Para as autoras, esta tensão é ocasionada por múltiplos fatores, dentre os quais se destacam o preconceito, o medo e a falta de integração dos conceitos básicos de saúde mental com a formação geral. São mencionadas, ainda, a formação do enfermeiro na graduação e a pouca familiaridade com a saúde mental, resultante de carga horária reduzida para a fundamentação teórica e atividades práticas. Desta forma, o enfermeiro, ao buscar conciliar a absorção do conhecimento proposto pela reorientação do modelo em saúde mental e os valores centrais da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, perde sua identidade e visibilidade. Nessas circunstâncias, pode-se afirmar que o cuidado realizado pelo enfermeiro em saúde mental torna-se um desafio.

Os desafios vividos pelos enfermeiros são relatados nas pesquisas realizados por Maia e Pavarini (2001), Silveira e Alves (2003) e Araújo e Botti (2008). Essas autoras apontam dificuldades nomeadas pelos enfermeiros no seu fazer em serviços substitutivos, notadamente a insegurança na responsabilização e condução do caso clínico, pela indefinição do seu papel. Sentem-se confusos em sua atuação, assumem atividades burocráticas, expressam dificuldades em assumir as novas funções. Esses aspectos resultam em impasses na relação com a equipe, com o paciente e a família deste.

As autoras Oliveira e Alessi (2003) descrevem contradições relacionadas com a formação profissional, destacando o distanciamento dos conteúdos curriculares com a prática cotidiana. Para as autoras, existem indefinições desses profissionais sobre as suas ações como agente terapêutico, o que os leva a privilegiar, na sua atuação, o desempenho de atividades burocrático-administrativas.

Pesquisa realizada por Lucchese (2007), sobre o ensino e a prática do enfermeiro em saúde mental, aponta impasses vividos por estes profissionais com

as políticas de saúde mental, decorrentes de aspectos deficitários no âmbito de sua formação. Esses aspectos possibilitam a formação de profissionais acríticos e pouco atuantes politicamente.

A operacionalização do cuidado em saúde mental torna-se um desafio para o enfermeiro que tem uma formação historicamente direcionada ao cuidado do corpo na dimensão biológica, e uma prática administrativa burocrática, distanciada do usuário.

Desta forma, as estratégias para trabalhar na proposta atual da Saúde Mental não se inscrevem nos meios efetivamente existentes, uma vez que a formação e a prática não asseguram uma definição do papel do enfermeiro no novo modelo da saúde mental (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Portanto, torna-se necessário, pesquisar, conhecer e analisar o cuidado do enfermeiro em saúde mental em outros serviços.

Nesse sentido, a análise histórica da implicação do enfermeiro na Saúde Mental aponta para indefinições dos aspectos que constituem a base tecnológica da profissão. Assim, verifica-se que a necessidade da condução clínica do caso, como técnico de referência, não o deslocou da posição tradicional da gestão administrativa do serviço. A partir dessa observação surgem duas questões relevantes:

1. Que práticas caracterizam o cuidado do enfermeiro em Saúde Mental no CERSAM?
2. Quais pressupostos teóricos e metodológicos fundamentam o cuidado prestado pelo enfermeiro nos CERSAM?

Estas questões orientaram a construção do referencial teórico e metodológico deste estudo. O texto está organizado da seguinte forma:

A primeira parte apresenta uma revisão teórica sobre as implicações da história da loucura à Reforma Psiquiátrica, no que se refere ao cuidado do enfermeiro.

Na segunda parte, faz-se uma descrição do percurso da pesquisa e da escolha da abordagem qualitativa, ancorada na corrente teórico-metodológica da dialética. Ainda neste campo, expõem-se os procedimentos de coleta e análise dos

dados, que tiveram como referência a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009).

Na terceira parte estão apresentados os resultados da pesquisa, divididos em três categorias e quatro subcategorias: Categoria 1- O Fazer do enfermeiro no CERSAM, que inclui a subcategoria; Núcleo específico do fazer do enfermeiro: gerência da assistência; Categoria 2 - Os saberes que fundamentam o cuidado do enfermeiro nos CERSAM; e Categoria 3 - Desafios e possibilidades na execução do cuidado do enfermeiro no CERSAM, que inclui as subcategorias; Uma nova dimensão para o cuidado do enfermeiro no CERSAM e Os desafios relacionados ao cuidado, à instituição e à equipe de enfermagem e os desafios da formação e educação permanente.

Os resultados deste estudo possibilitam uma orientação para as práticas de cuidado do enfermeiro em Saúde Mental, discussões nos órgãos de formação, na academia e delineiam uma perspectiva para novas pesquisas.

Nesse sentido, espera-se que o enfermeiro analise as suas práticas referenciando-as teoricamente e posicione-se de forma crítica na equipe, tendo clareza e segurança do seu papel para não repetir o velho modelo condicionado de muitas décadas. A apreensão desse novo saber e fazer pelo enfermeiro configura-se como um objetivo a ser alcançado pela categoria.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar o cuidado do enfermeiro em Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) no município de Belo Horizonte.

Objetivos Específicos

- Identificar as práticas do enfermeiro que caracterizam o cuidado em saúde mental no CERSAM.
- Identificar os fundamentos teóricos e metodológicos do cuidado em saúde mental realizado pelos enfermeiros no CERSAM.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O cuidado na história da loucura: breve revisão

O conceito de cuidado vem sendo construído e reconstruído na prática do enfermeiro em saúde mental em consonância com a própria história da loucura. A ampliação da compreensão do homem sobre o fenômeno da loucura, bem como a tolerância da sociedade com o diferente, teve implicações diretas sobre a forma de tratar e cuidar.

Humerez (1990) faz uma descrição sobre a loucura e as práticas utilizadas para o seu enfrentamento nas sociedades primitivas. Para a autora, inicialmente, esta foi compreendida como um processo mágico e religioso. A loucura representava um castigo dos deuses e o louco era possuidor de uma proteção divina ou estava sobre a influência sobrenatural. Assim, era tratado por sacerdotes e feiticeiros.

Silva e Fonseca (2003) relatam que na antiguidade Greco-romana a histeria, foi descrita por Galeno e Hipócrates como um descolamento do útero. Hipócrates foi o primeiro a descrever a loucura de forma orgânica, provinda do cérebro, e era representada pelo desequilíbrio entre os quatro humores (bílis amarela, verde, potuita e sangue). Os cuidados empregados para sua cura consistiam em massagens corporais, dietas, passeios e viagens, unguentos para o retorno do útero e até o matrimônio.

Segundo Foucault (1984), antes do século XVIII a loucura era vista como pertencendo às quimeras do mundo; era possível a convivência do seu portador com a sociedade e só havia separação em casos extremos e perigosos. Os espaços terapêuticos eram relacionados à natureza, considerada como a forma visível da verdade, contendo o poder de dissipar o mal e as fantasias. Nesses casos, os cuidados prescritos, de acordo com o autor, eram passeios, viagens, o repouso e o retiro.

De acordo com Silva e Fonseca (2003), na Idade Média desenvolveu-se outra forma de tratar a loucura, com a criação da Inquisição, uma forma cruel de silenciar aqueles que detinham os saberes laicos e ameaçavam o saber do clero.

Para Foucault (2002), já no final do século XV a loucura era demonstrada na Nau dos Loucos, um barco estranho que desliza pelos rios de cidade em cidade conduzindo uma carga insana. Os loucos tinham uma existência errante e tornavam-se prisioneiros da sua própria partida. Para o autor, na Renascença do século XVI a loucura foi denunciada: nas festas, aparecia nas farsas e nas sátiras, ou na forma simplória ou ainda, na figura do bobo. Para Rezende (1987), esta forma de ser, caracterizava o homem sem regras, sem método ou instrução e, portanto, conduzido por sua própria natureza. A loucura fazia parte do indivíduo nas suas fraquezas, ilusões e sonhos e era permitido o seu convívio social.

Os estudos de Foucault (1984) revelam que o louco inicialmente não era internado, pois a loucura era interpretada como erro e ilusão, enquanto que o hospital era uma instituição de assistência aos pobres, um lugar para morrer e também de separação e exclusão.

Contudo, o nascimento da consciência crítica no século XVII estabeleceu uma relação trágica entre a sociedade e o louco, que foi excluído do meio social e encarcerado. A era clássica, silenciou a loucura, localizou-a fora do domínio do indivíduo, ao converter a sua verdade, na sua própria razão (FOUCAULT, 2002). Em nome da racionalidade do homem é que se instituiu o direito de aprisionar os desarrazoados, pois se constatou que havia uma desordem no modo de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre.

Para Rezende (1987), essa racionalidade significou o estreitamento dos horizontes da loucura e a ampliação da norma, da virtude e parcimônia. A loucura foi, portanto, isolada, segregada, surgindo assim as várias casas de internamento com implicações políticas, sociais, religiosas e morais. O tratamento nestes casos consistia em conduzir o louco ao retorno da sua razão subjungando o seu caráter.

Para Foucault (1984), significava vencer suas pretensões, domando os seus arroubos, quebrando o seu orgulho, impondo-lhe novos hábitos morais e culturais. Para o autor, estabelecia-se uma relação de poder sobre o louco, os poderes externos com relação a ele e o poder terapêutico de adestramento. As estratégias utilizadas para esse fim consistiam em reeducá-lo pela via da religiosidade e da moral (FOUCAULT, 2002).

Segundo Amarante (1995), o final do século XVIII foi marcado pelas idéias iluministas. Pinel libera os loucos das grades, mas aprisiona-os aos saberes,

discursos e práticas da psiquiatria médica. Nesse sentido, captura a loucura para o campo médico, que dizia a verdade sobre a doença e submetia a vontade deturpada do doente à sua (FOUCAULT, 1984). O tratamento oferecido aos pacientes tinha um caráter moral, sustentado em três premissas básicas: o isolamento do mundo externo; a organização do espaço hospitalar; e a manutenção da disciplina pela submissão à autoridade, visando a correção dos comportamentos e sintomas apresentados (FOUCAULT, 2002).

Nesse contexto, o cuidado de enfermagem foi marcado pela moral pineliana e consistia em cuidar dos corpos, higienizando-os em obediência ao mandato social médico (CAMPOS; BARROS, 2000). Para Vasconcelos (2006), os internos perdiam os seus direitos civis e políticos não se submetendo ao pacto social do Iluminismo.

De acordo com Amarante (2005), a psiquiatria surge no manicômio com Pinel, que estabelece as primeiras classificações modernas baseadas nos sintomas das doenças e sua evolução. Somando os conhecimentos da psicopatologia e da psicofarmacologia, constituiu a base da Psiquiatria clássica, que representou a referência teórica do modelo manicomial durante décadas, orientando práticas de reclusão. Constata-se que, basicamente, o modelo de assistência à doença mental centrado na exclusão social e no hospital psiquiátrico consolidava-se e que até os dias atuais ainda se encontra presente na sociedade.

No período pós-guerra, iniciam-se as críticas à estrutura asilar referentes ao tratamento oferecido, caracterizado pelo isolamento e por condições insalubres. Surgiram então os primeiros movimentos de reforma psiquiátrica. Inicialmente, as reformas foram realizadas dentro da instituição psiquiátrica: a Psicoterapia Institucional e as comunidades terapêuticas buscavam tratar o ambiente hospitalar, que era visto como doente, fazendo-se necessário torná-lo terapêutico (AMARANTE, 1995). Outras experiências surgiram, buscando tratar o paciente fora da instituição psiquiátrica: a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva. Para Humerez (1990), embora o eixo da assistência se direcionasse para o espaço extra-hospitalar, essas experiências elegiam o hospital como local necessário ao tratamento e a cura.

Para Amarante (1995), o movimento da psiquiatria italiana operou a ruptura com o hospício e todas as formas de segregação, levando à criação de dispositivos substitutivos, o que influenciou outros países europeus e também o Brasil.

Rezende (1987), ao fazer um recorte histórico da loucura no Brasil, relata que inicialmente era permitida a participação dos loucos na vida social. Os pacientes que não se encontravam agitados perambulavam pelas ruas e os violentos eram presos nas cadeias. Com o incremento da produção social e econômica do país, o louco, juntamente com a população vadia e desempregada, tornou-se um incômodo que foi necessário reprimir. Para tanto, utilizaram-se medidas coercitivas. Assim, os loucos foram conduzidos aos hospitais e excluídos socialmente. As primeiras internações obedeciam a um reordenamento social, pelas vias da repressão e correção para os desordeiros, vagabundos, mendigos e anti-sociais. Desse modo, a exclusão e a repressão caracterizaram a tendência central da psiquiatria brasileira.

A assistência de enfermagem psiquiátrica prestada no hospital de alienados mentais no Rio de Janeiro no ano de 1852 era realizada por auxiliares e atendentes de enfermagem e caracterizava-se pela violência, maus tratos e a ausência de qualquer tratamento humanizado (ROCHA, 1994). Para a autora, a equipe de enfermagem incluindo-se o enfermeiro, mantinha-se distante do paciente. Nesse sentido, suas ações atendiam o mandato social vigente – exclusão e reclusão de seus desviantes.

Em 1903, a psiquiatria nascente no Brasil, reivindica o controle das instituições expulsando as irmãs de caridade dos hospitais por elas gerenciados e os médicos assumem o poder (ROCHA, 1994). Entretanto, o tratamento permanecia restrito ao interior do asilo, ancorado na Psiquiatria, que atendia a uma determinada organização social naquele momento da história.

Para Amarante (1995) o tratamento oferecido ao paciente centrado no modelo médico perdurou até a década de 50, quando as denúncias de superlotação, deficiência de trabalhadores e maus tratos chegaram a público. Os movimentos pré-reformistas reconhecidos no cenário mundial contestando os saberes e as práticas da psiquiatria apontavam para uma reforma na assistência e um rearranjo técnico-científico da psiquiatria (AMARANTE, 1995). A enfermagem passou por uma adequação na sua forma de assistir agregando os novos saberes, agora somado aos saberes da psiquiatria dinâmica e democrática italiana (CAMPOS; BARROS, 2000).

De acordo com Rezende (1987), nas décadas de 1960 e 70 a situação dos hospitais públicos continuava caótica, pela ausência de condições físicas,

superlotação e maus tratos. Esse quadro favoreceu a entrada da assistência psiquiátrica privada, culminando com a contratação de leitos privados pelo Estado brasileiro. Contudo, a assistência prestada à pessoa com transtornos mentais nos hospitais privados era semelhante à dos públicos, o que posteriormente culminaria com a ruptura do modelo hospitalocêntrico.

Esta situação de insatisfação levou à organização de um grupo de trabalhadores, intelectuais e familiares, que formaram um movimento plural denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Para Amarante (2005), esse movimento instituiu-se como um grande impulsionador da reforma da assistência no Brasil ao denunciar as condições dos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, ganhou aliados de outros movimentos e da sociedade civil, pressionando o Estado Brasileiro pela implantação de Políticas de Saúde Mental. Norteadas pelos princípios da universalização, integralidade, equidade, descentralização e participação popular, foram realizadas as Conferências Nacionais de Saúde Mental objetivando a inserção da saúde mental nas ações gerais da saúde. Criou-se, assim, espaço para elaboração e aprofundamento de leis sociais permitindo a organização dos trabalhadores da Saúde Mental e a articulação da luta antimanicomial, que culminou na instauração do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB) (BRASIL, 2005).

Segundo Amarante (1995), o MRPB caracterizou-se por três momentos distintos. O primeiro, influenciado pelas idéias de Goffman, Castel, Guattari e Basaglia, foi denominado de trajetória alternativa do processo. Os temas recorrentes discutidos nos eventos referiam-se ao modelo assistencial visto como ineficiente “cronificador” e estigmatizante. Questionava-se ainda, o processo de mercantilização da loucura, bem como a privatização da Saúde e do ensino médico e a psiquiatrização da sociedade.

O segundo momento ocorreu a partir da incorporação do Movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica ao aparelho do Estado brasileiro. Esse momento foi marcado pela crítica à cientificidade da medicina e da psiquiatria e à neutralidade da ciência.

O terceiro momento foi o da desinstitucionalização, no qual se buscou operar múltiplas ações, elaborando e criando diferentes estratégias para não excluir e para produzir uma nova instituição com um cotidiano dinâmico. Propôs-se a criação de

uma política e a transformação do papel dos técnicos, convidando as famílias e fomentando a construção de uma nova cultura. Desta forma, rompeu-se com as relações institucionalizadas, objetivando fazê-las produzir subjetividades.

Assim, criou-se espaço e condições para a elaboração das Conferências Nacionais em Saúde Mental, que adquiriram um papel fundamental para dar continuidade ao processo, iniciado no Brasil nos anos 70, de crítica ao modelo hospitalocêntrico da assistência, definindo as estratégias para a implantação de reforma psiquiátrica a partir dos anos 80.

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida no Rio de Janeiro em 1987, combateu-se a psiquiatrização social, elencou-se a determinação em reverter a tendência “hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica”, priorizando ao sistema extra-hospitalar. Definiu-se pelo atendimento ambulatorial especializado e o da rede básica de saúde bem como as atividades de reintegração social. Avaliou-se ainda, que o modelo psiquiátrico era oneroso para a sociedade e usuários sendo apontado como fonte de violações aos direitos humanos fundamentais (BRASIL, 1988).

Na II Conferência em Saúde Mental realizada em 1992, pela primeira vez com a participação efetiva de usuários e familiares, aprofundaram-se as críticas ao modelo hospitalocêntrico hegemônico. Formulou-se o esboço de um novo modelo assistencial e o conceito de atenção integrada, compreendida a partir de uma perspectiva contextualizada. De acordo com tal conceito, o cuidado direcionado a pessoa com transtorno mental deve considerar as dimensões da vida do indivíduo nos diversos âmbitos de intervenção pela via da educação, assistência e reabilitação (BRASIL, 1992).

A Lei Nº. 10216/01 redirecionou o modelo da assistência em Saúde Mental definindo os direitos da pessoa com transtorno mental, dentre os quais, o de ser tratado com humanidade e respeito buscando sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. O tratamento passou a objetivar a reinserção social e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004). Essa lei apontou para uma mudança das práticas que eram centradas na doença e buscou eleger o indivíduo na sua condição humana, social, política e cultural.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, consolidou o MRPB como Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2005). A partir de então, buscou-se essa nova perspectiva para orientar a assistência das pessoas com

transtornos mentais, elegendo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como espaço de valor estratégico para efetivar a desinstitucionalização e a expansão dos serviços substitutivos (Brasil, 2005). Criaram-se os dispositivos CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS Álcool e Drogas e CAPS Infantil, para oferecer atendimento nos casos de urgência e nas crises psiquiátricas em regime de atenção diária. Outros dispositivos criados foram os Serviços Residências Terapêuticas (SRT), consistindo em casas implantadas na cidade, que garantem moradia e auxiliam o morador em seu processo de reintegração na comunidade. Já os Centros de Convivência (CC) oferecem espaços de sociabilidade e cultura, bem como intervenção na cidade e a inclusão da saúde mental na atenção básica (BRASIL, 2002).

Nove anos após a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, eclodiu forte pressão dos usuários, trabalhadores e diversos movimentos sociais para a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta deveria debater e propor recomendações sobre lacunas e desafios não equacionadas pelos serviços substitutivos. As principais questões apontadas foram o impacto das drogas na adolescência, o pânico causado pelo crack, o adoecimento da população de rua e a nova ênfase no modelo biomédico com forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica bem como a carência de profissionais em saúde mental.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial ocorreu em Brasília em julho de 2010, tendo como tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”. O grande avanço foi a convocação da intersetorialidade para atender as exigências reais e concretas, reconhecendo a complexidade, a multidimensionalidade e a pluralidade das necessidades em saúde mental. A Conferência ratificou de forma unívoca e incondicional os princípios mais gerais da reforma psiquiátrica: a superação do modelo asilar e a construção da rede substitutiva. Foi votada uma proposta para impedir a revisão da Lei 10.216 como forma de repúdio aos manicômios, sendo também aprovada a criação de grupos de ajuda mútua às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2010). Reafirmou-se ainda, a necessidade do funcionamento dos CAPS 3 nas 24 horas, bem como sua conexão com os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) e sua articulação com a rede de Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS) (DELGADO, 2010).

Em conjunto, as Conferências Nacionais de Saúde Mental reafirmam de forma incontestável e irreversível a atenção substitutiva ao modelo médico psiquiátrico, com a criação da rede integrada de base comunitária e territorializada e, mais recentemente, intersectorializada. Esta nova forma de cuidado para os usuários revoga a hegemonia asilar e institui novas práticas, buscando assistência e introduzindo outros atores sociais. Demonstra ser este um problema da cidade e não só da área de saúde e, nesse sentido, exige da sociedade, acolhimento e hospitalidade para com a pessoa com transtorno mental.

O documento “Atenção à Saúde Mental” da Secretaria do Estado de Saúde SES/(MG) aponta para o importante papel do estado de Minas Gerais na transformação do cenário nacional, pois realizou eventos que corroboraram o MRPB (MINAS GERAIS, 2006). Realizou o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em 1979, com a presença de Franco Basaglia, as reportagens nos Porões da Loucura de Hiran Firmino e o filme em Nome da Razão de Helvécio Ratton, que chocaram a opinião pública. Já nos anos 80 iniciou-se um processo de humanização dos hospitais públicos e nos anos 90 foi aprovada a lei mineira da Reforma Psiquiátrica, iniciando-se assim a implantação de um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico no Estado.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais traçou estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde no Estado, dentre elas o estabelecimento de redes de atenção. Estas redes consistem em recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais e aprovados na Comissão Intergestora Bipartite (CIB), Instância Colegiada instituída pela resolução nº 637, de 25/06/93³. Para desenvolver esta estratégia, a SES/MG publicou as linhas guias para a atenção à saúde no ciclo intergeracional e também a linha guia da saúde mental. As linhas guia são diretrizes que indicam a direção para reorganização e construção de uma rede integrada de serviço (SES/MG, 2006). As orientações definidas na linha guia estão em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde e apontam as ações cuidadoras dos profissionais direcionada aos usuários.

³ Criação da CIB da SES/MG - Site da Secretaria Estadual da Saúde de MG – 2010
<http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib> - Acessado em 04 de fevereiro de 2011.

Ainda em Minas Gerais, foi criada a 1ª Residência Multiprofissional em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Betim. Essa formação vem oferecendo aos residentes oportunidades de aprendizagem em todas as linhas de cuidado na rede de atenção e cuidado substitutivo em saúde mental, prescindindo do hospital psiquiátrico (LOBOSQUE, 2010).

Assim, efetiva-se um passo significativo para enfrentar o desafio da formação, passo que representa uma possibilidade real de transposição das políticas públicas de saúde mental para o campo da prática. Essa perspectiva rompe com o modelo hegemônico hospitalar, elegendo os novos serviços como recursos adequados para debelar as crises e apostando na inserção do sujeito na cidade.

O município de Belo Horizonte tem experiências significativas, convergentes com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, buscando articular um trabalho de rede orientado pela Linha Guia e “Atenção à Saúde Mental” do Estado. Desde 1992, a Coordenação de Saúde Mental da SMSA vem construindo uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, em consonância com as diretrizes da nova orientação na assistência em Saúde Mental. Já nesse período implantou o primeiro CERSAM, priorizando o cuidado pela via da liberdade de ir e vir, buscando resgatar a cidadania e a construção de uma rede intersetorial.

3.2 O cuidado na perspectiva das teorias da enfermagem psiquiátrica

Para estudar a prática de enfermagem tornou-se necessário descrever e analisar os momentos do processo de trabalho, o objeto, os instrumentos e sua finalidade (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

A história da enfermagem psiquiátrica aponta as dimensões dessa prática, iniciada em 1873 nos Estados Unidos com Linda Richards, que enfatizava a ação cuidadora centrada na avaliação das necessidades físicas e emocionais dos usuários (STUART; LARAIA, 2001).

Para as autoras, a compreensão do papel da enfermagem inicia-se em 1947 por Weiss, sendo concebida como uma terapia da atitude e direcionada para a recuperação do usuário. Nesse sentido, o enfermeiro observava o seu comportamento demonstrando aceitação, respeito e compreensão.

De acordo com Almeida e Rocha (1989), na década de 1950 surgem nos Estados Unidos as primeiras teorias sobre as práticas de enfermagem. Esse conhecimento direcionou-se a clarificar o objeto de trabalho do enfermeiro e do seu fazer, que até então apresentava indefinições. Segundo as autoras, essas teorias definiram o cuidado ao usuário em todas as dimensões: o cuidado físico, psicológico, a reabilitação social e o cuidado relativo às práticas educativas na saúde. Nota-se, assim, que o cuidado foi identificado no início da prática do enfermeiro como razão de ser, o valor social e econômico da profissão, acompanhando-a e apresentando várias possibilidades de execução.

De acordo com Stuart e Laraia (2001), a definição do papel do enfermeiro psiquiátrico foi elaborada pela enfermeira Peplau e estabelecida em 1952. Tal papel foi compreendido como um processo interpessoal entre enfermeiro e indivíduo, em que o profissional se utiliza de atitudes estratégicas da comunicação, da confiança e da empatia para efetivar o cuidado.

Contudo, Taylor (1992) afirma que para estabelecer um relacionamento interpessoal o enfermeiro precisa conhecer a cultura do usuário, suas crenças e valores, além de buscar estratégias para se auto-conhecer a fim de superar suas próprias crenças e preconceitos em relação a este.

Compreende-se assim que o papel do enfermeiro psiquiátrico difere do enfermeiro geral, uma vez que o seu principal instrumento de trabalho são as suas próprias relações interpessoais.

Para Irving (1979), a enfermagem psiquiátrica é um processo de comunicação humana que promove a interação entre duas pessoas, o profissional de enfermagem e o usuário. Desta forma, apresenta outra diferenciação da enfermagem geral por prescindir de processos organizados ou rituais normativos em busca da remissão dos sintomas. Para esta autora, a construção de uma relação terapêutica pressupõe o uso das habilidades da compreensão, da confiança e do interesse genuíno. Nesse sentido, pressupõe que o enfermeiro aprenda a controlar sentimentos de ansiedade, medo, desapontamento e culpa originada dos preconceitos, dos valores e da cultura e se exima de julgar e controlar o comportamento do usuário.

Neste sentido, há uma ampliação das competências do enfermeiro, o que implica ter domínio das habilidades humanas e ter domínio pessoal, tornando-se um agente terapêutico.

Conforme relatam Stefanelli, Arantes e Fukuda (2008), as discussões sobre o papel e as funções do enfermeiro foram ampliadas em 1962 por Peplau, que definiu como função básica do enfermeiro a de psicoterapeuta, compreendido também como conselheiro.

Corroborando a posição de Peplau, a enfermeira Taylor (1992) descreve essa função como a habilidade de ouvir o usuário de modo positivo, dinâmico e empático, evitando dar opiniões ou sugestões, encorajando-o a identificar seus problemas e encontrar uma solução prática para os mesmos.

Outra função definida por Peplau para o enfermeiro, de acordo com Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008), é a de agente socializador. Esse trabalho consiste em auxiliar os usuários a participar das atividades em grupo, como o canto e os jogos, para que desenvolvam suas habilidades sociais e aspectos saudáveis da sua personalidade. Para as autoras, outra função possível é a de educador em saúde, que promove o crescimento emocional do usuário ajudando-o no aprendizado de estratégias para o manejo mais saudável dos seus problemas.

Assim, esse conjunto de saberes possibilitou a organização das premissas filosóficas da prática do enfermeiro. Dentre elas, Stuart e Laraia (2001) destacam: (a) o conhecimento de que todo indivíduo possui valor e dignidade inerentes; (b) o respeito à singularidade do indivíduo, o que implica dizer que todo indivíduo é único, com reações e histórias específicas; (c) todo indivíduo tem uma meta de crescer, ter saúde e auto-realização; (d) o indivíduo é um ser holístico, no qual nenhuma das partes supera o conjunto; (e) todas as pessoas têm necessidades humanas comuns; e (f) todo comportamento tem um significado. Assume-se que o comportamento é resultante das percepções, pensamentos e emoções e, neste sentido, é preciso explorá-lo para buscar suas mensagens subjacentes.

Assim, o marco teórico da enfermagem psiquiátrica está referendado nas próprias relações interpessoais como o recurso mais importante na realização do seu trabalho. Para Taylor (1992), o relacionamento terapêutico possibilita ao enfermeiro identificar as necessidades do usuário, auxiliando-o na construção de

experiências interpessoais mais efetivas e adequadas e trabalhando os seus recursos e os valores inerentes.

Nos anos de 1970, a enfermeira Joyce Travelbee trouxe contribuições significativas para a enfermagem psiquiátrica, consagrando a relação pessoa-a-pessoa na profissão. Seu método se referenciava na teoria existencial humanista, focando a relação do homem como ser existencial, que busca sentido e significado em sua vida (VILELA; SCATENA, 2004). Assim, os enfermeiros pesquisadores da enfermagem psiquiátrica construíram um conjunto de princípios norteadores da conduta terapêutica do enfermeiro referenciados por dois discursos: o psiquiátrico, que é fortemente organicista e outro referendado na psicologia do final dos anos de 1960, com ênfase nos aspectos comportamentais das relações humanas (CAMPOS; BARROS, 2000). Esse modelo teórico teve como objetivo promover o bem-estar, o funcionamento integrado e a auto-realização do cliente.

Já no Brasil, a enfermagem psiquiátrica tem sua prática referenciada no discurso médico psiquiátrico, caracterizando-se pela atitude de vigilância e punição (ROCHA, 1984). Para a autora, essas práticas se assemelhavam às do modelo europeu, reproduzindo as ações instituídas de controle do comportamento e dos espaços.

Depreende-se, assim, que o cuidado do enfermeiro foi marcado pelo distanciamento do usuário e pela ausência de qualquer relação terapêutica, consistindo em um exercício de garantir a ordem, a norma, o disciplinamento dos espaços e a “docilização” dos corpos.

Kirschbaum (2000) afirma que as práticas da enfermagem estiveram vinculadas ao modelo médico hospitalocêntrico, na qual o enfermeiro dedicava a maior parcela do seu tempo à realização de atividades administrativas, distanciando-se das atividades do cuidado. Para a autora, os cuidados diretos aos usuários eram realizados pelos auxiliares de enfermagem e consistia no cuidado físico, administração da medicação e estímulo à realização das atividades diárias. Assim, pode-se dizer que essas práticas adquiriram características alienantes, alienadas e acrílicas, pois tinham como referência o hospital psiquiátrico e o tratamento direcionado à remissão dos sintomas.

Para Miranda e Oliveira (2001), a enfermagem psiquiátrica desenvolveu o cuidado terapêutico no Brasil após o surgimento do primeiro neuroléptico de uso

clínico, a clorpromazina, cujo efeito sedativo permitiu que a enfermagem se aproximasse da pessoa com transtorno mental. Segundo as autoras, os anos de 1950 a 1980 assistiram a um grande contingente de enfermeiros empenhando-se em silenciar o usuário e o ambiente pela via da contenção, uma característica dos grandes hospitais psiquiátricos da época.

Contudo, os movimentos de reforma da assistência psiquiátrica chegaram ao Brasil e influenciaram a transformação da assistência na enfermagem. Conforme Campos e Barros (2000, p. 272), “as transformações das práticas de enfermagem psiquiátrica acompanharam as ocorridas na psiquiatria, enquanto prática do médico”.

Desta forma, as práticas da enfermagem referenciaram-se nos modelos assistenciais da psiquiatria que, segundo Rocha (1984), constituíram as vertentes “organicista-biológica”; “técnico-psicoterápica” e “democrática”. Na psiquiatria organicista, o profissional de enfermagem exercerá o seu papel tradicional; na vertente técnico-psicoterápica, assume um papel terapêutico participando de reuniões com os usuários, a equipe e familiares. Na vertente democrática, o hospital psiquiátrico será visto como um lugar de opressão que deve ser extinto e as relações de poder devem ser excluídas – a relação terapêutica deve ser recíproca.

A enfermagem psiquiátrica inicia um processo de aproximação com o usuário, haja vista o envolvimento das pesquisadoras do campo da saúde mental, na busca de fundamentação teórica para transformar essa realidade.

No final da década de 1960, no Brasil, algumas enfermeiras docentes da especialidade psiquiátrica e saúde mental começaram a destacar a importância dos enfermeiros usarem um modelo alternativo ao modelo médico, propondo uma abordagem de assistência de enfermagem humanizada, que privilegia a interação enfermeiro-paciente. São citadas a Dra. Arantes Evalda Cançado, que embasada em Hildegard Peplau, introduziu o “Relacionamento Terapêutico” em nosso meio; a Dra. Maria Aparecida Minzoni, que apresentou os conceitos de Freud e, finalmente, a Dra. Antonia Regina Furegato, que elaborou o modelo de relação enfermeiro-paciente com base nos conceitos de Carl Rogers e Joyce Travelbee. (MELLO, 2009, p.1)

Essas teorias apontam para a relação terapêutica como a estratégia primordial na execução do cuidado em saúde mental, que exige do enfermeiro um preparo técnico e habilidades pessoais. Sendo que, estiveram presentes em alguns serviços e instituições referenciando as práticas dos enfermeiros.

Apreende-se, assim, que os serviços de saúde mental anteriores ao processo da reforma psiquiátrica brasileira conviveram com uma diversidade de modelos e de práticas. De acordo com Kirschbaum (2000) e Rocha (1984), as práticas de enfermagem nos serviços de saúde foram influenciadas por diferentes éticas e modelos assistenciais, possibilitando uma pluralidade de práticas, desde a asilar àquelas que buscavam substituí-lo.

Para Mello (2009), até a década de 1990 ainda permaneceu o discurso da enfermagem psiquiátrica centrada no modelo biológico e as ações restringiam-se a executar os cuidados básicos de higienização, alimentação, administração de medicamentos e controle do comportamento usuário. Esse discurso demonstra a forte tradição do modelo médico hospitalocêntrico.

Segundo Miranda e Oliveira (2001), será o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB) que imprimirá uma reformulação nas práticas da enfermagem, influenciando a produção científica sobre o campo da saúde mental a partir dos anos de 1990.

3.3 O cuidado de enfermagem em Saúde Mental nos Serviços Substitutivos

Com a implantação dos serviços substitutivos, o enfermeiro depara-se com a contingência de rever seu objeto de trabalho, expandindo o cuidado para além da remissão dos sintomas. Ressignifica o cuidado, que aponta para a implicação do sujeito no tratamento. Nesse sentido, há também mudanças nas práticas, que passam a exigir novos instrumentos e técnicas.

Para Maia e Pavarini (2001), antes da reforma psiquiátrica os papéis dos profissionais de saúde eram definidos via formação específica mediante o estabelecimento do campo de trabalho e do núcleo de cada profissional. Ou seja, a organização das equipes ocorria centrada na especificidade e especialidade do trabalhador. Dentre as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde, destaca-se o

rompimento com os “especialismos” pela via de um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, aderindo-se a uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2001).

Diante das novas orientações, advém a necessidade de repensar a finalidade do cuidado, cuja proposta é, especialmente, reabilitar a pessoa com transtorno mental, buscando sua reinserção social.

As diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde orientam os arranjos institucionais. Costa-Rosa (2000) propõe um modelo da Atenção Psicossocial (APS) assentado em quatro eixos:

- 1) a redefinição do objeto e dos meios teórico-técnicos de intervenção;
- 2) as formas de organização dos dispositivos institucionais;
- 3) as modalidades do relacionamento com os usuários e a população;
- 4) as implicações éticas resultantes dos efeitos das práticas em termos jurídicos, teóricos, técnicos e ideológicos.

No primeiro eixo, o sujeito é convocado a se reposicionar da posição objetiva para uma implicação subjetiva, tornando-se o principal participante do seu tratamento. Nessa intervenção incluem-se a família, os aspectos políticos e socioculturais. Modificam-se também os meios teórico-técnicos, passando a incluir as psicoterapias, laborterapias, socioterapias, as cooperativas de trabalho e outros dispositivos que promovem a reintegração sociocultural. Outro aspecto relevante é a constituição da equipe de trabalho, que deve estabelecer-se interdisciplinarmente superando os especialismos a estratificação do saber e intercambiando suas visões teórico-técnicas. As relações devem ocorrer de forma horizontalizada. Nesse sentido, há um deslocamento do pólo técnico-científico para o pólo ético-estético pela ampliação e mudança do paradigma de cura-doença para o de existência-sofrimento, capaz de promover um exercício estético e novas possibilidades de ser. Valorizam-se as contribuições da psicanálise, especialmente pelas formulações da constituição do sujeito humano.

O segundo eixo refere-se à horizontalização das relações nos dispositivos institucionais, especialmente entre os trabalhadores e os usuários. O poder da coordenação é concedido por representação, devendo o gestor coordenar as ações conjuntas primando por sua execução na dimensão particular, sendo que as

decisões são tomadas pelo coletivo, caracterizada pela autogestão e a gestão participativa.

O terceiro eixo apontado pelo autor refere-se às modalidades do relacionamento com os usuários e a população que ocorrem pela via do diálogo, estabelecendo um espaço de interlocução e primando pelas ações integrais tanto no território como no ato terapêutico.

A proposta do quarto eixo considera que as implicações éticas sejam resultantes dos efeitos das práticas em termos jurídicos, teóricos, técnicos e ideológicos. Nesse sentido, espera-se um reposicionamento subjetivo e sociocultural bem como, a singularização do usuário em lugar da ética de adaptação característica do modo asilar.

Desse modo, a implantação desse modelo gerar deve mudanças nas pequenas atitudes que caracterizavam as práticas manicomiais. Essas mudanças, para Rotelli (1990), consistem na eliminação dos meios de contenção, o que possibilita a relação do indivíduo com o próprio corpo e oferece ao usuário o direito à palavra e a liberação dos seus sentimentos, restituindo os seus direitos civis e eliminando as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade. Observam-se assim mudanças nas práticas, pelo reconhecimento do indivíduo na sua condição humana, social, política e cultural, agora compreendido na sua existência sofrimento.

Inicia-se desta forma um novo momento de apreensão dos saberes que redirecionam as práticas para os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, exigindo reflexão e mudanças de atitudes.

Corroborando as abordagens teóricas para a implantação desse modelo assistencial, o conceito de Reabilitação Psicossocial conforme concebido por Saraceno (2001) amplia e oferece direcionamento para o cuidado em saúde mental. O autor propõe um conjunto de atividades capazes de maximizar as oportunidades de recuperação dos indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação, pela via do desenvolvimento das habilidades pessoais.

Para o autor, deve-se buscar o exercício pleno da cidadania dos usuários em três cenários: no seu habitat, na rede social e no trabalho objetivando adquirir valor social. Pois, a casa possui experiências concretas e complexas de reaprendizagem no uso do tempo e espaço com os ritmos domésticos e afetivos. Já

o mercado e o bazar são campos de trocas, espaços de cuidado com pessoas e negociações efetivas.

Esses aspectos possibilitam, segundo Kinoshita (2001), o aumento do poder de contratualidade do usuário, rompendo com a idéia de entretenimento que para Saraceno (2001) são atividades realizadas no hospital psiquiátrico que promovem adestramento físico e mental. Para o autor, a reabilitação tem o objetivo de reduzir os danos. Para tanto, buscar-se-á inserir o usuário na sociedade. Segundo Kinoshita (2001) esse processo possibilita o aumento da autonomia do usuário, capacitando-o para gerar normas e ordenar a sua vida. Esse processo inclui o envolvimento dos profissionais, usuários, familiares e comunidade, buscando o exercício pleno da cidadania.

Segundo Barros, Oliveira e Silva (2007), reabilitar implica uma atitude solidária afetiva traduzida em respeito, que busca devolver a dignidade do usuário, o que requer atitude psicoterapêutica para compreendê-lo, restabelecendo os seus vínculos sociais. Para Pitta (2001) habilita-se pela via do conhecimento, aptidões, capacidades, o que difere do conceito “ortopédico” de reabilitação de funções físicas, representado por um modelo mecânico de concerto de disfunções e fraturas que busca o retorno à fisiologia normal.

A reabilitação psicossocial para a autora se reveste de uma dimensão mais vasta e ambígua que suscita e estimula as pessoas. Nesse sentido, propõe um tratado ético-estético para desenvolvê-la nos serviços. Para isso, espera-se que os profissionais sejam sujeitos amorosos, que utilizem a criatividade, amizade e fraternidade nas atividades cotidianas. Assim, a reabilitação pressupõe um envolvimento pessoal dos profissionais e um profundo respeito às diferenças e devoção ao trabalho.

Kirschbaum (2009) faz uma reflexão sobre as concepções teóricas da reabilitação, desde a cognitiva comportamental às psico-educativas e àquelas com características reducionistas. Para a autora, a utilização desses referenciais demanda um aprofundamento teórico e uma atitude crítica – com o cuidado de não se repetir o modelo reducionista e adaptativo em nome das novas abordagens da reabilitação psicossocial – bem como a busca de uma perspectiva ampla e interdisciplinar.

A reabilitação psicossocial pressupõe a construção de relações terapêuticas com o usuário sedimentadas na confiança, que se efetiva na construção do vínculo no momento do acolhimento. Para Campos (2003), vínculo é algo que une ou junta as pessoas promovendo uma relação de interdependência, possibilitando um compromisso entre profissionais e usuários. Esse instrumento de trabalho pressupõe a aceitação do cliente na sua singularidade. Outra estratégia é o acolhimento e a responsabilização, que para o autor são conceitos amplos que exigem uma mudança no atendimento dos usuários, pois acolher é receber bem, é ouvir a demanda, é compreender e respeitar, é avaliar os riscos e as necessidades de saúde.

As orientações contidas na Linha Guia da Atenção em Saúde Mental da SES/MG estabelecem que após o acolhimento, os técnicos do serviço devem elaborar o projeto terapêutico do usuário, indicando a direção do tratamento (MINAS GERAIS, 2006). Apontam, também, que o atendimento e a condução do tratamento devem ser realizados pelo técnico de referência e que esta escolha não obedeça a critérios da formação de origem, mas ocorra dentro da lógica do serviço. O trabalho nesse campo é mediado pela relação interdisciplinar, democrática e horizontalizada, instituindo-se como campo de desafios para os novos atores. Assim, o campo interdisciplinar institui-se, permeado de diferentes olhares e saberes, buscando ampliar e criar possibilidades.

Para Furtado e Onocko-Campos (2005), o novo paradigma do cuidar deve considerar a agregação dos saberes da psiquiatria, da psicanálise e da psicologia aliadas aos conhecimentos das ciências sociais. Nesse sentido, a psicanálise traz contribuições pertinentes para os serviços abertos e para a atenção ao psicótico. Segundo Bezerra Jr. (2006), a sua utilização possibilita a elucidação do jogo psicodinâmico de forças inconscientes do indivíduo que culminaram com o seu sofrimento, cabendo ao terapeuta entender qual o sentido dos sintomas na vida do sujeito, abrindo caminhos para outras formas de posicionamento subjetivo.

Nesta reformulação da assistência, a Portaria 336/02 estabelece os critérios de funcionamento dos CAPS, os profissionais componentes da equipe multiprofissional, bem como, as suas funções terapêuticas. O enfermeiro integrante da equipe assume a responsabilidade na condução do caso como técnico de referência e participa do trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2002). Assim, os

enfermeiros assumem novas funções, o que exige formação específica e adequada aos novos paradigmas ou experiência teórico-prática para o exercício ético.

Pesquisa realizada por Kirschbaum (2009) nos Serviços Substitutivos com a orientação prioritária no atendimento singularizado baseado na clínica e na reabilitação psicossocial apontou a existência de concepções diferentes sobre o sofrimento psíquico e as diferentes maneiras de caracterizar o trabalho. A autora evidencia a coexistência de uma multiplicidade de saberes e concepções de sujeito e de clínica, segundo os quais a reabilitação psicossocial é concebida ou como um processo de gerar autonomia, ou como uma reabilitação pedagógica normalizadora e adaptativa. Essa pesquisa demonstra a necessidade de estudo, de aprofundamento teórico e reflexão crítica sobre as diversas concepções e modelos utilizados.

Já a pesquisa de Kantorski et al. (2006) aponta para a coexistência de práticas que retratam os avanços conquistados com outras que mantêm a exclusão, a internação, a mortificação do eu e o distanciamento dos núcleos familiares. Outros trabalhos (Miranda; Onocko-Campos, 2008; Campos; Soares, 2002; Araújo; Botti, 2008) confirmam os avanços existentes nesses serviços pela via da reabilitação psicossocial do usuário e aquelas outras que reforçam a institucionalização. Nesse contexto, emerge a necessidade de compreensão e domínio das abordagens que referendam os serviços.

Pesquisa realizada por Soares; Silveira; Reinaldo (2010) nos serviços substitutivos, especialmente o CAPS II, avaliou o campo das atividades de formação prática oferecidas aos discentes pelas universidades federais. Verificou-se a utilização de princípios da reforma psiquiátrica, bem como uma formação voltada para o desenvolvimento de habilidades técnicas e relacionais capazes de orientar uma assistência futura contemplando os eixos políticos e sociais vigentes.

Depreende-se assim que as proposições políticas, sociais e técnicas estão sendo implantadas, demandando a criação de estratégias para superar os desafios da acomodação ao modelo hegemônico que coexiste nos vários serviços pesquisados.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo caracterizou-se como descritivo exploratório de abordagem qualitativa. De acordo com Turato (2003), as pesquisas descritivas vinculam-se à predominância de um evento, suas características e o processo pelo qual é vivenciado; o pesquisador observa, descreve e classifica, buscando conhecer melhor o problema. Para Gil (1991), as pesquisas exploratórias têm o objetivo de propiciar maior familiaridade com o fenômeno, permitindo identificar e explorar as situações investigadas a fim de explicitá-las, o que possibilita a construção de hipóteses.

A pesquisa qualitativa, para Minayo (2007), busca compreender um fenômeno e sua significação no contexto diário construído pelo indivíduo. Assegura que o seu objeto seja analisado na essência, sendo enriquecido pelo olhar do pesquisador. Esse é um método com fundamento teórico, que desvela processos sociais e propicia a construção de novas abordagens. Além disso, revela novos conceitos e categorias durante o processo de investigação permitindo a compreensão e interpretação do fenômeno em estudo, das relações, representações, percepções e opiniões dos sujeitos envolvidos (MINAYO, 2007).

Para atender ao objetivo desta pesquisa, qual seja analisar o cuidado do enfermeiro nos CERSAM, tornou-se necessário o contato com os enfermeiros sujeitos da pesquisa em seu cenário de trabalho, campo de interações e subjetividades. Buscou-se uma aproximação e envolvimento para melhor capturar o fenômeno.

Neste sentido, tornou-se necessário que o pesquisador, durante a sua permanência no campo, adotasse uma postura ética, flexível e focada nos objetivos da pesquisa. Buscou-se capturar o fenômeno em estudo pela perspectiva das pessoas envolvidas, já que este é permeado por um conjunto de significados que retrata a realidade e não pode ser quantificado, necessitando ser analisado em uma perspectiva integrada (GUNTHER, 2006). Para o autor, compreender essa dinâmica é possível quando se observa o comportamento na situação real ou quando se

indaga as pessoas sobre essa situação. Todos os comportamentos do contexto são importantes, tanto a fala quanto a constância das manifestações e mesmo o silêncio. Considera-se ainda, a relação que o pesquisador estabelece com o ambiente.

As mensagens veiculadas na situação de pesquisa são imbuídas de interesses e visões de mundo, destaca Leopardi (2002). Para o autor, a compreensão desse fenômeno refere-se aos aspectos coletivos ou individuais das experiências humanas que pressupõem uma dinamicidade e carecem de interpretação.

Para Deslandes e Assis (2003), o núcleo básico da pesquisa qualitativa são as interpretações das práticas, bem como a condução da pesquisa, as articulações interpretativas, os conceitos e as teorias que referenciam o trabalho.

De acordo com Neves (1996), realizar uma pesquisa fundamentada em um método qualitativo implica empregar um conjunto de técnicas interpretativas diferentes, que descrevem e decodificam os elementos de um conjunto ampliado de significações e, nesse sentido, traduzem e expressam o sentido dos fenômenos do mundo social.

4.1 Referencial teórico filosófico e metodológico

A proposta teórico-metodológica para a análise do trabalho foi a dialética. A concepção da dialética surgiu na Grécia Antiga e já naquele momento foi compreendida como a arte da argumentação em busca das contradições (GADOTTI, 1988).

Para Bryne (1991), a dialética pode se apresentar sob três aspectos: o primeiro refere-se ao sentido objetivo, o segundo ao sentido subjetivo e o terceiro assenta-se no sentido metodológico. O primeiro aspecto é endereçado à ontologia e representado pelo movimento concreto, natural e sócio-histórico da realidade focada. O segundo aspecto refere-se ao método filosófico geral, retratando o conhecimento do processo histórico de mudanças e conflitos sociais. O terceiro aspecto refere-se à relação do objeto construído pela ciência e considera o método que foi empregado e o objeto real que essa ciência visa.

A dialética, enquanto metodologia requer uma crítica prévia do campo de estudo, do objeto e do procedimento, das reduções e extrapolações, campo este

que se inicia na lógica e no racional e se estende até o conteúdo prático. É um processo epistemológico crítico essencial que busca conceber a análise do processo social em questão, de forma consciente (BRYNE, 1991).

Gadotti (1988) considera a dialética como uma concepção filosófica essencial para a elaboração do pensamento crítico e autocrítico, ao questionar a realidade presente. Nesse sentido, corrobora a visão escolhida pela autora desta pesquisa para elaborar de forma crítica os seus achados.

Na acepção moderna, concebe-se a dialética como uma forma de pensar as contradições da realidade e sua permanente transformação. Esses atributos constituem a própria essência da dialética (KONDER, 1995).

Demo (2007) entende que a dialética propicia uma visão da realidade social, tornando possível compreender o seu movimento de superação de uma fase para a outra. Nesse sentido, privilegia o processo de reconstrução e transformação da realidade social, em lugar de suas repetições.

A vertente da dialética utilizada neste estudo é focada na perspectiva histórico-social. Para Demo (1983), a forma de ver o mundo por essa via busca compreender suas contradições e alimenta o desejo de mudança histórica. Para o autor, essa metodologia tem como pressuposto fundamental a compreensão de que toda formação social é suficientemente contraditória para ser historicamente superável. Nesse sentido, tanto a formação da vida humana como da vida social passam por um processo de ressignificação. O autor considera que a formação social foi constituída de realidades sociais formadas processualmente, sendo que as estruturas são elementos dessa realidade que sobreviveu às mudanças históricas. Nesse sentido, a dialética privilegia o fenômeno da transição histórica.

A dialética considera o pressuposto da contradição, ou do conflito, como um fenômeno predominante na realidade, superando as harmonias e o consenso. Sendo assim, suas origens são intrínsecas, originadas da própria realidade e não necessariamente exógenas (DEMO, 2007). Esse processo propicia uma visão dinâmica da realidade e a compreende como um eterno devir, um processo interminável, criativo e irrequieto, de tal maneira que a transformação é um processo natural.

Para o autor, do ponto de vista metodológico esta abordagem cria um instrumento de crítica e de apreensão das contradições na linguagem a partir das

práticas sociais, buscando compreender a análise dos significados. Deve-se analisar os consensos e as contradições produzidas na relação pesquisador e interlocutor, captando o condicionamento histórico das falas. Entende-se a realidade como suficientemente contraditória, desde as mais tênues, profundas e transitórias contradições que nem sempre são solucionáveis, demonstrando a presença de conflitos sociais que são historicamente superáveis pela formação social (DEMO, 2007). A realidade que se forma por meio dessa superação, segundo Demo (1983), contém elementos novos que predominam sobre os elementos antigos. Todo processo novo é permeado pelo processo antigo, superando a contradição e gerando um processo qualitativo diferente do anterior.

A idéia mais importante da dialética, para Demo (1983), é o conceito de síntese assentado nas noções de tese e antítese, sendo que a síntese é a nova tese. Segundo Leopardi (2002), o esquema fundamental para compreender a realidade é a tese, entendida como o problema inicial. Ela é compreendida como uma série de problemas em processo de transformações constantes, desenvolvidos a partir das interações humanas. A tese será sempre superada pela antítese, emersa do conflito gerado pela versão diversa, e a nova versão será a síntese. A antítese é a melhor idéia e a mais adequada para se compreender a realidade. Deste modo os termos tese, antítese e síntese constituem o cerne da idéia dialética: a tese elabora sua antítese por trazer o conflito interno. A antítese é a convivência, dentro da própria tese, de componentes conflituosos e é, ao mesmo tempo, a face da dinâmica histórica ao evidenciar a identidade dos contrários (LEOPARDI, 2002). Se as antíteses se tornarem estáticas, não produzirão a superação histórica. Para Garaudy (1968), essas três fases da dialética (tese, antítese e síntese) buscam compreender o movimento da realidade para a superação da contradição, sendo esta a condição essencial que proporciona a transformação.

Neste estudo, optou-se pelo método dialético, por se considerar que o cuidado do enfermeiro em saúde mental está sendo reconstruído sob os auspícios da contradição e da realidade social, deste modo, referendando uma reforma nas práticas e saberes.

Desta forma, pensar dialeticamente significa utilizar a arte do diálogo, da pergunta e da contradição como estratégias fundamentais no desenvolvimento da pesquisa.

4.2 Cenário do estudo

A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), órgão da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, tem a missão institucional de estruturar a atenção à saúde no município garantindo a aplicação dos princípios dos SUS: o atendimento universal da clientela, a integralidade das ações, o acesso e equidade na atenção.

A SMSA/BH reorganizou os serviços de saúde em base territorial, definindo nove distritos sanitários justapostos à delimitação das nove Administrações Regionais da prefeitura municipal. Cada Distrito Sanitário tem seu espaço geográfico político, populacional e administrativo definido, contendo em sua área de abrangência entre 15 e 20 unidades básicas de saúde.

A partir de 1992, a Coordenação de Saúde Mental da SMSA vem construindo uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Em consonância com as diretrizes traçadas pelas reorientações da assistência psiquiátrica no Brasil, implantou o primeiro CERSAM na regional Barreiro, valorizando a cidadania e a construção efetiva de ações coletivas e intersetoriais. Esses serviços são responsáveis pelo atendimento em casos de urgência psiquiátrica e oferecem retaguarda e referência às unidades básicas de saúde em situações de crise severas. A implantação desses serviços em diferentes regionais possibilita a cobertura do território do município. Nos espaços do CERSAM o tratamento direciona para a estabilização da crise e a reinserção social do usuário, oferece suporte aos familiares e conta com uma equipe multiprofissional que atua interdisciplinarmente. Conta, ainda, com oficinas e atividades de cultura e lazer.

A prefeitura de Belo Horizonte construiu desde 1992, uma rede de saúde mental composta por sete CERSAM que funcionam 24 horas por dia e estão localizados nas regionais Barreiro, Leste, Noroeste, Pampulha, Nordeste, Venda Nova e Oeste. Esses serviços equivalem, no plano municipal, aos serviços que o Ministério da Saúde denomina Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Outros

dispositivos incluídos na rede municipal de saúde mental são: 9 Centros de Convivência e Cultura (CCC), 58 equipes de Saúde Mental, 01 Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), 22 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 9 Equipes Complementares de Atenção à Criança e ao Adolescente, o Centro de Atenção à Criança e ao Adolescente (CERSAMI) e o Centro de Atendimento aos Usuários Abusivos de Álcool e Outras Drogas (CERSAM-AD). Foi também criada uma Incubadora de Empreendimentos Econômicos Solidários e a rede possui ainda 523 Equipes da Saúde da Família (ESF) distribuídas em 147 Unidades Básicas de Saúde (UBS).⁴

O cenário do estudo foram os sete CERSAM do município de Belo Horizonte: Barreiro, Leste, Noroeste, Pampulha, Nordeste, Venda Nova, Oeste. Os serviços de atenção intensiva a crianças e adolescentes (CERSAMI) e de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas (CERSAM-AD) são serviços que prestam assistência as pessoas com sofrimento mental na cidade de Belo Horizonte. Contudo, não foram incluídos nesta pesquisa por atenderem uma clientela com perfil e características específicas.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros em exercício lotados nos CERSAM do município de Belo Horizonte. No momento inicial da pesquisa havia, segundo levantamento junto à Coordenação de Saúde Mental do município, 24 enfermeiros assim distribuídos:

Quadro 1- Relação dos enfermeiros dos CERSAM.

CERSAM/Regional	N.º de Enfermeiros
------------------------	---------------------------

⁴http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=7481&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0& - Acessado em 04 de fevereiro de 2011.

Noroeste	4
Barreiro	4
Oeste	4
Leste	3
Venda Nova	3
Nordeste	3
Pampulha	3

Os critérios utilizados para a inclusão dos enfermeiros estiveram em consonância com o objeto e objetivos do estudo. Considerando esses aspectos, definiu-se que os enfermeiros incluídos na pesquisa seriam aqueles que trabalhavam na assistência aos usuários dos CERSAM. Solicitou-se uma lista com o nome de todos os enfermeiros lotados nos CERSAM em exercício naquele momento. De posse da lista desses enfermeiros realizou-se o sorteio de um enfermeiro de cada serviço. Selecionou-se, portanto, um enfermeiro de cada CERSAM, buscando garantir a participação de cada serviço, dadas suas características regionais. De posse da lista dos enfermeiros selecionados, planejaram-se as entrevistas.

O acesso a esses trabalhadores ocorreu por meio da Coordenação de Saúde Mental da SMSA/BH e dos gerentes de cada serviço. Após a aprovação do projeto desta pesquisa pelo Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte, buscou-se a coordenação de Saúde Mental da Prefeitura que, em acordo com os gerentes dos CERSAM, permitiu a entrada da pesquisadora nas dependências do serviço e o acesso direto aos enfermeiros.

Os enfermeiros incluídos no estudo foram contatados pela pesquisadora e informados sobre o projeto da pesquisa por meio de um resumo enviado aos gerentes, que foi repassado aos enfermeiros. Após cada aceite individual para participar, foi agendado um encontro no próprio serviço para a realização da entrevista.

O critério utilizado para a inclusão dos sete enfermeiros deu-se pela composição de um grupo representativo da realidade empírica pesquisada. Para Fontanella; Ricas; Turato (2008) a constituição de um subconjunto representativo da realidade empírica pesquisada é um importante recurso de validação científica,

desde que contenha e espelhe as dimensões do contexto. Para Minayo (1997), o grupo selecionado é adequado quando abrange parte da totalidade do problema investigado em suas diversas dimensões.

As entrevistas realizadas em número de sete foram consideradas suficientes para explicitar o fenômeno, uma vez que as informações tornaram-se redundantes. Esse universo possibilitou apreender parte do contexto onde ocorre o cuidado singular do enfermeiro.

4.4 Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista com roteiro semi-estruturado (Apêndice A). As entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora e foram gravadas em formato digital.

O encontro com os enfermeiros ocorreu em sala reservada, preservando a privacidade da conversa e favorecendo a inter-relação pesquisadora/participante. Ao término de cada entrevista, a pesquisadora escutou a gravação de forma atenta a fim de verificar se os objetivos propostos haviam sido atendidos.

De maneira complementar, foram tomadas notas em diário de campo, nas quais a pesquisadora registrou os detalhes do ambiente e da relação estabelecida com os entrevistados, dados que auxiliaram na análise dos testemunhos prestados pelos participantes do estudo.

4.5 Aspectos éticos

Antes de iniciar a coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e aprovado através do parecer nº: 0084.0.410.203-09A (Anexo A). (Foi também encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerias para conhecimento, uma vez que já havia sido aprovado).

Antes de iniciar as entrevistas, os sujeitos foram informados dos benefícios da pesquisa, dos objetivos e finalidades do projeto, bem como da preservação do sigilo e do respeito às entrevistas. Após os esclarecimentos, procedeu-se à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice B).

4.6 Organização e análise dos dados

Essa etapa da pesquisa consistiu na utilização de um conjunto de procedimentos que agregou todo o material colhido durante a fase de coleta de dados as anotações do diário de campo e transcrições das entrevistas gravadas permitindo a categorização empírica.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temática de acordo com a orientação de Bardin (2009). Essa é compreendida como um método empírico, que busca o conhecimento da verdade. Bardin (2009) define a pertinência dessa técnica para o tratamento dos dados, uma vez que a sua relevância não é definida no conteúdo das comunicações, mas no conhecimento construído a partir delas pela compreensão dos conteúdos latentes. Esse processo permite operacionalizar a análise dos significados pelo sentido das falas.

Segundo Bardin (2009), na análise de conteúdo o pesquisador age como se fora um arqueólogo, pois trabalha com vestígios que se manifestam nos relatos colhidos. Portanto, a leitura do analista não é uma leitura “à letra”, mas busca compreender o sentido que se encontra no segundo plano. Este é atingido por meio de significações ou significantes de natureza psicológica, sociológica, política ou histórica.

Esta etapa da pesquisa foi operacionalizada em três momentos cronológicos: (1) pré-análise; (2) fase de exploração do material e; (3) tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação.

A pré-análise correspondeu ao momento de organização dos dados das entrevistas. Com o objetivo de operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais construiu-se um esquema que foi utilizado nos momentos necessários.

A pesquisadora transcreveu todas as entrevistas, mantendo a integridade das falas. Posteriormente, realizou-se a codificação para garantir o anonimato dos

enfermeiros participantes do estudo. Atribuiu-se um código alfanumérico formado por uma letra (E) e um número (1 a 7) de acordo com a ordem das entrevistas.

Posteriormente, fez-se a leitura flutuante das entrevistas que, para Bardin (2009), permite o contato do pesquisador com os documentos, impregnando-se do conteúdo e tornando-os mais precisos.

Em seguida, elaborou-se o corpus da pesquisa constituído pelo conjunto dos documentos, que foram submetidos aos procedimentos analíticos da pesquisadora. O corpus foi constituído das sete entrevistas e das anotações do diário de campo. Na construção do corpus respeitou-se o critério da exaustividade, entendida como a inclusão de forma rigorosa de todos os elementos da coleta e o critério da representatividade, contemplando as características essenciais do universo pretendido.

Sendo fiel a esse propósito, a pesquisa contemplou todos os CERSAM e identificou caracteres objetivos e subjetivos de cada enfermeiro entrevistado. O critério da homogeneidade foi atendido por meio de critérios precisos na escolha das entrevistas, aplicadas com técnicas idênticas e indivíduos semelhantes. O critério da pertinência refere-se à adequação das informações, que são parâmetros precisos de escolha dos sujeitos.

A elaboração das categorias de análise obedeceu ao critério da exaustividade, que permite a inclusão de qualquer resposta numa das categorias do conjunto, uma vez que os elementos não se esgotam com o texto. Outro critério adotado foi o da exclusividade, entendida como a vinculação de um conteúdo apenas àquela narrativa.

Realizada a pré-análise, foi possível determinar as operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e as modalidades de codificação para o registro dos dados.

Os passos seguintes exigiram a verificação dos pressupostos iniciais que foram estabelecidos. Estes foram referenciados no conhecimento e na experiência da pesquisadora e orientaram o procedimento de análise. Tornou-se igualmente necessária a focalização nos objetivos a fim de guiar e direcionar a pesquisa. Após esse procedimento realizou-se uma leitura horizontal e exaustiva dos textos, o que exigiu da pesquisadora uma concentração e fidedignidade às falas, evitando inferência contextual. Foram feitas três leituras de cada entrevista bem como dos

relatos do diário de campo e foram anotadas as primeiras impressões da pesquisadora. Todo o material foi cuidadosamente analisado: frases, palavras, concatenação das idéias e o sentido geral dos textos.

Em seguida, realizou-se a leitura transversal de cada entrevista, destacando-se as unidades de registro, que para Bardin (2009) são as unidades de significação. De cada unidade, libertam-se os temas, constituindo-se assim a unidade de base que se liberta de forma natural do texto. Tais unidades são idéias constituintes, são enunciados. São os núcleos de sentido, que podem apresentar tamanho variável.

Em seguida, buscou-se a unidade de contexto que serviu de unidade de compreensão para codificar a unidade de significação ou de registro.

A codificação compreende três escolhas; o recorte resultante das unidades; a enumeração com a escolha das regras de contagem e a classificação e agregação que consiste na escolha das categorias. A enumeração corresponde à análise de contingência, que se refere à regularidade quantitativa da presença de elementos no corpus textual. Essa análise evidencia a pertinência de cada elemento, bem como a ausência, que pode ser considerada uma variável importante, uma vez que suscita indagações e questionamentos. Considera-se, ainda, a intensidade da repetição do elemento indicando valores, atitudes ou tendências e não a frequência dos temas. Finalmente, realizou-se a classificação e agregação dos dados, resultando as categorias empíricas, da classificação dos elementos.

Para Minayo (2007), as categorias empíricas são aquelas que emergem dos dados do pesquisador como fruto do trabalho de campo semântico, com critérios precisos, permitindo representar a informação de maneira condensada. As categorias são formadas por um grupo de elementos emersos das unidades de registro, que possuem características comuns e recebem um título genérico. A construção das categorias obedeceu aos princípios da homogeneidade, da pertinência, da objetividade e da produtividade. O princípio da homogeneidade determina que um único princípio governe sua organização, o da pertinência pressupõe que as categorias reflitam as intenções da investigação. O princípio da objetividade e fidelidade refere-se à pertinência da manutenção da codificação das diferentes partes de um mesmo material ao qual se aplicou a mesma grelha categorial. O princípio da produtividade refere-se aos resultados efetivos nos índices de inferência em novas hipóteses.

Foram constituídas 3 categorias e suas subcategorias temáticas, a saber:

QUADRO 2 - Relação das categorias empíricas e subcategorias identificadas na análise das entrevistas.

Categorias empíricas	Subcategorias
1. O fazer do Enfermeiro	1.1. Núcleo específico do fazer do enfermeiro no CERSAM: gerência da assistência
2. Os saberes que fundamentam o cuidado do Enfermeiro em Saúde Mental	
3. Desafios e possibilidades na execução do cuidado do Enfermeiro nos CERSAM	3.1. Uma nova dimensão para o cuidado do Enfermeiro no CERSAM 3.2. Desafios relacionados ao cuidado, à instituição e à equipe de enfermagem 3.3. Desafios da formação e educação permanente

A análise possibilitou a identificação de três categorias empíricas e quatro subcategorias reveladas pelos enfermeiros do estudo, possibilitando uma aproximação com o fenômeno em estudo. Essas categorias são recortes para auxiliar a análise do trabalho, por meio da interlocução com o referencial teórico da pesquisa. Para Minayo (2007), o pesquisador deve nesse momento buscar as inter-relações e interconexões entre as categorias empíricas e a parte teórica, buscando o ponto de partida e o ponto de chegada da compreensão e da interpretação. Promove assim, um movimento circular que se inicia do concreto ao abstrato, buscando as riquezas dos aspectos particulares e gerais.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 O fazer do enfermeiro no CERSAM

O fazer do enfermeiro caracteriza-se por um conjunto de atividades, segundo Ribeiro e Sampaio (2009), reconhecidas como práticas sociais. Para os autores, estas práticas utilizam-se dos seguintes elementos básicos: agentes, objetos e os instrumentos para atingir a sua finalidade. Os agentes são aqueles que realizam e materializam o trabalho, sendo o objeto o foco do trabalhador, sobre o qual esses operam para transformá-lo. Os instrumentos referem-se aos meios utilizados para a execução das atividades, os saberes técnico-científicos. As atividades são a prática e a finalidade é a meta. A atividade em saúde é especial, pois o seu resultado não é um produto material.

Para Gonçalves (1994, p. 62), “a primeira e mais fundamental função do saber do trabalho diz respeito, portanto, à apreensão do objeto de trabalho ou, em um sentido mais preciso, à produção do objeto para o trabalho”. Assim, esta pesquisa buscou clarificar o objeto de trabalho do enfermeiro, no que se refere ao seu fazer e a base teórica que o sustenta.

Para Merhy (2002), existe hoje, entre os estudiosos um consenso de que vivemos uma transição tecnológica que está reestruturando a produção de serviços consequente à introdução das tecnologias de ponta. O autor faz um contraponto afirmando que as transformações nos serviços de saúde devem-se à modelagem da gestão do cuidado em saúde e à possibilidade de operar essa produção por meio dos núcleos tecnológicos, que não depende de equipamentos. O mesmo autor considera, ainda, que um novo modo de operar a gestão do cuidado em saúde deve buscar uma reestruturação produtiva. Para isto, espera-se uma mudança substancial nas configurações tecnológicas dos processos de produção alterando na centralidade as novas ações, ou descobrindo maneiras diferentes de produzir as mesmas ações antigas. Assim, com a introdução de novas tecnologias o enfermeiro em saúde mental amplia o seu fazer e opera as ações antigas de maneiras diferentes.

A análise dos dados permitiu evidenciar que o fazer dos enfermeiros nos CERSAM sustenta-se em uma base tecnológica que tem como prática o acolhimento à crise, o fazer como técnico de referência e a abordagem à família. A incorporação destas tecnologias é vivida pelos enfermeiros como um desafio, no que se refere à especificidade do seu fazer.

Em relação ao acolhimento da pessoa com transtorno mental em crise, os achados apontam para a incorporação desta tecnologia como uma inovação no fazer do enfermeiro. Para isto, utilizam a estratégia da escuta singularizada numa atitude de respeito ao usuário:

Faço o acolhimento que é sempre um atendimento, um apoio, um suporte para o portador de sofrimento mental, um olhar, um gesto de carinho traduz um atendimento humanizado a este paciente aliviando sua tensão. Pois quando o paciente chega em crise, tem-se aí primeira visão holística. Todos os aspectos biopsicossociais são contemplados nesse atendimento [...] Após essa visão do paciente nos seus aspectos físicos, inicia-se o diálogo com o mesmo para compreender o que o levou à crise naquele momento: se foi a primeira briga com a família, na rua; se é uma crise psicótica, impedindo-o de discernir seu eu. Tem-se uma visão da necessidade do paciente naquele momento, se ele precisa de cuidados, de acolhimento. (E01)

Aqui, acolhe-se o paciente no momento da crise. Eu tenho também essa função, a de atender o paciente em crise. Quando ele chega, o seu circuito é ser acolhido e sair da crise aguda, posteriormente é encaminhado ao centro de saúde para dar continuidade ao tratamento mais perto de sua casa. (E04)

Depreende-se desses enunciados que, na perspectiva dos enfermeiros, o acolhimento ao usuário em crise está sustentado no estabelecimento de uma relação de proximidade e confiança, buscando proteger o usuário e terceiros e compreender os fatores desencadeantes da urgência.

Lobosque; Abou-yo (1998) ao descreverem sobre as experiências dos serviços de saúde mental do município de Belo Horizonte, definem o acolhimento como a atitude de receber o usuário com urbanidade e cortesia, escutando-o na sua demanda, atendendo-o ou o encaminhando de forma responsável. Deve-se ainda, preocupar-se com o estabelecimento do vínculo do usuário com o profissional.

De acordo com Misoczky (1998), o acolhimento à crise nos serviços de saúde mental de Belo Horizonte tem como princípio a responsabilização, evitando o

encaminhamento à clínica da psicologização e a medicalização do social. Neste sentido, os profissionais devem nortear suas ações visando oferecer um serviço clínico comprometido com a continuidade do cuidado, ao atendimento das demandas e necessidades e à reabilitação social do usuário.

Na Linha Guia de “Atenção à Saúde Mental”, recomenda-se aos profissionais da saúde que no acolhimento à crise, deve-se atender o usuário até a sua estabilização. Recomenda-se, oferecer a possibilidade de laços de referência com a participação em espaços coletivos, buscando a recomposição do sujeito pelo acompanhamento clínico e possibilitar o relacionamento interpessoal, explorando a capacidade criadora e a possibilidade de permutas afetivas (MINAS GERAIS, 2006).

Considera-se que o acolhimento é dimensão básica em todos os atendimentos prestados no CERSAM, bem como em outros pontos da rede, em que todos os trabalhadores envolvidos no ato de produzir saúde – porteiro, motorista, técnicos de referência – devem acolher as demandas dos usuários (MINAS GERAIS, 2006).

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2008) define o acolhimento como uma ação de aproximação, um “estar com” e “um estar perto de”, uma atitude de inclusão. Nesse sentido, o acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética (pelo reconhecimento do outro com as suas diferenças) estética (por possibilitar a invenção estratégica para dignificar a vida) e política (pelo compromisso coletivo de envolver-se com o outro).

Depreende-se assim, que no atendimento dos enfermeiros nos CERSAM, a acolhida da demanda efetiva-se, quando se escuta o usuário de forma atenciosa, auxiliando-o a ter uma percepção do evento desencadeante da crise e colocando-o em perspectiva, ao mesmo tempo em que o prepara para encontrar alternativas mais eficazes no manejo da sua crise.

Contudo, os achados revelaram contradições no significado e na prática do enfermeiro no acolhimento à crise no CERSAM. Para alguns essa tecnologia apenas reforça as práticas de contenção que impossibilitam a emersão das tensões, o manejo da emotividade e ansiedade que surge nesse momento.

Quando o paciente chega em surto psicótico, é atendido inicialmente na sua urgência para ficar mais protegido. Necessitou de uma sedação química ou física, isso é feito. Quando ele está mais sedado

em condições de abordagem, iniciam-se os cuidados gerais e a avaliação física. O procedimento ocorre para todos os pacientes que procuram o serviço; avalia-se a necessidade de serem contidos quimicamente ou fisicamente quando o paciente está agressivo, ou numa agitação psicomotora. Os pacientes contidos no leito devem estar sob observação constante da enfermagem, observação próxima durante todo o período de contenção física. (E03)

Nesta situação, a análise dos dados permitiu apontar o movimento na saúde mental que produz a acomodação, reduzindo a oportunidade terapêutica para o estabelecimento de vínculo e a abordagem das tensões.

Para Andrade (1999), o acolhimento é o espaço no qual o usuário utiliza a via da expressão como sustentação de um processo que evoca o movimento para as transformações. Portanto, a intervenção na crise pode tornar-se uma potente estratégia para que o usuário desenvolva um repertório mais amplo de formas de lidar com o seu sofrimento e, nesse sentido, os enfermeiros devem incorporar essa tecnologia no seu fazer.

Arantes, Fukuda e Stefanelli (2008) afirmam que a crise é um estado de desequilíbrio emocional intenso, advindo de um evento e das conexões estabelecidas pelo usuário no momento, bem como da incapacidade em resolvê-lo. Portanto, é um momento em que o usuário vivencia suas tensões e emoções que podem ser externalizadas em ato. Essa situação exige ação pontual dos profissionais para a sua proteção, bem como a proteção de terceiros.

Contudo, a ação terapêutica eficaz e eticamente sustentada deve ser a base dos cuidados oferecidos nos serviços. Nas situações de crise, o oferecimento de apoio, as medidas de suporte e a utilização de estratégias para viabilizar a expressão do paciente são atitudes que devem nortear as ações de enfermagem nos serviços da atenção psicossocial.

Arantes, Fukuda e Stefanelli (2008), apontam que a contenção física e a sedação excessiva representam as últimas alternativas do serviço, devendo ser utilizadas quando todos os outros recursos forem esgotados. Assim, no momento da crise o usuário poderá expressar suas angústias e inibições e ser impelido a buscar outras formas de estar no mundo. Entretanto, a ação de silenciá-lo não assegura um

tratamento efetivo, visto que essas ações se associam a práticas de institucionalização da disciplinarização, da vigilância e do controle.

Depreende-se, contudo, que a crise é um momento de intensa emoção e ansiedade e alguns integrantes da equipe poderão se sentir invadidos por esse afeto, o que pressupõe o movimento constante de reconstrução por meio da superação e do diálogo. Evidencia-se, portanto, a necessidade de encontrar vias eficazes para manejar a crise, já que esta é uma oportunidade para ampliar conhecimentos técnicos e pessoais e executar uma ação clínica.

É possível identificar, traduzidos nas ações dos enfermeiros, saberes compatíveis com as premissas da Atenção Psicossocial que busca a implicação do usuário no seu tratamento. Esses saberes são traduzidos nas ações de possibilitar e viabilizar a liberdade de ir e vir do usuário, identificando ainda a importância da participação e inserção da família no tratamento.

No entanto, parte dos dados demonstra dificuldades evidenciadas na dualidade de ações e enunciados que caracterizam um modelo de cuidado que se utiliza do poder disciplinador e da estratégia da vigilância nos espaços dos CERSAM. Os relatos a seguir ilustram essa informação:

Há momentos no qual “o paciente” encontra-se em uma situação tão complexa, que não pode ser contido mecanicamente e o banho deve ser executado no leito, pois as suas condições de higiene estão precárias. Às vezes não foi possível dar esse banho antes da sedação, já que o momento e a situação o impossibilitam de tomá-lo voluntariamente. (E03)

A pesquisadora aguardava o enfermeiro para ser entrevistado no CERSAM. Houve demora em iniciar a entrevista, visto não ter consultórios vagos ou qualquer outro espaço para efetivar o procedimento. O CERSAM estava lotado, com muitos usuários percorrendo o mesmo espaço, que era restrito e fechado. Após as primeiras apresentações, a pesquisadora e a enfermeira encaminharam-se à sala de observação da urgência e a porta foi fechada e trancada. Uma usuária solicitava atendimento, pois havia realizado as suas necessidades fisiológicas na roupa (urinado) estava molhada. Estávamos no inverno, fazia muito frio. A usuária insistia, e

gritava solicitando que a deixassem higienizar-se na sala onde encontrava a pesquisadora e a enfermeira, o que foi recusado sem diálogo. Houve insistência da usuária e recusa dos profissionais, culminando com uma agitação psicomotora na qual a usuária foi contida e medicada. (Notas do diário de campo CERSAM 04 em 01/06/2009)

Essa situação, ocorrida na presença da pesquisadora instaurou um clima de constrangimento e mal estar. Mesmo diante das ponderações da mesma, que não seria aquele o momento mais adequado para fazer a entrevista, o enfermeiro insistiu para essa realização. A situação e os enunciados demonstraram resquícios de um modelo de cuidado permeado de ações que devem ser superadas. De acordo com Rocha (1994), as práticas da enfermagem foram orientadas, tradicionalmente para silenciar e conter o comportamento dos usuários, vinculado ao poder disciplinador que para Foucault (1984) tinham como premissas “docilizar” os corpos dos pacientes da psiquiatria.

Os dados empíricos permitem afirmar que essa prática ainda tem lugar nos espaços do CERSAM, que embora proponha a atuar como dispositivo de desinstitucionalização opera em algumas situações com velhas concepções e métodos terapêuticos. Reconhece-se a complexidade dos quadros de transtornos mentais, alguns com risco para si e para terceiros. Contudo, visualiza-se a necessidade de operar com a introdução de novas intervenções para acolher as situações de crise e implicar o usuário a partir de sua subjetividade.

O agir clínico foi apontado pelos enfermeiros como essência do seu fazer no CERSAM, sem, contudo configurar-se como atividade exclusiva desse profissional, conforme descrito nos depoimentos:

A principal ferramenta de trabalho é o acolhimento [...] Fico muito feliz em poder colocar esses conhecimentos em prática em prol da estabilização desses pacientes [...] Fazer um projeto terapêutico para que ele cuide da sua saúde mental, podendo se reintegrar ao seio familiar e ao seio da sociedade. (E01)

Os enfermeiros têm outras atribuições: a de técnico de referência que acompanha o usuário, que tem funções específicas de trabalho no CERSAM, às vezes foge um pouco da questão da supervisão da enfermagem. (E02)

As minhas atribuições no CERSAM são as de fazer o acompanhamento de caso, entender o que seja a causa desse sofrimento para determinado sujeito. Entendendo a causa, eu consigo me planejar no projeto terapêutico junto à família. (E05)

Para Furtado e Onocko-Campos (2005), fazer clínica é operar o atendimento e acompanhar o caso na perspectiva da singularidade. Neste sentido, os enfermeiros responsabilizam-se pelo usuário no atendimento à crise e identificam suas necessidades, desejos, possibilidades e limites. Responsabilizam-se, também, pela criação da estratégia que assegura a manutenção do cuidado e da reabilitação social assumindo a responsabilidade técnica pela condução do caso, em articulação com a equipe e a participação da família.

Por “referência técnica”, Miranda e Onocko-Campos (2008) compreendem como um trabalho em que cada técnico responde por um número de usuários do referido serviço. Para as autoras, o trabalho clínico do técnico de referência em saúde mental é político e se efetiva nas relações construídas no cotidiano do usuário. Para tanto, deve-se estimulá-lo, para a ampliação de sua autonomia, ampliando assim sua rede de relações sociais (MIRANDA; ONOCKO-CAMPOS, 2010). Esse profissional elabora, executa e avalia o projeto terapêutico, assegurando que os objetivos compartilhados com toda a equipe sejam garantidos.

Os achados do estudo permitem inferir que o fazer do enfermeiro como técnico de referência no CERSAM, tem uma nova configuração que rompe com o fazer tradicional caracterizado por uma ação fragmentada e distanciada do usuário. Acontece, assim, uma aproximação do enfermeiro com o seu objeto de trabalho, bem como uma autonomização e legitimação de sua prática.

Para o enfermeiro, atuar como técnico de referência é ser terapeuta, pois se elabora, o plano de cuidado do usuário, acompanhando-o nas ações territoriais como co-responsável, para isso articula-se com a equipe e inclui a família no atendimento. Os relatos abaixo retratam esses aspectos:

O meu atendimento no CERSAM consiste no conhecimento do próprio sujeito do ser humano como um todo, o funcionamento psicossocial do sujeito e o conhecimento das diversas psicopatologias que poderão acometê-los num determinado momento. Tecnicamente, as minhas atribuições como enfermeiro são o acompanhamento de caso e trabalhar frente ao próprio projeto terapêutico do usuário, e a atuação interdisciplinar para discutir casos. (E05)

No atendimento ao paciente como responsável técnica, eu o vejo como um todo, ele e a família. Realizo, ainda, consulta ambulatorial, atendo os pacientes que estão em permanência-dia, faço o acompanhamento dos pacientes em pernoite. (E07)

A análise dos dados permitiu compreender que o fazer dos enfermeiros no CERSAM referencia-se em uma tecnologia que se aproxima da gerência ou Gerenciamento de Casos. Segundo Miranda e Onocko-Campos (2010), a Gestão de Caso é uma tecnologia similar ao terapeuta ou técnico de referência adotado na Política de Saúde Mental no Brasil. Para as autoras, a Gestão de Caso consiste em instituir um processo de cuidado no qual um profissional ou equipe toma para si a responsabilidade de sustentar um relacionamento de suporte com o usuário no seu ambiente, identificando e assegurando-lhe os recursos externos e internos necessários para a vida em sociedade.

A orientação do Ministério de Saúde direcionada à assistência em saúde mental define as funções do técnico de referência, em parceria com a equipe e usuário, o monitoramento do seu projeto terapêutico. Assim, o técnico de referência assume a condução clínica do caso, responsabilizando-se pelo atendimento e as interfaces do tratamento. Para sua elaboração consideram-se os aspectos sociais, familiares, políticos e psíquicos (BRASIL, 2004). O técnico de referência é o profissional integrante da equipe que assume pessoalmente a responsabilidade pela escuta do sujeito, buscando uma articulação conjunta, e conduz o tratamento, avaliando sua entrada e saída de instituição (LOBOSQUE, 2001).

Ao incorporar essa tecnologia, o enfermeiro passa a operar considerando a integralidade e a autonomia do usuário. Esta ação consiste em acolhê-lo pela via da escuta singularizada, buscando informações para elaborar e executar o projeto terapêutico. Para atingir esse objetivo, parcela dos enfermeiros entrevistados relata que participam de grupos de estudos, buscam assegurar a sua inserção na equipe e a inclusão dos familiares no projeto terapêutico.

Essa ação clínica do enfermeiro está sendo construída na sua prática; portanto, demanda reflexão e fundamentação teórica para a apreensão, mesmo porque essa é uma ação comum a toda a equipe técnica. Essas ações situam-se no campo de competências da saúde mental, de acordo com as proposições de campo e núcleo em saúde definidas por Merhy (2001, p. 124-5):

Na produção de um ato de saúde coexistem os vários núcleos, como o núcleo específico definido pela interseção entre o problema concreto que se tem diante de si e o recorte profissional do problema. Por exemplo, diante de um indivíduo que está desenvolvendo um quadro de tuberculose pulmonar, o recorte passa necessariamente pelo modo como o núcleo profissional médico, ou da enfermagem, ou da assistente social, entre outras, recorta este problema concreto, portado pelo indivíduo, e que são núcleos nos quais operam centralmente as tecnologias duras e leve duras. Mas, seja qual for a interseção produzida, haverá sempre ou um outro núcleo operando a produção dos atos de saúde, que é o cuidador, no qual atuam os processos relacionais do campo das tecnologias leves, e que pertence a todos os trabalhadores em suas relações intercessoras com os usuários.

Assim, todo trabalhador de saúde, no momento de sua atuação, mobiliza os seus saberes e modos de agir específicos do seu campo profissional. Mas existe no ato de cuidar em si um núcleo de atividades cuidadoras comuns às várias categorias profissionais.

A especificidade do enfermeiro, de acordo com Ribeiro; Sampaio (2009) está sustentado em três dimensões: o monitoramento das condições de saúde individual e coletiva e as ações gerenciais direcionadas para o cuidado. O cuidado do usuário é um núcleo da dimensão cuidadora comum a qualquer abordagem de saúde.

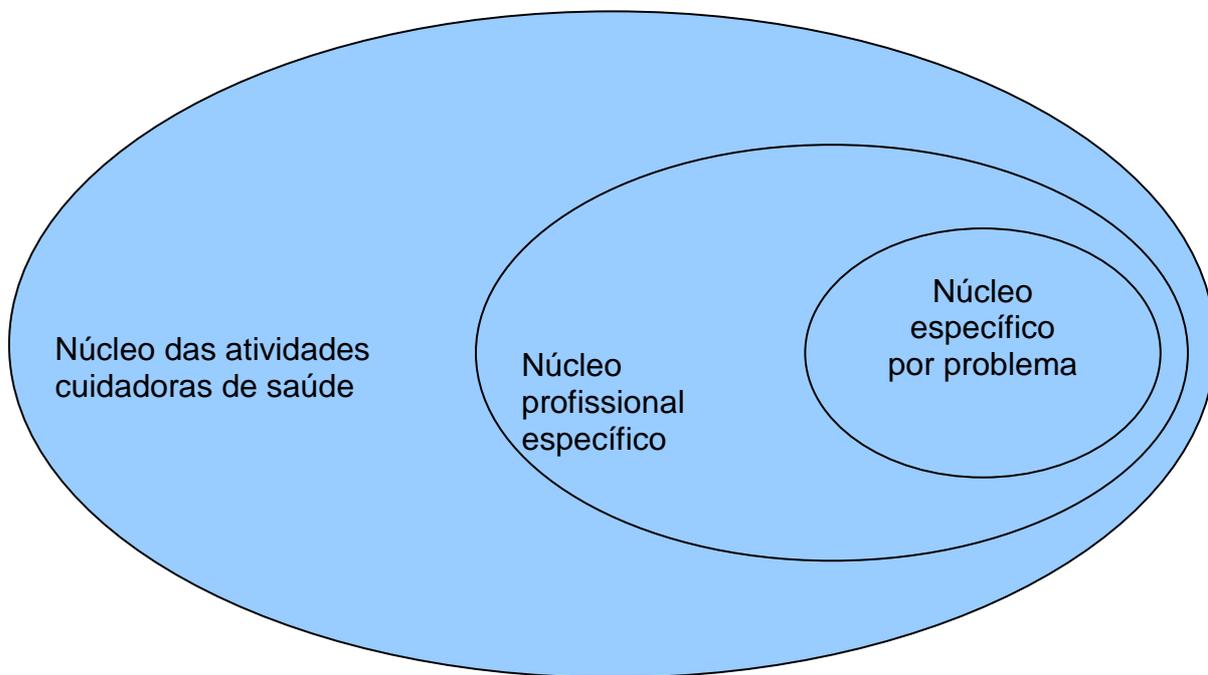


Figura 1- Modelo de atenção em saúde descrevendo a relação das equipes técnicas em ações de saúde, com o núcleo específico e comum. Fonte: Merhy (2001).

Depreende-se, assim, que dentre as ações dos profissionais de saúde no CERSAM o cuidado é a ação mais importante no trabalho interdisciplinar, uma vez que todo profissional de saúde no CERSAM é um cuidador, atuando com as tecnologias leves. Essa afirmação é corroborada por Merhy (2002), para quem todo operador do cuidado produz acolhimento, responsabilização e vínculo e, é um interlocutor das relações com os diversos núcleos de saberes profissionais que compõem a equipe interdisciplinar. O trabalho interdisciplinar definido na III Conferência de Saúde Mental propõe o rompimento com os “especialismos” e a construção de um novo trabalhador em saúde mental que tenha uma visão integral e não fragmentada da saúde (BRASIL, 2001).

Para Pinho (2006) o trabalho interdisciplinar pressupõe a produção de conhecimento tendo, portanto, um caráter epistemológico e permite a integração de várias disciplinas e áreas específicas.

O enfermeiro tem uma ação que se insere no campo comum: a produção de cuidados embasados nas tecnologias leves em saúde, referidas nesse trabalho pela

via do acolhimento à crise, no exercício da função de técnico de referência, no atendimento à família, nas ações intersetoriais e nas articulações em rede. Entretanto, toda ação endereçada ao outro é marcada pelo olhar específico da categoria que contribui para o enriquecimento do campo comum. Nesse sentido, a sua ação está sustentada no núcleo específico, ou seja, no que o profissional traz de específico da sua formação.

Para Campos (1997), o núcleo de competências refere-se ao conjunto de saberes e responsabilidades específicas de cada profissional, bem como a especialidade marcando a distinção dos profissionais com formação diferente numa equipe. Já o campo de competências é entendido como um conjunto de saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a vários profissionais ou especialidades permitindo certa abertura no paradoxo da autonomia e definição de responsabilidades (CAMPOS, 1997).

Maia; Pavarini (2001) apontam na pesquisa realizada com enfermeiros em serviços substitutivos, dificuldades relacionadas com o deslocamento do núcleo de competências exclusivo dos enfermeiros, para o núcleo de ação comum a todos os elementos da equipe. Para Oliveira; Alessi (2003) esse aspecto trouxe tensão para a categoria, pela coexistência de ações técnicas privativas e ações comuns dos vários técnicos, pela diminuição gradativa das peculiaridades.

Observa-se que as ações de cuidado do enfermeiro, que sempre foram entendidas pela categoria como específicas, compõem atualmente o rol de atividades comuns a todos os trabalhadores da saúde mental nos CERSAM, conforme entendidas por Merhy (2002) no campo das tecnologias leves. Entretanto, essas ações foram definidas pelas teorias da enfermagem psiquiátrica, no início da década de 1960 com Peplau que instituiu o marco teórico da profissão. Essas teorias definiram o enfermeiro como agente terapêutico, agente socializador, educador em saúde. Nestas ações o enfermeiro utiliza das relações interpessoais como a estratégia mais importante, maximizando os aspectos saudáveis dos usuários e ressignificando as suas limitações. Não obstante a definição das funções específicas da categoria, essas foram pouco exploradas em detrimento a contingências histórico-sociais. Durante o seu percurso hospitalar na história da psiquiatria, o enfermeiro esteve ancorado, submisso e vigilante da prática médica, distanciado do paciente com ações alienadas.

Entretanto, os dados da pesquisa evidenciam que o enfermeiro realiza ações de cuidar, comum às várias categorias, estas podem permitir pela via da práxis reflexiva revelar características específicas da categoria. São procedimentos direcionados a incentivar e auxiliar o usuário nas suas atividades cotidianas, nomeadas como: secretariar, apoiar e acompanhar o usuário na condução de sua vida diária. Os relatos a seguir confirmam esse achado:

Aqui, o enfermeiro realiza o atendimento ao paciente. Esse atendimento, é lógico, não é psicoterapia, eu não me proponho a isso, não é o meu papel, eu não tenho essa formação, posso até depois fazer outros cursos. Mas eu consigo dar certa norteadada nas pessoas, dar um apoio, secretariar, acompanhar. (E06)

Avalio que o cuidar do paciente com transtorno mental é feito de pequenas coisas como sentar e analisar, junto com ele, o que ele dá conta, o que é possível. Ajudá-lo a conviver com a família. Atuar com a comunidade. (E07)

A análise do dado aponta para ações do enfermeiro “secretariar” a linha guia de saúde mental da SES/MG (2006) orienta que alguns psicóticos mais graves carecem desses cuidados nos diferentes aspectos de sua vida, como a marcação da visita ao dentista, ajuda no gerenciamento dos recursos financeiros, dentre outros.

A prática do cuidado com base na tecnologia de técnico de referência revela-se como um fazer sustentado em cuidar com autonomia. Para Barros (2008), esse aspecto é a questão central no tratamento em saúde mental referenciado no paradigma psicossocial que deve ancorar as práticas dos profissionais.

Para Kinoshita (2001), autonomia é dar capacidade ao sujeito de gerar normas e ordenar sua vida, diferindo do conceito de auto-suficiência ou independência, capacitando-o para conduzir sua vida. Para Saraceno (2001), esses aspectos se traduzem no alcance atingido pelo sujeito em operar permutas sociais que tenham produção de valor. Com base nessa definição, é possível afirmar que este estudo revela uma aproximação do cuidado do enfermeiro no CERSAM com a reabilitação psicossocial, ao buscar promover o aumento de autonomia do usuário sob a sua responsabilidade.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial constitui o arcabouço teórico do modelo da Atenção Psicossocial, que é potente para operar a reinserção social. Para o autor, reabilita-se quando se direciona as ações para habilitar o usuário a adquirir poder de contratualidade no seu habitat, no campo social e no trabalho, bem como ampliar sua autonomia pela via das permutas afetivas, econômicas e sociais. Nesse sentido, as ações cuidadoras de apoiar, secretariar e acompanhar adquire valor terapêutico. Assim, o depoimento de um dos entrevistados (“analisar junto com ele” E07) reflete ações que endereçam a implicação subjetiva do sujeito. É preciso atentar para o depoimento de outro entrevistado (“dar uma norteadada na vida da pessoa” E06), que evoca uma ação reducionista, que pressupõe um fazer pelo outro, inviabilizando a sua subjetivação.

Os achados permitem afirmar que no fazer do enfermeiro destacam-se ações centradas na clínica, direcionadas para o manejo psíquico do transtorno mental. Isto aparece, por exemplo, nos relatos que se seguem:

E o trabalho é de escutá-lo de forma diferente, para que ele fale do seu sofrimento, que é visto como se fosse uma purgação. A purgação, a gente trata colocando para fora. O portador de sofrimento mental precisa muito desse cuidado para se estabilizar. (E01)

No meu atendimento com o usuário, vejo que a doença é específica da pessoa. Enxergo a doença do indivíduo. O indivíduo dentro da sua patologia: é a esquizofrenia da Marta, a esquizofrenia da Joana, porque cada um é um. Busco escutá-lo com carinho, com respeito, e dentro desse cuidado, desse carinho, perceber quais são as necessidades afetadas e em que a gente pode realmente prestar este cuidado. Às vezes, é preciso ter mais um pouquinho de cuidado, principalmente na escuta que nem sempre ele vai relatar de maneira precisa o que realmente ele sente [...] o meu principal recurso de trabalho é a escuta. (E02)

A análise dos dados permite inferir que parte dos enfermeiros assume a função de técnico de referência, conforme as recomendações da Política de Saúde

Mental do município. Observa-se que os depoimentos dos enfermeiros demonstram uma ação clínica que remete a ética da responsabilidade, centrada na singularidade.

É importante destacar que esse fazer se assenta em uma base tecnológica que Campos (2003) define como a clínica ampliada, o autor propõe a junção da clínica com a saúde mental complementando-se, nesta perspectiva a clínica atende um sujeito com necessidades biopsicossociais, que estabelece relações sociais e interpessoais.

Assim, pode-se afirmar que parte dos enfermeiros no CERSAM executa uma clínica que se aproxima da clínica ampliada. Para Campos (2003) esta é a clínica do sujeito marcado por uma biografia singular, com um corpo e a sua dinâmica. A doença é colocada entre parênteses e busca-se, inventar saúde para esses sujeitos. Desta forma, a visão do sujeito na sua integralidade é um importante norteador do fazer do enfermeiro.

A ação cuidadora foi definida no início da organização da categoria de enfermagem. Entretanto, o seu percurso na assistência ocorreu de forma fragmentada, mediado por um contexto originado na própria forma de fazer a clínica, que para Almeida e Rocha (1989) sempre foi determinada por um contexto social. Depara-se atualmente, com um momento de reassunção do cuidado pelo enfermeiro surgindo a oportunidade de se criar um *locus* para a reflexão crítica das ações produzidas e a ressignificação de práticas específicas da categoria.

Com essa consideração, pode-se afirmar que o fazer do enfermeiro no CERSAM ganha novos contornos quando da elaboração do projeto terapêutico do usuário. Ainda neste fazer, a família adquire um papel fundamental, uma vez que o cuidado em saúde mental busca a inclusão social e a emancipação dos usuários com transtornos mentais. Os enfermeiros nomeiam as famílias como coadjuvantes no tratamento e apontam novas estratégias para definir sua prática como técnico de referência, conforme se verifica pelos relatos:

Tenho um trabalho próximo com a família, um trabalho de orientação, conscientização com relação à história do seu familiar, das suas possibilidades e dificuldades. (E02)

Eu busco a família para junto desse tratamento, discuto todos os aspectos do tratamento, especialmente da medicação. Quando a

família me relata a dificuldade de medicar seu paciente, dizendo que ele não toma medicação em casa, busco então acompanhá-lo mais de perto, com a colaboração da família. (E04)

Eu atendo o paciente e vejo-o como um todo; posteriormente atendo a família, faço consulta, verificando o suporte que esse paciente tem, e incluo esta no tratamento. (E07)

A abordagem familiar possibilita que o enfermeiro tenha uma ação comprometida com a reinserção social. Os dados revelam ações de conscientizar a família com relação às dificuldades de relacionamento do seu familiar, bem como os aspectos potenciais, orienta e acompanha a terapêutica medicamentosa. A análise dos dados demonstra que as ações de saúde do enfermeiro com a família evidenciam avanços, uma vez que estas estão sendo construídas, pela relação de confiança, apoio, trocas, enfim pelos vínculos. Assim, as atividades dos enfermeiros com a família são evidenciadas como estratégias para a inclusão do usuário no espaço familiar e social. O trabalho com a família compõe o rol das atividades responsivas do técnico de referência conforme orientações definidas pelo Ministério da Saúde para o funcionamento dos serviços substitutivos (BRASIL, 2004).

Para Moreno (2010), a família é compreendida como um espaço privilegiado para a convivência, um espaço de construção da matriz identitária do indivíduo, no qual se articulam gêneros, pensamentos, emoções e crenças. Para a autora, a família faz a mediação entre o público e o privado, está imersa em valores culturais transmitidos entre gerações e possui os seus próprios valores. Nesse sentido, os atributos constitutivos da família estão permeados nas relações que os seus membros estabelecem na sua maneira peculiar de viver a vida.

Para Pimenta e Romognoli (2008), no modelo hospitalocêntrico, a família não tinha participação efetiva no tratamento, o que contribuía para o isolamento e a segregação do usuário, pois estava sobre a ameaça de alienação, necessitando proteção. As autoras afirmam ainda que o grupo familiar era acusado de promover loucura e alienação.

As famílias eram excluídas do tratamento e da responsabilidade ética e social em relação à pessoa tratada, culminando com a exclusão social e política desses usuários. Nas Conferências Nacionais de Saúde Mental construí-se um novo

estatuto para o grupo familiar, situando-o como essencial para a reabilitação do usuário (BRASIL, 1992).

Pressupõe-se que a inclusão da família no tratamento constitui um aspecto fundamental para operar a mudança cultural relativa à forma da sociedade acolher a loucura e a convivência da pessoa com transtorno mental na cidade.

Apreende-se também que um objetivo norteador para a ação terapêutica do enfermeiro é a integração da pessoa com transtorno mental no seu núcleo familiar como sujeito – com limitações, mas com poder de efetuar permutas sociais e afetivas, participando nas tarefas conforme aptidão e capacidade. Assim, o enfermeiro se apropria de novas funções terapêuticas, construídas nas relações técnicas e sociais pela inclusão da família e a da comunidade, ampliando o seu fazer e o seu saber.

O cuidado prestado pelo enfermeiro nessa base tecnológica encontra no CERSAM um terreno propício, dado o espaço multidisciplinar próprio da conformação do serviço. A análise das entrevistas mostra que nesse espaço o enfermeiro se vê na contingência de efetivar um trabalho multidisciplinar com a permuta de saberes. Essa configuração foi destacada pelos participantes do estudo como premissa fundadora das práticas, entendida como espaço da troca, da possibilidade de discutir o seu fazer, do crescimento pessoal e técnico e de explicitar a sua ação específica:

Às vezes não dá para diluir, tem coisas realmente que todo mundo pode fazer, mas o que faz rico a equipe transdisciplinar é isso: cada um ter o seu saber e poder compartilhar seu saber com os demais saberes. Exatamente cada um ter sua especificidade e poder enriquecer o outro com o que tem de específico. O grande desafio. (E02)

A forma que a equipe se organiza aqui no CERSAM é a atuação interdisciplinar para discutir casos com outros profissionais. São terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatras, assistente social; esse grupo conforma a equipe interdisciplinar, eu preciso ter os meus conhecimentos para participar dessa prática que temos aqui. (E05)

Trabalhamos aqui com um grupo multiprofissional. Trocamos experiência durante a nossa permanência no serviço: aquilo que eu tenho dificuldades, aquilo que eu tenho dúvidas, busco discutir todas as questões na equipe e nas reuniões clínicas que temos semanalmente. (E07)

A organização do trabalho na perspectiva multidisciplinar, entendida segundo Vasconcelos (2010) como uma ação conjunta de vários profissionais limitados a justaposição para a realização de determinado trabalho, propicia de acordo com Peduzzi (2001) a quebra da divisão do processo de trabalho em recortes verticais. A atuação das equipes profissionais no CERSAM direciona-se pela perspectiva interdisciplinar, conforme depoimentos dos participantes do estudo. Essa direção vai ao encontro das recomendações para o campo da saúde mental, de acordo com Costa-Rosa (2000) orientam a horizontalização das formas de organização e das relações entre os membros da equipe. Nesse contexto, a interdisciplinaridade é evocada como uma necessidade interna, ao buscar sustentar o cuidado operado no território, lidando com a complexidade das relações sociais que suscitam.

Para Tavares (2005), a interdisciplinaridade pode ser compreendida como uma inter-relação e interação das disciplinas para alcançar um objetivo comum. Ocorre, portanto, uma unificação conceitual dos métodos e estruturas; as potencialidades de cada disciplina são exploradas e ampliadas com interdependência entre os saberes, pela via do diálogo. Observou-se ainda nos dados empíricos que os enfermeiros referem-se aos termos “equipe interdisciplinar”, “multidisciplinar” e “transdisciplinar” como sinônimos.

Os dados coletados neste estudo podem ser analisados também à luz das contribuições de Campos (1999), para quem a forma de operar em equipe pressupõe que a ação terapêutica ocupe um lugar estratégico advindo do vínculo estabelecido com os usuários e a atuação efetiva das equipes multidisciplinares. Para o autor é na construção do projeto terapêutico que se faz o exercício de síntese entre a competência genérica de qualquer profissional de saúde como um cuidador e as competências específicas do profissional. Desse modo, trabalhar na perspectiva interdisciplinar é um fazer que pressupõe rupturas e ressignificações.

Segundo Costa-Rosa (2000), o trabalho da equipe multiprofissional no modelo asilar é fragmentado e encadeado, o atendimento é realizado por

especialistas e o prontuário é o meio de comunicação entre os profissionais. No modelo da atenção psicossocial há uma ruptura com o modelo de “linha de montagem”, fundado na estratificação do saber das especialidades. Para Vasconcelos (2010), a interdisciplinaridade é uma estratégia que envolve troca real de conhecimento e uma integração mais profunda e coordenada entre as disciplinas, superando a multidisciplinaridade.

Para o cuidado do enfermeiro, evidencia-se a superação da tradição positivista e biocêntrica no tratamento dos transtornos mentais e os enfrentamentos de poder causados pela visão disciplinar que sempre constituíram obstáculos (TAVARES, 2005). Conquanto, exigem dos membros da equipe, ajustes, readaptações e adequações, bem como, a necessidade de explicitação e clareza da especificidade. A análise dos dados revela que a participação dos enfermeiros na equipe interdisciplinar é nomeada por eles como “o grande desafio” (E02), pois cada profissional tem que ter o seu saber específico. Esse dado reafirma a necessidade de um saber específico da categoria no cuidar em saúde mental

As pesquisas realizadas por enfermeiros nos serviços substitutivos e descritas neste trabalho revelaram a indefinição da sua identidade profissional, apontada também como um desafio. Esta indefinição foi travada ao longo de sua trajetória profissional que se estende por décadas, conforme descrições de Miranda; Oliveira (2001). É possível inferir neste trabalho que os enfermeiros do CERSAM revelam em seu fazer aspectos que apontam para uma identidade profissional, ainda que de forma incipiente. Na assunção à função de técnico de referência, o enfermeiro tem uma participação ativa e assegurada na equipe interdisciplinar. É um interlocutor natural, por portar o discurso construído da relação interpessoal e técnica estabelecida com a equipe de enfermagem que opera o cuidado durante a crise do usuário no serviço.

Os dados revelam que ao enfermeiro é demandado avaliar e orientar a necessidade de cuidados para usuários do CERSAM que não estão sob sua responsabilidade técnica. Esses usuários estão sob a orientação de outros técnicos da equipe, contudo o enfermeiro analisa, avalia e prescreve o cuidado nos aspectos biológicos, conforme relatos que se seguem:

Os pacientes do CERSAM não apresentam somente um sofrimento psíquico. Diversos pacientes apresentam complicações que são

atendidas mediante avaliação de enfermagem, às vezes são manejadas aqui mesmo dentro da medida do possível. E há o atendimento que é feito dando suporte para outros membros da equipe, [porque] determinados profissionais de outra formação não conseguem detectar outras questões clínicas. (E05)

Como enfermeiros, nós atendemos o paciente do colega, que pode ter uma úlcera, ferida, não estar se alimentando; somos demandados por outros técnicos, para fazer o balanço hídrico, alguma medicação diferente. Eles sempre se reportam a um de nós enfermeiros, então somos também referência para os pacientes do colega, assim da mesma forma que eu recorro à assistente social. (E07)

A análise das entrevistas permite afirmar que o fazer do enfermeiro no CERSAM é atribuído a um aspecto biológico do cuidado: que se refere à intervenção clínica e questões técnicas não dominadas por outros profissionais (tratamento de feridas, medicação, alimentação). Infere-se que, neste fazer, o enfermeiro deve contemplar os aspectos psicossociais para assegurar o cuidado na sua integralidade.

Ressalta-se que os aspectos biológicos do cuidado executados pela equipe de enfermagem exerceram um papel fundamental no modelo médico psiquiátrico durante décadas. A ação de enfermagem voltada aos aspectos biológicos do cuidado (medicação, alimentação) visava apenas à manutenção da vida; assim, o usuário tinha uma atitude passiva de receber os cuidados tornando-se paciente. Esse modelo insiste em permanecer, haja vista os depoimentos dos enfermeiros que, na sua grande maioria, referem-se ao usuário nomeando-o paciente. Este termo refere-se àquele que é receptor passivo de ações técnicas e terapêuticas e é objetivado conforme definições de Amarante (2008). Poucos enfermeiros o nomeiam como usuário, um sujeito implicado com o seu tratamento. No modelo atual, o cuidado direcionado aos aspectos biológicos deve promover uma participação ativa do usuário. Esse é um aspecto essencial nas ações do enfermeiro: estimular o usuário na manutenção de sua higiene pessoal, aumentando sua auto-estima e promovendo sua saúde nos aspectos biopsicossociais.

Note-se ainda que o objeto de trabalho do enfermeiro no modelo biomédico psiquiátrico não estava centrado no cuidado do usuário, mas na maneira de ser executado (ALMEIDA; ROCHA, 1989). No novo contexto, os aspectos biológicos compõem o cuidado na sua integralidade, no qual o enfermeiro assume a ação, avalia, prescreve, orienta, acompanha e, por vezes, executa – estabelece relações. Os relatos dos enfermeiros evidenciam que essa é uma identidade possível, remetendo à origem da profissão, a qual em sua essência institui-se como cuidadora do indivíduo nos aspectos biopsicossociais.

Os enfermeiros entrevistados revelam que o cuidado direcionado aos aspectos biológicos inclui a utilização da tecnologia do auto-cuidado:

Aqui cada paciente é único. Tenho dificuldades com o COREN quando ele pede as rotinas do CERSAM. Aqui não fazemos curativo: fazemos educação em serviço. Orientamos as mulheres da necessidade de frequentar o ginecologista, de fazer exame de mama, de tomar o anticoncepcional; uma educação para esse ser humano, que por estar em crise desvincula-se desse cuidado. O nosso paciente nem sempre é debilitado, ao contrário, tem todas as condições de se cuidar, por vezes o limite causado pela doença mental o impede. Então se educa o usuário, para que ele possa exercitar o seu auto cuidado. Cuidar de si, da aparência, da saúde física, para repercutir também na saúde mental. (E02).

Embora este não seja o relato manifestado pela maioria dos enfermeiros, evidenciou-se que a tecnologia do auto-cuidado é uma estratégia utilizada e torna-se fundamental para promover a inserção do sujeito social, pois aposta nas potencialidades do sujeito e minimiza suas limitações. Para Silva et al. (2009), o auto-cuidado é compreendido como um conjunto de ações e atitudes aprendidas pelos sujeitos. Para os autores, estas ações objetivam ampliar as possibilidades dos usuários das famílias e comunidades, para que tenham iniciativas e assumam as responsabilidades com a sua saúde e as suas vidas. Observa-se que essa modalidade de atenção do cuidado nos aspectos biológicos não foi manifestada por todos enfermeiros; infere-se que não a realizam, ou esqueceram-se de mencioná-la, ou realizam-na e não a valorizam.

Contudo, esse aspecto requer reflexões, por tratar-se de função específica do enfermeiro, revelando ações terapêuticas esperadas no modelo de atenção psicossocial. Este propõe aumento da autonomia do usuário e da capacidade de ordenar sua vida, conforme proposto por Kinoshita (2001). A execução do cuidado direcionado aos aspectos biológicos ancorado nesta abordagem rompe com o cuidado adaptativo e alienante. Nesse sentido, ao utilizar esta estratégia vinculada aos aspectos biológicos do cuidado, o enfermeiro auxilia os usuários a se empenharem na construção do seu próprio caminho e do seu bem-estar.

Outra abordagem do cuidado relaciona-se aos aspectos psicossociais, pouco explorados na formação geral do enfermeiro, mas evidenciados nas entrevistas como iniciativas de alguns enfermeiros para prestar o cuidado:

Trabalho em grupo, onde se avalia a capacidade do usuário falar dos seus sentimentos; aqui no CERSAM é uma atribuição que eu tenho, conduzir a oficina de higiene e saúde onde se trabalha as questões da família e discutem-se sobre o fim de semana, temas de saúde, de higiene, o usuário faz comentários de um livro, de um filme. (E05)

A análise desse depoimento permite afirmar que a prática do enfermeiro ancorada nesta ação possibilita as permutas sociais, aumentando o poder de contratualidade conforme definido por Saraceno e Kinoshita (2001), uma vez que amplia o relacionamento social e a reaprendizagem da convivência. O enfermeiro auxilia o usuário na construção de modos mais efetivos para lidar com o seu sofrimento, de acordo com Taylor (1992) ao expô-lo em grupo é avaliado por seus pares e também se avalia e assim, constrói um sistema de validação social. A análise revela ainda que esse aspecto do cuidado, fundamental para possibilitar a integralidade do cuidado, foi mencionado apenas por um enfermeiro, reforçando e reafirmando o risco da realização de um cuidado parcial no CERSAM. Esse achado aponta para a pertinência de uma revisão na formação geral do enfermeiro, ainda centrada predominantemente no modelo médico, dificultando a execução de um cuidado na perspectiva da integralidade, requerido no campo prático.

Esse aspecto revela que o cuidado do enfermeiro no CERSAM deve priorizar o atendimento da pessoa com transtorno mental na sua integralidade e não repetir as velhas práticas centradas no modelo que fragmentam o sujeito.

5.1.1 Núcleo específico do cuidado dos enfermeiros no CERSAM: Gerência da assistência

Compreende-se a gerência da assistência como um conjunto de estratégias de planejamento que objetivam desenvolver ações e atividades que compõem o processo de trabalho da enfermagem (RIBEIRO; SAMPAIO, 2009). Para as autoras, esse processo pressupõe o domínio de habilidades e competências específicas que extrapolam ações em saúde, especialmente na dimensão técnico-administrativa, pois o enfermeiro tem a atribuição de gerenciar a sua equipe, definida na lei do exercício profissional. Na esfera desse gerenciamento, de acordo com as autoras, destacam-se as atividades de acompanhamento da evolução de enfermagem, a prescrição dos cuidados e a supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem. O enfermeiro deve, ainda, administrar os recursos materiais, equipamentos e pessoas para a prestação da assistência; avaliar o desempenho dos profissionais e delegar funções.

Pesquisa realizada por Peduzzi e Anselmi (2002) sobre o trabalho gerencial do enfermeiro apontou que as atividades de registro das ações de enfermagem são consideradas burocráticas. As autoras avaliam, contudo, que estas atividades constituem uma premissa básica para o controle do processo de trabalho. Na mesma pesquisa, foi considerado também que a evolução e a prescrição de cuidados de enfermagem realizados pelos enfermeiros representam momentos centrais do cuidado. Esses aspectos permitem avaliar a história das práticas e das técnicas de enfermagem, compreendendo a evolução do processo e as implicações no contexto atual.

Essa análise, de acordo com Almeida e Rocha (1989), aponta para duas vertentes, dois pólos do mesmo processo de trabalho: a gerência administrativa e a execução da assistência, cabendo ao enfermeiro a tarefa de dirigir e gerenciar os cuidados e à equipe de enfermagem - auxiliares e técnicos - a tarefa de executá-los. Para as autoras, o desenvolvimento da categoria nos serviços de saúde fez-se tradicionalmente pela absorção da equipe de enfermagem para execução da assistência, delegando ao enfermeiro o papel gerencial de planejar e organizá-la. Essa conformação distanciava o enfermeiro do usuário, uma vez que esse espaço

de operar o cuidado sempre foi ocupado por sua equipe – os técnicos e auxiliares de enfermagem. Pesquisa de Peduzzi; Anselmi (2002) sobre o processo de trabalho de enfermagem revela que o objeto de trabalho do enfermeiro é o cuidado e o gerenciamento do cuidado.

Com essas considerações apreende-se que o enfermeiro possui uma ação específica tradicionalmente construída: gerenciar a assistência da equipe de enfermagem e em função disso, um distanciamento do cuidado. Nesta trajetória que se estende por décadas, o enfermeiro assumia os supostos poderes de gerentes dos hospitais. Segundo Miranda; Oliveira (2001), esse foi o modelo gerencial utilizado nos hospitais psiquiátricos durante décadas, o qual operava a segregação e a violência. Considerando a trajetória do enfermeiro, constata-se que a característica essencial das suas ações gerenciais deu-se pela prescrição, organização, controle e avaliação da assistência, portanto, disciplinador.

Os dados coletados neste estudo permitiram evidenciar que o fazer do enfermeiro nos CERSAM supera a clássica divisão do trabalho da enfermagem marcado pela oposição entre cuidar e administrar, pois o enfermeiro atua diretamente com o seu objeto de trabalho, o cuidado com o usuário, compreendido como a essência do seu fazer. Se o percurso do enfermeiro deu-se vinculado à (in) definição do seu papel técnico, fruto de uma determinação social, constata-se nos CERSAM que os enfermeiros efetivam o papel de cuidadores. Como componente desse fazer, elaboram os planos de cuidado dos usuários, supervisionam as atividades administrativas e técnicas de enfermagem que se corporificam como específicas da categoria. Essa especificidade é expressa pelos enfermeiros do estudo como a gerência da assistência e a prestação do cuidado nos aspectos biológicos. Por meio destas atividades, os enfermeiros viabilizam a interlocução com a equipe e materializam os planos de cuidado dos usuários sob sua responsabilidade técnica e eventualmente, nos aspectos biológicos dos demais usuários em tratamento no serviço.

Os achados do estudo permitiram evidenciar que a equipe de enfermagem realiza as ações de cuidado físico, de hidratação, contenção física, atividades socializantes e pedagógicas com os usuários. Outras atividades foram mencionadas, tais como visitas domiciliares, observação do comportamento do usuário e registro das atividades realizadas, durante sua permanência no serviço. Participam de

cursos, do processo de educação permanente e das reuniões da equipe interdisciplinar. Todas essas ações compõem o rol das atividades técnicas da equipe de enfermagem nos CERSAM. Os enfermeiros prescrevem, orientam e avaliam as atividades da equipe de enfermagem. O relato a seguir ilustra esse aspecto:

Aqui, você tem que ser capaz também de organizar a enfermagem, não deixar faltar nada de material, tomar providências para o cumprimento da escala. Na falta de um funcionário coloca-se outro, é necessário rever a escala constantemente. Nós, enfermeiros, estamos mais atentos aos papéis da enfermagem, cuidados técnicos, material que não pode faltar, todo tipo de material para acolhimento. Será a função da enfermagem na saúde mental também nos CERSAM a de suprir os recursos humanos em enfermagem, de não deixar que os plantões de enfermagem fiquem descoberto. Eu divido essas ações em: farmácia, transporte, cuidados gerais. (E01)

A análise do enunciado revela ações de enfermagem direcionadas para a organização e adequação dos aspectos materiais, que viabiliza ações pontuais e efetivas. Assim, a preocupação do enfermeiro com o suprimento material para realização do acolhimento aponta a contradição, uma vez que esse requer o domínio de habilidades cognitivas e afetivas.

A análise do relato acima revela ações do enfermeiro vinculadas aos aspectos administrativos, entendida como ações gerenciais da assistência indicada nas expressões “não deixar faltar nada de material”, “tomar providências para o cumprimento da escala” e “divido essas ações em: farmácia, transporte, cuidados gerais”. Esse dado revela a pertinência de análise da distribuição de tarefas no CERSAM de tal forma, que não haja sobreposição para o enfermeiro e para a equipe de enfermagem, que devem ter ações focadas nos cuidados e na gerência da assistência. De acordo com Peduzzi; Anselmi (2002), essas ações consistem em acompanhar a evolução da enfermagem, prescrever os cuidados, supervisionar a equipe de enfermagem, administrar os recursos materiais, equipamentos e pessoas para a prestação da assistência, avaliar o desempenho dos profissionais e delegar funções.

Como enfermeiro trabalha-se aspectos de supervisão, como atribuição da equipe de enfermagem dentro do serviço, temos uma escala com distribuição de tarefas. A nossa supervisão consiste de fato em não só participar com eles, mas também verificar essas ações. Relacionados à medicação; temos técnicos de enfermagem escalados para observação e administração de medicação, os cuidados nutricionais e higiênicos. (E05)

Esse relato revela que os procedimentos realizados pela equipe de enfermagem estão direcionados para a execução do cuidado. Depreende-se, contudo, a fragmentação dessas ações que caracteriza a divisão de tarefas. Essa forma de executar o cuidado apresenta aproximações com o cuidado pineliano, que entre suas premissas definia a organização do espaço hospitalar, a manutenção da disciplina e a submissão à autoridade visando à correção dos comportamentos pelos sintomas apresentados (FOUCAULT, 2002). Percebe-se, assim, a pertinência de repensar outras formas de organização do trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que as ações de saúde devem ser integralizadas (BRASIL, 2005).

Os dados revelaram que as ações burocráticas administrativas realizadas pelos enfermeiros estão vinculadas predominantemente à gerência da assistência ou do cuidado operado pela equipe de enfermagem. Evidenciaram, também, ações eminentemente administrativas realizadas de forma minimizada pelo enfermeiro que deveriam estar vinculadas a outras esferas de ações.

Eu faço a escala de enfermagem, dos dias de trabalho, de cuidados de enfermagem. Temos uma escala de cuidados. A equipe de enfermagem tem atribuições separadas. Aquele que vai buscar e levar e medicar o usuário em casa, aqui tem funcionário responsável pela sala de observação, pelo posto de enfermagem, administração de medicamentos para o usuário que está passando o dia. Na escala tem-se um funcionário que está na farmácia, outro na circulação, acompanhando o paciente que está no pátio. E o nosso cuidado em relação à supervisão também é avaliar a capacidade de atuação desses profissionais. (E02)

A análise do depoimento revela que a gerência da assistência realizada pelos enfermeiros no CERSAM está comprometida com a organização e execução da assistência prestada ao usuário. Infere-se assim, que as atividades burocráticas e administrativas priorizadas historicamente pelo enfermeiro antes da reforma psiquiátrica foram ressignificadas no modelo atual. Não obstante esse novo paradigma instituir-se efetivamente nos serviços ressalta-se a necessidade de discernimento para superar o desafio de não priorizar um ou outro aspecto da função – ou a clínica ou a gerência – para exercer uma ação ética e técnica comprometida com o usuário. Afinal, as ações gerenciais da assistência para efetivar o cuidado e aquelas específicas da categoria, como a ação terapêutica de cuidar, não são dicotômicas e sim necessárias e fundamentais para atingir a integralidade do cuidado. Há que se encontrar uma mediação para que não se contraponham, mas em vez disso, se potencializem.

Os dados indicam, ainda, que existe efetivamente uma preocupação com uma melhor assistência por parte da equipe de enfermagem na prestação do cuidado ao usuário, uma vez que, parcela das ações desenvolvidas direciona para a inserção social. Contudo, parte dessas ações revela um cuidado fragmentado e parcelado, caracterizado pela divisão de tarefas da equipe de enfermagem. Depreende-se que esses trabalhadores deveriam igualmente executar o cuidado ao usuário na sua integralidade, centrado no vínculo e responsabilização, característico do trabalho do técnico de referência.

A ação gerencial da assistência efetuada pelos enfermeiros também é objeto de análise. Para Onocko-Campos (2003), a gerência é uma ação vinculada ao exercício do poder, da disciplina e do controle, uma vez que é realizada sobre as ações dos outros, opera em fluxo contínuo e tem como consequência a institucionalização. Em contraposição a essa forma de operar, a autora propõe que as instituições trabalhem com processos de auto-gestão por meio de arranjos e dispositivos.

Dentre os arranjos e dispositivos utilizados pelo enfermeiro no seu fazer gerencial destacam-se os cursos, a educação permanente, a formação, a análise e a supervisão institucional. Os relatos dos enfermeiros revelam que eles se utilizam do dispositivo da capacitação na relação com a equipe de enfermagem, caracterizando-se como uma forma específica de gerenciar o cuidado, conforme descrito a seguir:

Realizamos a capacitação profissional com a equipe de enfermagem, temos as reuniões periódicas para preparar os nossos funcionários, para o trabalho no CERSAM e formar um espírito de grupo e de equipe, especialmente para entender o objetivo do serviço. (E01)

Nós, os enfermeiros, somos responsáveis pelo funcionamento diário, por esse acompanhamento. O nosso funcionário é formado para ser supervisionado e às vezes, aqui dentro, a função da supervisora de enfermagem é muito diluída dentro da equipe. Então, às vezes o funcionário da enfermagem fica perdido, às vezes ele recebe uma orientação da assistente social, do psicólogo, e às vezes não entendem isso porque eles não foram formados para isso. [...] Eu faço educação em serviço, com os funcionários, eu discuto a questão teórica, traçam-se conjuntamente os cuidados de enfermagem aos usuários, é uma coisa muito dinâmica, nós fazemos reuniões periódicas com cada plantão, mais prática do que teórica e temos também a parte teórica do estudo de caso. (E02)

A análise dos dados revela aspectos da gerência que demandam considerações. Quando o enfermeiro aponta que “os funcionários foram formados para serem supervisionados”; “às vezes eles ficam perdidos com a orientação da psicóloga ou assistente social”. Esses depoimentos remetem a uma ação gerencial que vinculada ao controle e a disciplina, como discutido por Onocko-Campos (2003). Depreende-se que a equipe de enfermagem deve operar o cuidado necessário para assegurar uma assistência efetiva ao usuário, responsabilizando-se por ela. Infere-se que esse cuidado pode ser prescrito por todos os técnicos da equipe interdisciplinar. Assim, o enfermeiro deve ter uma ação técnica de orientar, discutir, acompanhar se necessário, bem como avaliar, uma vez que responde tecnicamente pela assistência. Essa ação deve ser diferente do modelo anterior, no qual o enfermeiro supervisionava a forma da execução do cuidado, que visava controle e disciplina.

A análise demonstra também que os enfermeiros no CERSAM operam com os dispositivos da gerência da assistência, promovendo um movimento de transformação e crescimento da equipe.

Depreende-se, ainda, a importância de criar e assegurar estratégias para promover a educação permanente, a participação nas reuniões de equipe, a construção do diálogo e da interlocução. Esses aspectos asseguram a instauração da gestão horizontalizada, participativa e inovadora, ações essenciais para a viabilização do projeto terapêutico.

5.2 Saberes que fundamentam o cuidado do enfermeiro no CERSAM

A análise dos dados permitiu compreender que o cuidado do enfermeiro em saúde mental está sustentado em fundamentos teóricos. Segundo Almeida; Rocha (1989), o objeto de trabalho do enfermeiro é a sua prática, contudo a forma de apreendê-lo se faz pela via da fundamentação teórica. Esses saberes são de ordem técnica e científica, complementados por outros não científicos constituídos pelo senso comum (ALMEIDA; ROCHA, 1989). Assim, torna-se possível nomear as ações, compreendê-las, sistematizá-las, executá-las, refletir e inventar novas possibilidades. Para essas autoras, durante séculos a enfermagem foi constituída como um campo de práticas cuidadoras, dentre elas as de prescrever e supervisionar os cuidados realizados pelos atendentes e auxiliares de enfermagem, além de capacitá-los. Depreende-se, assim, que nesse agir e cuidar estava implícita uma multiplicidade de modelos que determinavam as ações.

Desta forma, torna-se necessário buscar fundamentação teórica para as práticas que se instituem nos espaços de trabalho. Deve-se apreendê-las explicitando o modelo assistencial que as referendam, para adquirir maior consciência sobre o seu fazer e assumir um compromisso ético.

Gonçalves (1994), ao abordar as tecnologias do trabalho, traz contribuições sobre a importância do saber, ao considerar que é na relação com o objeto de trabalho que se dá a apreensão das generalizações e estruturas da prática, as quais se expressam tanto nos instrumentos como nos discursos. Para tanto, há que se ter clareza do objeto de trabalho. Isso implica saber em que visão de mundo e de modelo assistencial se opera.

De acordo com Merhy (2002), os modelos de atenção adotados nos serviços nem sempre estiveram comprometidos efetivamente com a cura e com a promoção. A história da loucura mostra que a atenção em saúde mental e psiquiátrica sustentada no modelo manicomial esteve comprometida com a exclusão social da pessoa com transtorno mental e com o estigma da periculosidade, em contraposição ao modelo da Atenção Psicossocial que se compromete com a inserção e reabilitação psicossocial.

A análise dos dados permitiu compreender que o cuidado do enfermeiro nos CERSAM está ancorado em saberes que tomam a ética como premissa central nas relações terapêuticas. Elegem o indivíduo na sua singularidade, todavia é possível apreender, por vezes de forma explícita, resquícios do modelo de atenção focada no manicômio.

Os principais saberes nomeados pelos enfermeiros nas entrevistas foram as teorias das necessidades humanas básicas; os saberes da psiquiatria e da psicanálise e os saberes da Atenção Psicossocial e da reabilitação psicossocial. Esses fundamentos teóricos orientam as práticas dos enfermeiros participantes do estudo, como ilustrado nos depoimentos que se seguem:

Os saberes necessários para o cuidado do enfermeiro em saúde mental consistem no conhecimento do desenvolvimento humano, na compreensão do ser humano enquanto ser social e na teoria das necessidades básicas do ser humano. (E05)

Os conhecimentos necessários para a minha prática são os saberes da enfermagem em saúde mental, as necessidades humanas, o conhecimento da psicopatologia e a prática com a equipe. (E07)

Os enfermeiros compreendem por necessidades humanas básicas aquelas que contemplam os aspectos biológicos, psíquicos e sociais. Nesse sentido, elaboram estratégias que viabilizam a satisfação dessas necessidades, bem como a definição da conduta terapêutica.

Para Irving (1979), estudiosa da enfermagem psiquiátrica, as necessidades humanas são de ordem física, emocional e social. As necessidades físicas são inatas e estão relacionadas às funções corporais ou fisiológicas, enquanto as

emocionais desempenham um papel motivador. Nesse sentido, o relacionamento intra e interpessoal inclui a necessidade de amar e ser amado, de ser aprovado, a importância do reconhecimento e da estima. As necessidades sociais referem-se ao relacionamento satisfatório com a cultura e com a sociedade.

Um dos princípios da enfermagem para a execução dos cuidados na saúde mental assenta-se na perspectiva holística. “Os seres humanos são vistos como sistemas complexos de partes inter-relacionadas e seu todo é maior do que a soma de suas partes” (TAYLOR, 1992: 46). Para a autora esta posição reconhece a interdependência e o inter-relacionamento de todos os componentes do organismo, com a pessoa e com o ambiente. Assim, o enfermeiro vê o usuário com uma multiplicidade de necessidades inter-relacionadas com todo o seu sistema e estas devem ser atendidas. O enfermeiro deve então, considerar o sistema social do usuário, as doenças físicas, o que exige do profissional além das habilidades interpessoais, conhecimento de patologia e outros aspectos que relacionam com a vida do usuário, a cultura e a religião.

Nesta perspectiva, os fundamentos teóricos relatados pelos enfermeiros constituem-se, marco essencial para orientar o planejamento e a execução do cuidado, prestado aos usuários dos CERSAM:

O cuidado em saúde mental é aquele realizado para o sujeito diante de um quadro de sofrimento conseqüente à dificuldade vivida, seja no âmbito social, psíquico ou mesmo biológico. Desta forma, o cuidado é realizado para atender essas instâncias biopsicossociais. (E05)

O portador de sofrimento mental aqui é a pessoa com o seu sofrimento e nos cabe detectar as necessidades biopsicossociais afetadas e considerar todos esses aspectos para planejar a assistência. (E07)

É preciso ter um cuidado maior com esse paciente no momento da observação ao fazer o levantamento das necessidades, porque nem sempre terá facilidade para verbalizar, pois nem sempre o paciente tem crítica do seu estado. (E02)

A análise dos dados reafirma o reconhecimento das necessidades biopsicossociais como o fundamento teórico do cuidado do enfermeiro no CERSAM e a utilização desse referencial para promover a ação terapêutica, remetendo à essência da profissão da enfermagem.

A institucionalização do saber da enfermagem nasce com uma proposta de atenção holística incorporando o cuidado físico e psicológico, a reabilitação social e o cuidado relativo às práticas educativas na saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Na saúde mental, evidencia-se também a atenção focada no cuidado biopsicossocial, na identificação das necessidades afetadas e na consequente elaboração de estratégias para realizá-lo.

Nesta perspectiva, o trabalho do enfermeiro sustenta-se em tecnologias relacionais que implicam em trocas afetivas e emocionais e em crescimento pessoal:

Aqui, cuida-se do paciente como um todo, ele e a família. Entendo o cuidado em saúde mental como algo novo, com estratégias e ações diferentes; é muito abrangente, é aquele cuidado diferente do cuidado realizado no hospital, porque após o atendimento o paciente vai embora, aqui é necessário criar vínculos. (E07)

Eu discuto com o paciente, não lhe imponho a necessidade de vir todos os dias, discuto com ele o tratamento, busco a família para junto a esse tratamento. Quando a família relata sobre a medicação informando que ele não a toma em casa, então essa medicação deverá ser realizada no serviço, levo o paciente para o consultório. Este é um momento de diálogo, é um momento em que ele expõe todos os seus sentimentos e desejos, o que ele realmente quer, e faz uma avaliação do serviço, porque esse processo é importante para nós. (E04)

Esse aspecto do cuidado revelado pelos enfermeiros aponta para a utilização de tecnologias de cuidado que possibilitam a solidariedade, a afetividade e a compreensão, constituindo um conjunto de tecnologias leves. Essas tecnologias são definidas por Merhy (2002) como um conjunto de saberes organizados que operam na produção de produtos singulares e também para organizar as ações humanas nos processos produtivos e inter-relacionais. Para o autor, as tecnologias

leves em saúde operam na intersubjetividade, produzindo vínculos, autonomização e acolhimento.

Depreende-se, então, que o momento do encontro do trabalhador em saúde com o usuário é o espaço privilegiado para se efetivarem ações criativas e inventivas que tornam os indivíduos singulares em sujeitos dos seus atos. O trabalhador utiliza a sua história, inteligência, habilidades e capacidade inventiva para operar nesse momento marcado pela liberdade que o trabalho proporciona.

A análise dos dados permitiu compreender que além da concepção do cuidado como tecnologia relacional, há um conjunto de outros saberes constituídos no ato de prestar o cuidado no CERSAM.

Para Merhy (2002), a possibilidade de compreender o problema de saúde articulando estratégias para a sua resolução está diretamente vinculada ao conjunto de saberes agregados e disponíveis ao profissional. Assim, no cuidado do enfermeiro no CERSAM pode-se afirmar que existe uma multiplicidade de saberes que referenciam as práticas e, ainda, os saberes construídos na própria prática.

Neste sentido, esse cuidado caracteriza-se também como uma práxis. Essa compreensão é exemplificada nos depoimentos que se seguem:

Eu estou aprendendo com essa prática, com a supervisão, faço supervisão. Aprendo com a leitura e aprendo com os colegas, converso um pouco sobre o caso. Nesse sentido, eu tenho aprendido muito. Em saúde mental é muito interessante, há um crescimento pessoal, diferente de uma técnica que se aprende, repete e muda se necessário. Na saúde mental não, é um crescimento diferente, enorme em todos os aspectos. (E06)

O meu trabalho no início era realizado de forma meio empírica, acontecia via troca de experiências, estudando, discutindo cada caso, pedindo auxílio aos colegas por trabalharmos aqui com um grupo multiprofissional. Durante todo o trabalho trocamos experiências, aquilo que eu tenho dificuldades, aquilo que eu tenho dúvidas, procuro aprender especialmente com os colegas. Posso dizer que o saber que orienta minhas práticas é o intuitivo e o saber do coração. (E07)

Os saberes que auxiliam as minhas ações estão diretamente relacionados à questão da prática, me baseio principalmente nisso e na rotina. (E03)

Para Vásquez (1986), toda atividade humana que produz uma ação social transformadora pela via da consciência reflexiva é uma práxis. Neste sentido, processa avanços e superação, na visão dialética de negar e absorver os aspectos de uma dada realidade referenciando-se por uma ação criativa na própria realidade. Existe um processo de interdependência social, que segundo Vásquez (1986) coloca os homens imbricados entre si numa rede de relações sociais situadas num terreno histórico. Portanto, o homem é capaz de fazer a si mesmo e de se elevar como ser humano por meio de sua atividade prática e, com o seu trabalho, transformar o mundo material.

Os dados revelaram que a forma de apreensão teórica do trabalho pela via da práxis caracteriza a atitude de uma parcela dos enfermeiros, não sendo uma prática linear da categoria entrevistada. Apreende-se, contudo, a pertinência de instituir um processo de trabalho que priorize a realização das práticas, a possibilidade de refletir sobre elas, como também a oportunidade de transformá-las. Esse é o espaço que viabiliza a criatividade e a invenção características do movimento transformador implantado pela reforma psiquiátrica.

Evidenciou-se, ainda, que os enfermeiros valem-se dos saberes anunciados como fundamentais para definir a conduta a ser tomada, bem como para o encaminhamento e a orientação da sua prática, uma vez que o diagnóstico clínico norteia a direção do tratamento. Os relatos abaixo confirmam essa análise:

Tem que se diferenciar se o paciente é neurótico logo no início. Mas, acolhe-se o paciente, define se é um neurótico ou psicótico. Se for um neurótico grave, ele é acolhido e elabora-se a conduta terapêutica e encaminha o mais rápido possível para o centro de saúde para fazer psicoterapia. Se for um psicótico a gente acolhe, tira da crise e posteriormente é encaminhado também para o centro de saúde, mas depende do estado de melhora do paciente. (E02)

Temos paciente aqui no serviço que é bipolar que está em mania. Em sua casa pega o lixo e o coloca dentro de casa, tem outros que se encontram delirantes, o outro está persecutório com a família, desta forma o projeto terapêutico tem que ser baseado na doença e nas comorbidades do paciente, me referencio muito nesse aspecto, consegue-se ver quem é mais grave no momento. (E04)

Os enunciados “o projeto terapêutico tem que ser baseado na doença e nas comorbidades do paciente, me referencio nesses aspectos” revelam um discurso vinculado à prática psiquiátrica e ao modelo hospitalar, no qual o enfermeiro tinha um papel disciplinador e controlador. Permitem inferir que existe uma aderência à clínica psiquiátrica como um importante referencial na produção do cuidado do enfermeiro no CERSAM.

A proposta de desinstitucionalização proposta por Rotelli et al. (1990) aponta para uma mudança nas concepções e práticas e no desmonte do conjunto de saberes científicos, legislativos e administrativos a fim de retomar o contato com a existência da pessoa com transtorno mental. Não busca a etiologia da doença, mas adota a direção de uma intervenção prática, sendo que a doença passa a ser existência-sofrimento dos usuários.

Depreende-se, contudo, que os conhecimentos da nosologia psiquiátrica, os transtornos da vida psíquica e a produção dos sintomas, são referências essenciais para identificar o diagnóstico clínico do usuário, bem como para a elaboração da conduta terapêutica. Contudo, esses aspectos apontam os desafios da convivência com a pessoa com transtorno mental, haja vista a exclusão social amparada no saber médico psiquiátrico que durante décadas prescrevia excluir, segregar e silenciar. A abordagem teórica da Atenção Psicossocial, segundo Costa-Rosa (2000), orienta para a necessidade de buscar a implicação do sujeito no seu tratamento. Assim, operar um deslocamento do pólo técnico-científico para o pólo ético-estético pela ampliação e mudança do paradigma de cura-doença para o de existência-sofrimento.

Os dados do estudo revelam que os saberes relacionados às teorias da psiquiatria influenciam algumas práticas dos enfermeiros nos CERSAM. Estas práticas assemelham-se às práticas de controle e vigilância e objetivam a remissão de sintomas, práticas que hoje se propõe abolir.

Evidencia-se, assim, a necessidade de recorrer aos conhecimentos que sustentam as práticas de enfermagem, o fazer como técnico de referência, a psicanálise e da gestão.

Outro campo de saber mencionado pelos enfermeiros participantes do estudo refere-se aos saberes da psicanálise que orientam uma abordagem diferenciada na execução do cuidado, sendo apontado como referência significativa para o seu trabalho na práxis do cuidado no CERSAM:

Os conhecimentos que referenciam o meu trabalho hoje foram aqueles adquiridos durante a minha formação como enfermeiro. O estágio em saúde mental, além do curricular, pois gostava muito de saúde mental. O conhecimento tanto da psiquiatria biológica quanto da psicanálise. (E01)

Os saberes que orientam o meu trabalho é a psicanálise na escuta, e na minha fala. O cuidado em enfermagem é básico, é igual a qualquer clínica. Contudo, o que ajuda o meu falar e escutar são os saberes da psicanálise adquiridos com toda a formação nestes anos de trabalho. (E02)

Eu participo das supervisões e faço também supervisões quando necessário aqui tem psicanalistas, tem psicólogo psicanalista. Discuto os meus casos com eles, e nesse sentido tenho aprendido muito. (E06)

Evidencia-se que o saber da psicanálise, conforme relato dos enfermeiros orienta uma abordagem diferenciada, pois contribui na escuta e na linguagem para planejar e executar o cuidado por eles prestado. Possibilita ainda, a operacionalização da clínica da singularidade.

A Linha Guia da Atenção à Saúde Mental refere-se à psicanálise como um campo de saber fundamental no movimento antimanicomial, ao operar críticas à clínica analítica e a sua organização institucional (MINAS GERAIS, 2006). Conforme descrito por Penido (2005), a psicanálise lacaniana é identificada como a principal referência teórica a orientar a prática clínica dos profissionais das equipes dos CERSAM. Sua pesquisa também foi realizada nos CERSAM de Belo Horizonte e

identificou a primazia da vertente clínica em detrimento do modelo psicossocial, como a principal atividade dos técnicos desses serviços. Para a autora, há uma maior dedicação para essa execução, sendo esse o eixo orientador das práticas nesses serviços.

Os estudos de Penido (2005), apontando a priorização dos aspectos clínicos em detrimento aos sociais, colaboram na compreensão dos dados obtidos no presente trabalho. Pois, o cuidado na perspectiva da integralidade torna-se um desafio, posto que, a instauração de um campo interdisciplinar na saúde mental pressupõe a interseção de vários olhares e saberes objetivando a reinserção social do usuário.

A proposta da reabilitação psicossocial conforme definida por Saraceno (2001), bem como as ações intersetoriais de acordo com a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, apontam estratégias para enfrentar tal desafio. Para Delgado (2010) a fronteira intersetorial deve ser conquistada, pela via das articulações com os Cras e Creas, da saúde mental no sistema socioeducacional, na articulação com a justiça e saúde pública, na atenção aos usuários de álcool e outras drogas. E ainda buscar uma abordagem clínica da violência e promover e prevenir à saúde da primeira infância e na escola (DELGADO 2010).

Os dados revelam diferentes abordagens expressas pelos enfermeiros, demonstrando a ausência de consenso em relação à compreensão do conceito de cuidado prestado pelo enfermeiro em saúde mental. Para uma parcela dos enfermeiros, este não difere do cuidado da clínica geral:

O cuidado em saúde mental, para mim, não tem nenhuma especificidade do cuidado em outras áreas. (E02)

O cuidado em saúde mental não difere muito do cuidado da enfermagem geral, porque o paciente tem uma estrutura, o seu corpo, que precisa também ser cuidado, o cuidado da enfermagem deve ser dirigido aos usuários e deve contemplar especialmente os aspectos biológicos, não priorizados na saúde mental. (E06)

Esses enunciados parecem evidenciar um movimento construído no campo da saúde mental com a priorização dos aspectos psicológicos e sociais, em

detrimento da abordagem integral que inclui os aspectos biológicos. Neste movimento, na divisão do trabalho, coube à enfermagem cuidar do corpo.

A análise desses aspectos remete à origem da profissão do enfermeiro. Para Almeida; Rocha (1989), a gênese da função de enfermagem ocorre na instituição hospitalar com as atividades de higienização e disciplinarização do espaço hospitalar e assim o cuidado do corpo doente instituiu-se como instrumento de cura. Para a autora,

O saber médico traduz-se também em poder que se cristaliza no topo da hierarquia hospitalar e passa a dirigir todas as práticas advindas da divisão social do trabalho no hospital. A ordem que vigorava agora era diminuir os efeitos negativos que o hospital causava. Portanto, o cuidado de enfermagem vai abandonando a finalidade religiosa e passa a ter a finalidade de controle do meio ambiente do paciente. E a disciplina é o elemento chave que também é incorporado pela enfermagem, para normalizar e regulamentar toda a vida do hospital e também do pessoal da enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, p. 40-41).

Assim, o trabalho individual e clínico do enfermeiro constitui como complementar ao trabalho médico no cuidar do corpo adoecido.

Para Ribeiro; Sampaio (2009) a enfermagem se organizou em três vertentes; 1ª organização do cuidado com o doente; 2ª organização do ambiente terapêutico e 3ª organização dos seus agentes. Os enfermeiros assumiram a concepção e o gerenciamento do trabalho e os auxiliares e técnicos de enfermagem a execução direta da assistência ao usuário. Essas autoras realizaram pesquisa por meio de revisão de literatura compreendida entre o período de 1990 a 2006, bem como, pesquisa a cinco enfermeiros sobre a percepção do processo de trabalho de enfermagem no cotidiano profissional. A pesquisa apontou que, as ações gerenciais do cuidado e da unidade continuam sendo realizadas pelos enfermeiros. A pesquisa demonstra ainda, a avaliação dos enfermeiros com relação à realização do cuidado direto ao usuário, os quais se sentem despreparados para atuar com o processo de enfermagem. Assim, assumem uma ação dicotômica no seu fazer cotidiano profissional entre o instrumento e atividade que realizam.

Essa ação dicotômica também é objeto de análise nesse trabalho por meio dos dados da pesquisa realizada nos CERSAM. Ao se expressarem sobre os fundamentos que orientam o seu fazer, os enfermeiros apontam uma contradição no campo da saúde mental, que apresenta uma tendência em priorizar os aspectos psicossociais, negando os aspectos biológicos do cuidado. Este, por sua vez, será endereçado ao enfermeiro para operar nessa perspectiva, correndo-se o risco de cair em uma armadilha: a de repetir o velho modelo revestido com novas armaduras. A armadilha reside no fato de se priorizar um ou outro aspecto do cuidado, não atingindo a integralidade:

Igual eu falei: a enfermagem precisa ter esse cuidado do corpo e muitas vezes se esquece. Muitas vezes esquece que esse usuário tem um coração que pode não estar funcionando bem, pressão alta, uma diabetes, tireóide, uma doença crônica, ele passa por outros profissionais que acompanham esse usuário e isso não é detectado.
(E06)

Esse relato permite inferir que os enfermeiros direcionam as suas ações focando os aspectos biológicos do cuidado, como específicos da sua atuação na elaboração do plano terapêutico, que é compartilhado com a equipe de saúde do CERSAM, os familiares e o usuário.

A ação do enfermeiro focando os aspectos biológicos do cuidado evidencia o risco de reeditar o modelo da psiquiatria hegemônica e excludente, reduzindo a ação terapêutica à execução da medicação, excluindo a dinâmica social e subjetiva. Pois, o enfermeiro assume o papel de técnico de referência, tornando-se o principal responsável pela condução do caso clínico do usuário. Nesse sentido, há ainda, o risco de focar nos aspectos psicossociais sem incorporar as demandas físicas e biológicas apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais.

Assim, o cuidado prestado pelo enfermeiro no CERSAM na perspectiva da integralidade é a ação necessária no campo da saúde mental, que deve considerar o sujeito em todas as suas dimensões, além de incluir a família e sua inserção social na pauta do cuidado.

Esse aspecto é reiteradamente evidenciado nos depoimentos dos enfermeiros como um princípio norteador do cuidado:

O paciente vem ao serviço de acordo com o projeto terapêutico que pode ser todos os dias, se ele estiver muito grave, e não pode voltar ao convívio da família naquele dia, então ele fica no pernoite. Agendam-se, duas ou três vezes na semana ou mesmo todos os dias, dependendo da organização do quadro. Esse paciente fica acolhido aqui até a sua melhor organização psíquica e voltar a levar sua vida, como ele vivia antes no convívio da família e da sociedade. (E01)

Observa-se as mulheres com necessidade de frequentar o ginecologista, de fazer exame de mama, de tomar o anticoncepcional, mais uma orientação, uma educação deste ser humano que às vezes por estar em crise desvincula-se desse cuidado. (E02)

O cuidado em saúde mental é holístico, pois se cuida do sujeito, da família da sua inserção na sociedade, no trabalho, cuida desse sujeito nas próprias ações de cidadania. (E05)

Os dados revelam que parte dos enfermeiros do CERSAM realizam ações terapêuticas focadas na integralidade, ainda que de forma pouco expressiva, o que evidencia a direção de um cuidado nesta perspectiva. Deve-se estar atento, contudo, para não focar e se fixar nos aspectos biológicos, do cuidado especialmente por representar o maior aporte teórico do enfermeiro, advindo da sua formação geral.

Os dados mostram que as ações no CERSAM revelam as relações horizontalizadas dos membros da equipe caracterizando um trabalho interdisciplinar.

Quando eu comecei a trabalhar na saúde mental no projeto de saúde mental de Belo Horizonte, aprendi a trabalhar numa linha de trocas de saberes, pois este é o modelo do projeto. Referenciam-se os casos e então se aprende muita coisa desde farmacoterapia, a saúde mental, serviço social, psicoterapia, saberes da terapia ocupacional, isso tudo é muito interessante. Aprende-se saúde mental como um todo e, com todos os outros profissionais que fazem parte desta

equipe. Aprende-se muito com as próprias experiências através dos casos atendidos porque é tudo muito individual. (E03)

Também devo fornecer uma assistência de qualidade e conhecer quais são os meus recursos próprios como profissional, porque como eu falei, na interdisciplinaridade isso é possível. Posso apresentar diversas limitações para o meu colega psicólogo ou terapeuta ocupacional. Outros colegas poderão ter maior destreza ou maior entendimento que eu, como de fato terão. É preciso ter esse cuidado na atuação interdisciplinar. (E05)

A análise demonstra que os enfermeiros participantes do estudo executam suas ações em parceria com os outros técnicos do CERSAM, obedecendo a uma organização interdisciplinar. Evidenciou-se também a articulação de conhecimentos específicos com toda a rede de saberes, superando a visão disciplinar, para uma inter-relação e interação das disciplinas na busca de um objetivo comum.

É possível inferir que os enfermeiros compreendem o trabalho interdisciplinar como possibilitador de crescimento pessoal, mas também como algo que pode representar desafios pela indefinição de sua identidade profissional. Para Tavares (2005), a interdisciplinaridade amplia a visão de mundo e da realidade do trabalhador, busca a superação disciplinar sem reduzir a um denominador comum e não destrói a especificidade. Assim, instituiu-se para os serviços a necessidade de efetivar as ações ancoradas em uma integração mais profunda, possibilitando a ampliação dos saberes e unificação dos conhecimentos científicos e ao mesmo tempo mantendo o seu saber específico. Nesse campo de permutas, o enfermeiro se depara com a contingência de encontrar sua identidade disciplinar.

Os dados empíricos demonstram que a organização do trabalho nos CERSAM efetiva-se via equipe multiprofissional que busca uma atuação interdisciplinar, sendo o enfermeiro parte integrante do processo. Ademais, o enfermeiro se depara com a contradição, a dificuldade de integrar seu papel profissional à equipe de saúde mental, sem antes tê-lo especificado (MIRANDA; OLIVEIRA, 2001). Assim, a busca de clareza do papel do enfermeiro redundava em discussões, pesquisa, indagações e reflexões.

Neste sentido, verificou-se que os enunciados dos enfermeiros do estudo apontam a multiplicidade de fazeres e saberes, que se articulam e interagem possibilitando uma elaboração consciente do seu fazer.

Outros saberes mencionados pelos enfermeiros referem-se à relação estabelecida com atores externos ao serviço, como a família, a rede de saúde mental e mesmo em atividades culturais complementando as ações intersetoriais. Os depoimentos dos enfermeiros apontam para a reinserção social da pessoa com transtornos mentais como um fundamento para o cuidado do enfermeiro nos CERSAM:

Tenho um trabalho próximo com a família, um trabalho de orientação, conscientização, pois esta às vezes espera muito do seu familiar que está enfermo e nem sempre a resposta é favorável, e não porque é preguiçoso, não é porque ele não quer; é porque a doença dele às vezes é limitante. Então se faz um trabalho do real, da inserção dele dentro da família, para que esta entenda melhor um pouquinho desse usuário para não sofrer tanto também, porque às vezes a família faz uma expectativa muito grande e ele não vai dar essa resposta. (E02)

Eu encaminho para o centro de saúde para fazer o acompanhamento psicológico, lá temos atividades terapêuticas. [...] aqui no CERSAM, organizam-se oficinas levando para o cinema, para o Zoológico, para não ficar muito fechado dentro do consultório, essa que é minha função hoje. (E04)

A análise dos dados possibilita a identificação de saberes que viabilizam a reinserção social, traduzida na forma da inclusão familiar, de atividades culturais externas ao serviço e de oficinas, ações potenciais para promover a reabilitação psicossocial. Entretanto, como advertem Rotelli et. al. (1990), as ações empreendidas em nome dessa reabilitação podem eventualmente se resumir a atividades de entretenimento meramente adaptativas, que impedem a implicação subjetiva da pessoa com transtornos mentais. Esse aspecto pode ser observado na fala “para não ficar muito fechado no consultório”. Infere-se que a realização de atividades socializantes, laborterápicas e culturais no serviço compõe o rol de possibilidades do sujeito de acordo com o seu projeto terapêutico.

Os depoimentos revelam também a forte interlocução com a rede de serviços de saúde mental, como o *lócus* essencial para promover a integralidade das ações no território e a própria reinserção social:

Quando o paciente chega, o seu circuito é ser acolhido e sair da crise aguda, posteriormente é encaminhado ao centro de saúde para dar continuidade ao tratamento mais perto de sua casa, porque nós contamos com o braço do centro de saúde, onde tem equipe especializada também para dar continuidade ao tratamento. (E01)

Aqui o enfermeiro se responsabiliza pelo paciente, cuida-se dele, o que facilita esse trabalho são os vários dispositivos oferecidos pela prefeitura, pois temos o Centro de Convivência. Os pacientes realizam atividades, há também cooperativas de trabalho e lojas para venda dos produtos produzidos por eles. Os pacientes precisam de renda para sustentar-se. (E07)

Os dados da pesquisa permitem apontar diretrizes efetivas para operar um trabalho em rede, territorializado e integrado. Todavia, essa forma de trabalho não foi manifestada pelo conjunto de enfermeiros entrevistados.

Essa forma de operar as ações assenta-se num modelo substitutivo às práticas hospitalocêntricas, no qual se elege e se aposta na integralidade do sujeito no território. Assim, torna-se possível superar a ética da adaptação passando a uma ética do sujeito com desejos, com potencialidades para crescer (COSTA- ROSA, 2000).

O alinhamento das ações do enfermeiro referendadas nessas premissas incentiva a participação da família, assegura a participação na atenção básica e aposta nas ações de intersetorialidade pela via dos espaços sociais e culturais, promovendo a inserção na cidade.

Desta forma, esse arcabouço teórico e o trabalho em rede que viabiliza a materialização da proposta representam espaços efetivos para a desconstrução das práticas e saberes que objetivaram a loucura. E, conseqüentemente, possibilita que o enfermeiro revele sua habilidade e competência para efetivar a atenção psicossocial. Nesse contexto, a organização do CERSAM com as modalidades de

atenção à crise, hospitalidade noturna, acolhimento e trabalho em equipe pode significar uma abertura efetiva da APS. Isso se revela nos depoimentos dos enfermeiros:

A minha atividade terapêutica é fazer um projeto terapêutico para que o paciente cuide da sua saúde mental e se reintegre ao seio familiar e ao seio da sociedade. (E01)

O cuidado em saúde mental passa por essas dimensões: cuida-se do sujeito, da família, cuida-se da inserção desse sujeito na sociedade, no trabalho e nas próprias ações de cidadania. Remete-nos a entender que isso também requer o saber de que esse sujeito tem desejos e direitos também. (E05)

Ao enfermeiro, cabe a tarefa de ajudar o usuário a conviver com a família e atuar com a comunidade. Isso é possível, pois além da rede de serviços de saúde mental, a prefeitura oferece ainda diversos dispositivos. (E07)

Evidencia-se, assim, que os enfermeiros têm encontrado nos CERSAM novas vias para reelaborar e reconstruir o cuidado pela via da integração do sujeito de direitos à cidade e à sociedade

Rotelli et al. (1990), ao discutir o conceito de desinstitucionalização, propôs que este movimento deveria processar uma ruptura nas práticas e nos saberes constituídos pelo poder disciplinador. E, para isso, deveria transformar os modos de tratar o sofrimento das pessoas, utilizando os recursos terapêuticos pela via de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento. Assim, deveria romper com a normalidade plenamente estabelecida nos serviços e ter uma atitude dialética a respeito das teorias que sustentam as práticas, verificando ainda se estas correspondem às práticas adotadas.

Contudo, é possível observar, pela análise dos dados empíricos, avanços e desafios a superar no cuidado do enfermeiro em saúde mental, bem como depoimentos que retratam o poder disciplinador. Em certos momentos, prevalece o cuidado do enfermeiro com o foco centrado na doença, ancorado nas práticas e

saberes que traduzem um modelo hospitalocêntrico. Os depoimentos abaixo retratam essa premissa:

Realizo o meu plano de cuidado do paciente tendo como referência a crise, o diagnóstico de cada paciente, que é muito importante e as comorbidades apresentadas. (E04)

Para todos os pacientes que chegam, existe a necessidade de serem contidos quimicamente ou fisicamente, especialmente se é agressivo, ou se está em agitação psicomotora. (E03)

Esses depoimentos demonstram que as teorias que as sustentam as práticas não se ancoram nos referenciais da Atenção Psicossocial e da reabilitação psicossocial, mas remetem ao modelo pineliano baseado no controle. Não obstante os avanços demonstrados por parcela dos enfermeiros na construção de novas modalidades de cuidar na perspectiva da integralidade, da interdisciplinaridade da inclusão do sujeito social, os dados revelam que ainda persistem práticas centradas na remissão dos sintomas. Constituem-se assim desafios e impasses, e infere-se que o caminho proposto pela dialética, um olhar crítico das próprias práticas, aponte estratégias para superá-las.

5.3 Os desafios e possibilidades na execução do cuidado do enfermeiro nos CERSAM

As possibilidades reveladas pelos enfermeiros na análise implícita dos dados referem-se, dentre outros aspectos; ao modelo da Atenção Psicossocial em saúde mental, que possibilita uma prática humanizada que produz satisfação pessoal e profissional.

5.3.1 Uma nova dimensão para o cuidado do enfermeiro no CERSAM

Os temas identificados na análise dos dados possibilitaram a construção de uma categoria que aponta uma nova dimensão no cuidado do enfermeiro em saúde mental. Parte dos enfermeiros aponta para uma prática do cuidado sustentado em uma relação intersubjetiva com o usuário, após a escuta da sua história e a causa do seu sofrimento. Neste sentido, o cuidado é realizado não para a remissão dos sintomas, mas direcionado para o sujeito:

O usuário tem um papel de protagonista na proposta de soluções, adaptações ou mesmo reações adaptativas diante do seu sofrimento. O sofrimento do usuário por vezes representa uma dificuldade vivida, no âmbito social, psíquico ou mesmo biológico. (E05)

Aqui cada usuário é um, a doença é específica para cada pessoa, desta forma enxerga-se a doença do indivíduo, ou seja, o indivíduo dentro da patologia. (E02)

Nos depoimentos dos enfermeiros entrevistados persistem as expressões “adaptações, reações adaptativas”, ainda que apontem o usuário como protagonista. A desinstitucionalização proposta por Rotelli et al. (1990) e as premissas da Atenção psicossocial rompem com a ética da adaptação e propõem uma revisão das teorias que sustentam as práticas.

Evidencia-se que parcela dos enfermeiros no CERSAM executa o cuidado voltado para a dimensão subjetiva do usuário, na perspectiva da clínica ampliada objetivando a reinserção social. Essa clínica revelou no estudo possuir características peculiares, operando com os pressupostos do acolhimento, do vínculo, da responsabilização, do trabalho em equipe e do cuidado na perspectiva da integralidade. Considera as inter-relações do sujeito no seu contexto e com o seu próprio transtorno e assim tem-se uma visão ampliada, o que Campos (2003) nomeia como Clínica Ampliada que é a clínica realizada por profissionais da saúde considerando:

O sujeito concreto, não somente marcado por sua biografia singular, mas também seu corpo e sua dinâmica corporal estariam marcados por uma singularidade: algum tipo de enfermidade, ou de sofrimento ou deficiência relativa à maioria dos circundantes em um dado contexto social específico. (CAMPOS, 2003, p.54)

Essa abordagem é também compreendida como a clínica do sujeito e dos aspectos subjetivos do indivíduo, sua história e modos de se posicionar na vida, além dos aspectos biológicos.

Nesse sentido, torna-se necessário que a entrada do usuário no serviço ocorra de maneira afetiva e acolhedora, possibilitando o estabelecimento de relações terapêuticas pela via do acolhimento. Pressupõe-se a escuta das demandas endereçadas ao serviço, tenha resposta respeitosa e ética. Os enfermeiros descrevem assim essa nova configuração:

Quando atuo como plantonista, eu faço desde o acolhimento que é a observação em todos os aspectos e a determinação da conduta a ser tomada. Quando o paciente é acolhido, realizam-se ali os primeiros cuidados observando os seus dados vitais, como ele está na crise, as necessidades que ele terá e as demandas, verifico se é cliente para o ambulatório, para o centro de saúde. (E04)

Como enfermeiro, a minha experiência em buscar alívio para o sujeito consiste em entender a causa do seu sofrimento. O entendimento da causa orienta-me no planejamento do projeto terapêutico. (E05)

Esses relatos configuram um novo estatuto da pessoa com transtorno mental, bem como uma ética do sujeito singular com a sua história de sofrimento. Nesse sentido, espera-se que o enfermeiro tenha uma ação comprometida com o bem estar do usuário, estabeleça o vínculo e construa estratégia para viabilizar essa ação. Os dados empíricos demonstram os enfermeiros compreendem que o vínculo possibilita a ligação do usuário com o profissional, permitindo um cuidado ético:

Então, busca-se escutar o usuário com carinho, com respeito, e ter esse cuidado com ele. E assim, usando esse carinho é possível

perceber quais são as necessidades afetadas e realmente prestar um cuidado específico. (E02)

O atendimento ao paciente de saúde mental é diferente do paciente da clínica médica, pois com esse paciente você cria vínculos, tem a família que você tem que cuidar, e dar conta do paciente também. (E07)

Depreende-se desses enunciados que os enfermeiros utilizam o vínculo para assegurar o estabelecimento de uma relação terapêutica que tem como premissa essencial a construção da confiança. Para Campos (2003), o vínculo é um recurso terapêutico que implica a ligação das pessoas com o serviço e com os técnicos. O vínculo se estabelece quando os técnicos demonstram interesse e respeito pela história de sofrimento do usuário, estabelecendo uma relação de confiança e interdependência. Assim, o enfermeiro constitui esse referencial para o cuidado em saúde mental.

A utilização desses recursos evidencia que o cuidado realizado pelos enfermeiros nos CERSAM considera o vínculo do usuário com o terapeuta, com a equipe e especialmente com a família como essencial para o cuidado:

[...] então o trabalho é individualizado, muito do momento do usuário, um trabalho integral com essa família, esse companheiro, com quem está ali do lado, com os vizinhos, com quem é importante para a sua dimensão subjetiva. (E02)

Outro aspecto do cuidado mencionado nas entrevistas refere-se ao incentivo oferecido ao usuário para a realização de pequenas atividades a fim de ampliar as suas possibilidades de convivência:

O cuidado em saúde mental é esse todo: ajudar o paciente a fazer o mínimo, que para ele é o máximo; ajudá-lo a conviver em casa; coisas mínimas, tais como tirar o paciente do leito, verificando o que ele dá conta de fazer. Às vezes, varrer um quintal é o suficiente para aquele paciente; é sentar e analisar junto com ele o que ele dá conta,

o que é possível. Ajudá-lo a conviver com a família e atuar com a comunidade. (E07)

O cuidado realizado nessa perspectiva explora aspectos saudáveis do usuário e ainda, busca potencializá-los. Essas ações são nomeadas na literatura da saúde mental como “reabilitatórias”, uma vez que buscam restabelecer habilidades perdidas ou explorar aquelas não aprendidas.

O cuidado pela via da reabilitação psicossocial pressupõe o resgate e a permuta de iniciativas de convívio, lazer, trabalho e moradia para os pacientes com problemas severos e persistentes. Infere-se que essas ações rompem com a ética adaptativa, constituindo potencialidades para uma ética comprometida.

Detectou-se, ainda, que as ações de cuidado dos enfermeiros nos CERSAM elucidam uma ação cuidadosa continuada, o que implica na responsabilização pelo usuário acompanhando-o na sua inserção no território, nos moldes da co-responsabilização:

Ao realizar o projeto terapêutico, considero que esse sujeito tem uma família, que necessita de uma reabilitação psicossocial para dar continuidade à dinâmica da sua vida. Então o cuidado em saúde mental, para mim, passa por essas dimensões, cuidar do sujeito, da família, pois se cuida da inserção desse sujeito na sociedade, no trabalho e nas próprias ações de cidadania. (E05)

A análise do dado revela uma ação que remete para a inserção social da pessoa com transtorno mental. Depreende-se que parte dos enfermeiros dos CERSAM referencia as suas ações nas abordagens da Clínica Ampliada da atenção psicossocial e da reabilitação psicossocial, o que demonstra a busca da superação de um modelo segregador e adaptativo, na execução do cuidado pelo enfermeiro no CERSAM, bem como uma ampliação nos aspectos identitários da categoria.

5.3.2 Desafios relacionados ao cuidado do usuário, à instituição e à equipe de enfermagem

A análise dos dados permitiu identificar que os enfermeiros vivenciam desafios para a efetivação do cuidado nos CERSAM, desafios estes formulados como dificuldades e limitações que, por vezes são impeditivos. Dentre os mais enunciados, destacam-se aqueles relacionados à adesão do usuário à terapêutica; à instituição; e à equipe de enfermagem.

No relato dos enfermeiros, os desafios relacionados referem-se a não adesão e à resistência do usuário ao tratamento, bem como ao não envolvimento da família, trazendo consequências para o mesmo, para a equipe e para o cuidado. Por não adesão ao tratamento, os enfermeiros se referiram ao rompimento do tratamento pelo não comparecimento ao serviço, especialmente quando o usuário está em crise. Os relatos abaixo confirmam esses aspectos:

A não adesão do paciente ao tratamento dificulta o processo, dificulta quando o paciente está vivendo uma crise muito grave que a gente sabe que precisa vir e ele não vem. (E02)

A não adesão do usuário ao tratamento é relatada pelos enfermeiros como uma situação que requer intervenção, demandando a utilização de estratégias de cuidado mais inclusivas especialmente para usuários que estão vivendo uma crise grave. A orientação contida na Linha Guia da Atenção à Saúde Mental da SES/MG (2006) estabelece que as intervenções devam ser avaliadas quanto à pertinência e a especificidade do profissional que atenderá à crise, bem como a gravidade do usuário. Às vezes, os profissionais não compreendem esses aspectos e tomam atitudes divergentes da vontade do usuário. Dependendo da gravidade da crise utilizam-se todos os recursos para promover a adesão, a começar pelo convite verbal, e só como último recurso utiliza-se a força física, quando o usuário deve ser medicado e tratado. A resolução desse processo nem sempre é de fácil manejo, exigindo coerência de propósitos e atitudes. Relatos dos enfermeiros mencionam essas dificuldades:

Durante o tratamento, o paciente psiquiátrico é muito arreado, às vezes ele não vem, volta para casa ou então não quer mais voltar ao

serviço. Usamos a estratégia da visita domiciliar, faz-se a busca ativa buscamos trazer o paciente de volta ao serviço. (E01)

O que dificulta, muitas vezes, é a questão mesmo da própria crise: o paciente está vivendo uma situação que não permite à abordagem, não aceita a medicação proposta, o que dificulta muito. As questões são estas, de realizar muitas vezes a medicação sem o consentimento deste paciente, isso tudo para mim dificulta muito. (E03)

De acordo com Kaplan e colaboradores (2003) a aderência ou adesão ao tratamento relaciona-se com a extensão em que o usuário aceita e segue as recomendações do profissional da saúde em relação a determinada conduta terapêutica. A aderência depende da situação clínica específica, da natureza da doença e do programa de tratamento.

Os trabalhos de Oliveira e colaboradores (2003) e Rosa e colaboradores (2006) descrevem diferentes fatores associados à aderência, dentre os quais se destacam os efeitos colaterais da medicação, a própria natureza do transtorno mental; o relacionamento com a equipe multiprofissional, características demográficas e socioeconômicas, regimes complexos de tratamento; interações medicamentosas e a própria negação da doença.

A adesão representa um dos fatores essenciais para a viabilidade do cuidado do enfermeiro, uma vez que a clínica da saúde mental se efetiva quando ocorre um ajuste entre o técnico responsável pela condução do caso, a equipe, o serviço e o próprio usuário.

Tenho observado que o que facilita a realização desse cuidado em saúde mental tem sido de fato o comprometimento do próprio sujeito com o tratamento. Isso facilita demais. (E05)

Para Leite; Vasconcelos (2003), um dos aspectos mais importantes da adesão refere-se ao lugar ocupado pelo profissional no tratamento e a condução do caso, fator este que é decisivo pela confiança depositada pelo usuário na orientação.

Considerando o novo paradigma que orienta o cuidado nos CERSAM, em que a relação estabelecida com os usuários deve se pautar pelo respeito à sua singularidade e à sua condição de cidadão, a relação que o técnico de referência constrói com o seu usuário ganha relevância. Pois é por meio dela que se efetiva a continuidade do tratamento e a permanência do usuário no serviço.

A construção da relação estabelecida com o técnico de referência inicia-se no momento do acolhimento à crise, que deve ser cuidadoso para a instauração do vínculo.

Nós, os enfermeiros, orientamos a equipe de enfermagem no dia-a-dia a como lidar com usuário e aprender em cada situação, especialmente em situações de urgência, e aí a gente faz treinamento, discute, faz discussão de caso justamente para evitar as abordagens inadequadas para aquilo que eu acredito que seja o melhor. (E07)

Outro aspecto apontado pelos enfermeiros é a resistência do usuário à continuidade do tratamento. Esse aspecto é mencionado pelos enfermeiros como um dos maiores desafios vividos para o cuidado:

Um dos fatores que mais atrapalha o projeto terapêutico de cada paciente aqui tem sido realmente a resistência apresentada pelo próprio paciente. [...] É um manejo realmente muito minucioso, onde a gente tem que usar de um artifício de muita lisura, porque às vezes esse sujeito não consegue estabelecer aquilo que a gente classifica como vínculo terapêutico estabelecido com o próprio relacionamento terapêutico. (E05)

Pode-se concluir que o enfermeiro deve ter um domínio teórico do processo do adoecimento psíquico e sua formação, bem como das formas terapêuticas de manejá-lo. E buscar, ainda, a construção do vínculo para o estabelecimento de relação terapêutica com o usuário, permitindo-lhe expressar seus sentimentos e emoções sem crítica sem julgamento, auxiliando-o assim a construir modos mais coerentes de conduzir-se na vida.

Outros aspectos apontados pelos enfermeiros e vivenciados como desafiadores relacionam-se ao não envolvimento da família no tratamento, conforme relatos abaixo:

Outro embate muito comprometedor é realmente a dificuldade encontrada com a família, por questões próprias, dificuldades que vão desde o não envolvimento com o projeto terapêutico ou o próprio serviço. (E05)

Para mim existem algumas dificuldades, dentre elas as complicações sócio-familiares que o paciente apresenta e o não envolvimento da família com o paciente e também com o serviço. (E03)

A inclusão da família no tratamento do seu usuário foi uma conquista dos movimentos sociais e, especialmente, das associações de usuários e familiares, na reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 1994). A partir de então, a família adquiriu o status de coadjuvante do tratamento do usuário, tornando-se parceira do serviço.

A família, de acordo com Taylor (1992), é um agrupamento especial que tem objetivos comuns de crescimento e desenvolvimento e a função de promover a manutenção física dos seus membros pelo atendimento das necessidades básicas. Segundo essa autora, a família também oferece um modelo de convívio social aceitável e promove a educação e a socialização garantindo as permutas afetivas. O trabalho de Santos e colaboradores (2000) demonstra que a participação da família nos serviços substitutivos não é efetiva, ainda que essa participação seja fundamental para o tratamento dos usuários. Revela, ainda, que este assunto é frequentemente ventilado nos serviços, mas tal participação se restringe às reuniões que discutem assuntos relativos à medicação e a como lidar com alguns comportamentos inerentes à doença.

Muitos familiares chegam aqui tão angustiados quanto os usuários e são atendidos, temos que ter um tempo para orientá-los, para ouvir quais são as dificuldades e como trabalhar essas questões que eles trazem enquanto dificuldades ou no convívio com o usuário. (E05)

A análise das entrevistas revela que o atendimento do enfermeiro aos familiares se caracteriza por uma orientação nos aspectos relacionais. Contudo, a participação proposta para o novo modelo busca aumentar o poder de permutas dos usuários no seu habitat, de acordo com Saraceno (2001). Depreende-se, assim, que esse é um movimento essencial para viabilizar a cidadania do usuário, ainda que seja um processo recente, pois há cerca de duas décadas o único modelo de atendimento era o manicômio e a família estava separada desse contexto. Com a assunção do atendimento à família preconizado no novo modelo psicossocial, espera-se que o enfermeiro construa um relacionamento de proximidade com esta, elaborando conjuntamente estratégias de inclusão social do usuário.

Tenho um trabalho próximo à família, um trabalho de orientação, conscientização, pois às vezes a família espera muito daquele indivíduo. (E02)

Nota-se, assim, que o fazer do enfermeiro nos CERSAM adquire novos contornos e se amplia. Pode-se concluir que o enfermeiro deva fundamentar-se teoricamente na compreensão da constituição familiar, conhecer os seus valores e cultura, as relações estabelecidas entre seus membros e as limitações e recursos disponíveis para a reinserção do seu familiar.

Outros desafios elencados pelos enfermeiros referem-se às limitações institucionais, nomeadas como problemas políticos, divisão de tarefas, carga horária de trabalho e formação de recursos humanos para os serviços.

Como problemas políticos os enfermeiros indicaram aqueles que, por interferirem na clínica, dificultam a interlocução. Os relatos abaixo ilustram esses aspectos:

O que dificulta a clínica no CERSAM são as questões políticas. São muito pesadas, muito arraigadas, muito dificultadoras para as coisas acontecerem no CERSAM e estão cada vez pior, que vem arrebatando, atravessando e atrapalhando a clínica e isso a gente tem sentido muito. [...] O projeto implantado é a concretização. São pessoas extremamente empenhadas, que de uma maneira geral fazem um trabalho muito bacana, mas na real é um processo extremamente difícil de trabalhar. (E02)

Outras limitações na realização do trabalho referem-se aos recursos de gestão que influenciam muito, e isso ocorre em qualquer cenário de saúde por onde eu passei. Às vezes por falta de qualificação dos próprios recursos humanos, ou pelas próprias dificuldades encontradas pelas políticas de saúde. Como hoje, por exemplo, discutíamos sobre a nossa dificuldade em encaminhar pacientes com melhoras no quadro para unidades de saúde ou centro de saúde considerando a escassez de recursos humanos. Ou seja, não há psiquiatra, nem psicólogos, não há equipes de saúde mental, os outros profissionais estão com as agendas sobrecarregadas, então realmente fica difícil, são questões que limitam a efetivação qualitativa do cuidado em saúde mental. (E05)

Os dados revelam dificuldades na interlocução com a gestão responsável pela implantação das políticas de saúde mental no município. Essas dificuldades exigem uma revisão nas orientações da Atenção Psicossocial que propõe relações horizontalizadas intra e interinstitucional, além de recomendar um processo de autogestão. Os dados revelam também a ausência de ações direcionadas para a qualificação dos recursos humanos em saúde mental, o que também é um desafio apontado pelo Ministério da Saúde (2005).

Furtado e Onocko-Campos (2005) compreendem “política” como um conjunto de ações governamentais acordadas e pactuadas, que devem ser operacionalizadas para o alcance de determinados objetivos. O Movimento da Reforma Psiquiátrica nasceu da insatisfação e da negação das situações institucionalizadas no tratamento oferecido aos portadores de transtornos mentais. E a transformação dessas novas iniciativas ampliou o seu campo de ação incluindo, de acordo com esses autores, as perspectivas de ordem social, econômica e política bem como outros setores da população além da família e usuário. Esse movimento institucionalizou-se como política de governo e enfrenta os desdobramentos de transformar os objetivos em práticas que mantenham o princípio norteador: o movimento dialético, de negar, criticar e transformar.

Para Lobosque (2001), clínica e gerenciamento, técnica e política, representam termos que exigem bastante esforço para a sua articulação, sendo que

esse esforço tem como propósito inevitável a necessidade de gerir o cotidiano. Esses aspectos da realidade revelam contradições que exigem debates e a criação de estratégias para essa gestão, de modo a assegurar o espaço da criação. De acordo com Basaglia (1985), tais desafios devem ser explicitados e não ocultados, pois quando as políticas são institucionalizadas carregam a missão de gerir as contradições do seu próprio sistema, resguardando-as. Para o autor torna-se necessário destruir a tendência à acomodação, buscando uma postura dialética, uma vez que só a crise a crítica interna pode garantir o movimento. Contudo, esse é um novo desafio: a legislação da saúde mental nasce da explicitação das contradições e da sua negação e é, portanto, um movimento que não pode perder a sua ação instituinte. Neste sentido, evidencia-se a pertinência de buscar as contradições e não cair na armadilha de sufocá-las.

Nessa perspectiva de análise, no que se refere aos desafios na instituição os enfermeiros relatam outros aspectos relacionados à equipe de enfermagem. Esses se referem à carga horária dos enfermeiros, insuficiente para a quantidade de atividades, a rotatividade na equipe de enfermagem e a divisão social e técnica do trabalho do enfermeiro.

Uma dificuldade maior, uma barreira maior para executar as atividades de enfermagem ou o cuidado em enfermagem é que a carga horária de permanência no serviço é pequena, são 20 horas semanais. Acho que sempre fica alguma coisa a desejar pelo profissional de enfermagem, porque às vezes a gente tem vontade de se dedicar mais à equipe de enfermagem. (E03)

O grande complicador é termos o mesmo número de horas que os outros técnicos têm, nós temos 20 horas semanais [...] Para os enfermeiros a questão complexa é a questão da limitação do tempo. (E06)

Os dados inferem que o enfermeiro tem uma carga horária reduzida para a realização do seu trabalho, que inclui a prestação do cuidado ao usuário e seus desdobramentos bem como a assistência e supervisão da equipe de enfermagem. Os entrevistados alegam o desejo de se dedicar mais à equipe de enfermagem,

avaliando essa situação como complexa. Esses aspectos referem-se ao cotidiano do serviço e têm reflexos diretos na assistência prestada, demandando discussões para que o processo de transformação da assistência não sofra interrupções.

Os desafios elencados remetem à organização do trabalho, que para Dejours (1994) engloba as condições de trabalho com as pressões físicas, mecânicas, químicas, biológicas do posto de trabalho. A organização do trabalho contempla ainda a divisão do trabalho, que na enfermagem refere-se à divisão de tarefas, além da natureza do trabalho, que é o cuidado do outro.

As entrevistas mostram que, na organização do trabalho no CERSAM, a reduzida carga do enfermeiro para o contingente de atividades pode gerar uma sobrecarga de trabalho. A sobrecarga conseqüente da falta de tempo para descansar, refletir, organizar e aprender gera desgaste físico e emocional. Para Dejours (1994), a carga de trabalho gera carga física e psíquica. A avaliação da carga psíquica sofrida pelo indivíduo é um processo mais complexo, haja vista a impossibilidade de mensurá-la, já que a mesma se situa no espaço da subjetividade, no âmbito do prazer e da satisfação.

Pode-se, ainda, inferir que a alta rotatividade da equipe de enfermagem nos CERSAM, relatada pelos enfermeiros, está relacionada com a carga psíquica e mesmo com a própria natureza do trabalho, exigindo pesquisas e estudos para elucidá-los. Assim, o enfermeiro se depara com uma situação de difícil manejo, uma vez que a execução do trabalho na nova modalidade traduz-se na sua satisfação e realização. Ao final da entrevista o enfermeiro relata: que a enfermagem tem um grande problema que é o sofrimento mental dos funcionários, especialmente dos nossos auxiliares e técnicos, pela proximidade com o paciente. (Notas de diário de campo, CERSAM 01 em 10/05/2010)

Esse relato evidencia o desafio da convivência da equipe de enfermagem com a pessoa com transtorno mental, pela convivência próxima e constante, sugerindo um “contágio mental”. Esse aspecto adquire importância crucial para a categoria, na elucidação de estratégias para manejar esse suposto contágio.

Os depoimentos dos enfermeiros revelam que no seu processo de trabalho nos CERSAM a prestação dos cuidados aos usuários e à gerência da assistência, é vista por eles como um processo que exige adaptações. Esses aspectos são demonstrados nos relatos a seguir:

O “puro” de enfermagem que eu falo é uma expressão estranha, porque às vezes faz-se um acompanhamento de um paciente, envolve-se muito com a sua terapêutica, pois o quadro psíquico é complexo e de difícil resolução sócio-familiar e econômica e todas as questões psicossociais que o envolvem. E às vezes os funcionários da enfermagem sentem falta de orientação, sou demandado, mas às vezes sou o plantonista do momento, mas sou enfermeiro também. Isso exige adaptações tanto nossas quanto da equipe de enfermagem. (E03)

É um complicador e é um avanço, porque dentro da enfermagem temos uma diversidade de atividades. Oferece-se a assistência ao usuário e à equipe de enfermagem que é numerosa. (E06)

O relato do enfermeiro revela que essa dupla tarefa é um complicador, mas também é um avanço. Entende-se, assim, que o enfermeiro vivencia um conflito no seu processo de trabalho, conflito que não é pessoal, mas, em vez disso, constitui uma condição que expressa o modelo de organização do trabalho da categoria.

Os dados da pesquisa possibilitam inferir, na compreensão da expressão “um complicador” mencionado pelo enfermeiro, a dificuldade de conciliar as ações – parece que fica algo a desejar, uma tarefa incompleta. Em contrapartida, a avaliação de que o trabalho é “um avanço” permite supor que essa expressão retrata a posição ocupada atualmente pelos enfermeiros. Não atuam mais como coadjuvantes, que ocupavam um espaço de submissão. O trabalho como técnico de referência coloca-o na posição de terapeuta, o que com certeza aponta para novos desafios. E, não obstante expressarem o conflito e a tensão na conciliação da gerência da assistência com a ação clínica, os enfermeiros valorizam de forma reiterada o seu trabalho como técnicos de referência enquanto uma oportunidade de crescimento pessoal e técnico, bem como explicitam sua satisfação com essa realização.

5.3.3 Desafios da Formação e Educação Permanente

Os enfermeiros participantes do estudo revelam em seus relatos a afinidade com a saúde mental como um aspecto facilitador do trabalho. Apontam para a importância da formação, entendida como formação pessoal e técnica, avaliando que este também é um desafio a ser superado para o cuidado no CERSAM.

A formação técnica é constituída pela educação permanente, especialização em saúde mental, pela formação psicanalítica, pela supervisão, pelos grupos de discussão. Estas atividades são avaliadas como essenciais para o desenvolvimento de ações efetivas, por possibilitarem um domínio técnico por parte dos enfermeiros. É possível observar esses aspectos nos relatos abaixo:

Eu tenho 15 anos dentro da área, eu fiz capacitação e especialização em saúde mental, fiz formação em psicanálise, tenho um grupo de estudo, estou sempre atualizada. Realizo o meu trabalho baseado em minha formação pessoal, bagagem que construí nestes 15 anos. (E02)

Às vezes, eu me vejo diante de uma nova situação e sinto um pouco de dificuldade, como se tivesse parado no tempo e aí eu acabo me dando uma nota não muito boa. Saio daqui com a sensação de que hoje eu não trabalhei legal, não fiz um bom trabalho. Deveria ter empreendido outras ações. Acho que eu sou um profissional que tem uma boa capacidade de planejar, mas vejo necessidade de maior crescimento, de maior desenvoltura na atuação profissional. Isso requer um investimento maior nos estudos, mas às vezes eu tenho esses momentos de frustrações comigo mesmo, às vezes tenho uma avaliação negativa, mas há algo que eu não perco e que eu acho que é imprescindível e por isso eu me valorizo mais, é o meu amor pela saúde mental. (E05)

Os dados mostram que a formação a educação permanente em saúde mental são estratégias para apreensão das práticas que permitem a reflexão pela via da consciência crítica, culminando com a reinvenção. Ademais, os profissionais são

os encarregados de sustentar a nova proposta em saúde mental e para isso devem estar imbuídos de uma postura profissional diferente da postura do modelo anterior.

Para Furtado e Onocko-Campos (2005) e Lobosque (2001), as instituições de formação assimilaram muito pouco das discussões trazidas pela reforma e oferecem tímidas contribuições no campo da saúde mental. Neste sentido, a tendência inicial é a de sempre repetir o referencial aprendido anteriormente e repetido durante anos. Há sempre o risco de burocratização e alienação próprio das instituições, somado aos riscos da carga de sofrimento psíquico vivida pelo trabalhador em saúde mental. Para a autora, a formação permanente é imprescindível, mas é insuficiente na geração de novas posturas éticas.

Para Lobosque (2001), a formação em saúde mental prescinde da explicitação de qual princípio esta toma como referência. O trabalho instaurado em Minas Gerais elegeu a orientação psicanalítica para aqueles que exercem a responsabilidade pela condução do caso na clínica em saúde mental. A formação em psicanálise é mencionada por alguns enfermeiros como a referência do seu cuidado na escuta, na linguagem e na compreensão do quadro clínico do usuário:

Às vezes a gente precisa ter mais um pouquinho de cuidado, principalmente na escuta, porque nem sempre ele vai relatar de maneira precisa o que realmente ele sente e precisa. O cuidado em enfermagem é básico em qualquer clínica; o que ajuda no meu falar e escutar é a formação em psicanálise. (E02)

O enfermeiro se utiliza da habilidade da escuta como um instrumento de trabalho que faz uma ruptura com a sua prática no antigo modelo, quando o principal instrumento de trabalho era o olhar que permitia a supervisão e o controle. Ademais, a escuta possibilita dar voz ao outro e estar em prontidão para acolher. Essa habilidade demanda formação pessoal e técnica.

Os enfermeiros mencionam o interesse, o envolvimento e a implicação pela área da saúde mental, entendidos como aspectos potenciais para a efetivação do trabalho nos CERSAM. Essa fala foi reiterada pelos enfermeiros:

É particular, eu tenho uma afinidade muito grande com a psiquiatria, então isso é um facilitador pra mim, porque eu gosto, é uma área que

chama a minha atenção, é uma área que me satisfaz. Eu saio da minha casa sabendo que eu vou ser feliz naquele momento, que aquilo é o mais importante para mim e volto para minha casa feliz. (EO4)

Tenho observado que o que facilita a realização desse cuidado em saúde [é que] eu acho que é imprescindível e por isso eu valorizo muito. Tenho um amor pela saúde mental. Eu acho que trabalhar em saúde mental, além da questão profissional, a gente tem que ter certa vocação – não sei se estarei dentro do meu senso comum falando isso não, mas eu tenho visto isso, a gente tem que ter algo mais e é algo que eu sempre tive nesses quatro anos de atuação: sempre gostei muito da saúde mental. (EO5)

A enfermagem é mais que a metade da equipe, em número, do CERSAM. Então, eu acho que existe um reconhecimento da importância do trabalho da enfermagem. Eu acho que é a única coisa que facilita: equipe. E outra coisa também eu acho que é o empenho, a determinação do profissional que gosta, quer fazer e acontecer, isso é o que facilita. (EO2)

Os enfermeiros avaliaram como um aspecto agregador para a execução do cuidado nos CERSAM a valorização da equipe de enfermagem, que corrobora a sustentabilidade do trabalho reforçando a opção do município em implantar uma rede de serviços de saúde mental. De igual modo, esses depoimentos sinalizam a satisfação com as novas formas de agir na enfermagem.

Conclui-se que os enfermeiros valorizam o trabalho executado por eles como fundamental para o seu crescimento pessoal:

Então, eu acho que é um crescimento enorme essa parte humana da saúde mental. Para mim, é um crescimento muito grande, eu acho que o que faltava para coroar, não dá mais para você voltar. (EO6)

A análise deste relato revela que o enfermeiro compreende o impacto das atitudes relacionais efetivas na relação com a pessoa com transtorno mental no próprio comportamento e avalia que elas possibilitam o crescimento pessoal.

Depreende-se, assim, que o contato com o transtorno mental e com as limitações do outro, bem como com suas possibilidades, permite uma análise reflexiva sobre o próprio modo de se conduzir na vida. Taylor (1992) enfatiza a pertinência do enfermeiro em saúde mental buscar recursos para processar o seu próprio autoconhecimento.

Assim, para desenvolver a sua principal estratégia de trabalho, que são as suas próprias relações interpessoais, o enfermeiro psiquiátrico e em saúde mental deve conhecer a sua personalidade, desenvolver habilidades comunicacionais e possuir competência técnica para atuar nos novos dispositivos.

6. SÍNTESE PROVISÓRIA

As questões norteadoras desse estudo podem ser sintetizadas como sendo a necessidade de compreender o objeto de trabalho dos enfermeiros nos CERSAM – o cuidado – bem como a base tecnológica que o fundamenta.

A partir da análise efetuada, depreende-se que, no cenário estudado, o enfermeiro atua em uma base tecnológica que compreende o acolhimento à crise, atua como técnicos de referência e atende às famílias dos usuários.

Constatou-se que o atendimento à crise exhibe contradições entre o significado de acolher, evidenciando práticas que possibilitam o vínculo e aquelas que reforçam a contenção e o silêncio, impedindo a emergência das tensões e o manejo da emotividade evocada pelas pessoas com transtornos mentais.

Na atuação do enfermeiro como técnico de referência, observou-se uma ruptura com a ação fragmentada que caracterizava as ações no modelo hospitalocêntrico, bem como o distanciamento do usuário e uma evasão do cuidado. Observou-se que o enfermeiro nos CERSAM atua na clínica e apreende o seu objeto de trabalho buscando uma autonomização e legitimação da sua prática. Nesta função, o enfermeiro elabora o plano de cuidado do usuário, articula-se com a equipe, inclui a família e acompanha o usuário nas ações territoriais da rede seguindo o princípio da co-responsabilidade. Esse processo assemelha-se à tecnologia do gerenciamento ou gerência de casos.

Detectou-se, também, que na execução dessa função de técnico de referência o enfermeiro tem uma ação similar à dos técnicos da equipe interdisciplinar, o que pressupõe a interseção do núcleo específico de cada profissional com o núcleo comum. As atividades que compõem o núcleo comum são as tecnologias leves ou relacionais, incluindo o vínculo e a responsabilização. Os dados revelaram que o enfermeiro vivencia o desafio de definir o seu núcleo específico. Evidenciou-se, ainda, que esse núcleo tem sido construído no CERSAM em detrimento da multiplicidade de atividades elaboradas e viabilizadas pelo enfermeiro. A identificação do seu núcleo específico no CERSAM parece ser dificultada, pois esta ação específica do enfermeiro foi definida nos primórdios da sua constituição como categoria. Nessa definição, estabelecia-se que a ação

específica do enfermeiro se direcionava ao cuidado em todas as suas dimensões. Tais atividades, nomeadas e compreendidas como específicas, compõem o rol das atividades comuns de todas as categorias nos CERSAM, excetuando-se os aspectos biológicos do cuidado.

Na função de cuidar como técnico de referência, o enfermeiro atende a família do usuário sob sua responsabilidade, o que aponta para a ampliação de suas responsabilidades técnicas. Observou-se que o enfermeiro tem uma ação pedagógica de orientar a família com relação ao comportamento do seu familiar, não evocando a possibilidade de permutas efetivas que adquiram valor social, ou mesmo a possibilidade de reabilitação psicossocial.

O estudo permitiu evidenciar que parcela dos enfermeiros efetiva suas ações clínicas no CERSAM de forma comprometida com a integralidade das ações e com a visão holística, sem priorizar aspectos da assistência. Contudo, essa não foi a posição de todos os enfermeiros; as entrevistas revelaram a existência de práticas vinculadas ao aspecto biológico do cuidado, centradas nas doenças e comorbidades, em detrimento de outras abordagens, compartimentalizando o usuário.

Quanto à atuação interdisciplinar, os enfermeiros compreendem que tal forma de organização do trabalho permite um enriquecimento e crescimento advindo da permuta e da troca de saberes, superando a visão positivista e os enfrentamentos de poder das disciplinas. Contudo, alguns enfermeiros apontaram a falta de clareza sobre a especificidade do seu saber e esse aspecto é enfrentado como um desafio. Ainda assim, a participação do enfermeiro na equipe interdisciplinar possibilita-lhe assumir o papel de interlocutor natural, por portar o discurso construído na relação interpessoal e técnica com a equipe de enfermagem que opera o cuidado do usuário durante a crise no CERSAM.

O estudo revelou que outros aspectos contribuem para a definição identitária da função do enfermeiro no serviço de saúde mental, por exemplo, quando este é solicitado para atender, em relação às necessidades biológicas, os usuários que estão sob responsabilidade técnica de outros profissionais. Nesse cuidado, o enfermeiro utiliza a tecnologia do auto-cuidado, que é uma estratégia fundamental para promover a inserção social da pessoa com transtorno mental, ao incentivar suas potencialidades e minimizar as limitações, implicando a ampliação da

autonomia. Esse aspecto rompe com o modelo anterior em que a ação do enfermeiro centrava-se não no cuidado realizado, mas na maneira como este era realizado. Essas ações reafirmam uma conquista na prática do enfermeiro. Entretanto, observou-se que esse aspecto do cuidado foi mencionado apenas por um enfermeiro da pesquisa, sendo que a prática dos aspectos biológicos dos cuidados foi nomeada pelo contingente de enfermeiros como atividades realizadas “para os pacientes”, o que remete à concepção de doente objetivado, receptor passivo de ações e cuidados.

A partir das entrevistas, nota-se que os aspectos psicossociais são pouco explorados pelo enfermeiro, o que reforça e reafirma o risco de se executar um cuidado parcial centrado na visão biológica.

Verificou-se que as ações burocráticas e administrativas do enfermeiro estão vinculadas predominantemente à elaboração, execução e acompanhamento das ações de cuidado. Os depoimentos coletados também revelaram que ações eminentemente administrativas, que deveriam estar vinculadas a outras esferas de ações, são realizadas pelos enfermeiros

Os dados evidenciaram que as ações da equipe de enfermagem (auxiliares e técnicos) são parceladas caracterizando a divisão do trabalho consequente a distribuição de tarefas, tais como; observação do comportamento no pátio e nas oficinas, medicamento, visita domiciliar dentre outras. Tal situação sugere que essas práticas carregam um parentesco com a moral pineliana do cuidado, que prescrevia a ordenação dos espaços e a manutenção da disciplina. Depreende-se, assim, a necessidade de criar outras formas de organização do trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que as ações preconizadas para a área de saúde mental devem priorizar a integralidade, baseando-se no vínculo e na responsabilização.

O estudo evidenciou, na prática do enfermeiro no CERSAM, uma superação da dicotomia entre a gerência da assistência e a prestação do cuidado, já que o enfermeiro elabora e responde pelo plano de cuidado do usuário, não mais se vinculando apenas à gerência administrativa, nem se eximindo dos cuidados. No exercício de gerenciar os funcionários, verificou-se o incremento de ações que promovem o crescimento dos funcionários; esse aspecto merece estudos adicionais, uma vez que a equipe de enfermagem “fica desorientada” ao receber orientações de outros técnicos. Depreende-se que esses funcionários operam o cuidado que é

prescrito também pelos técnicos da equipe. Nesse sentido, o enfermeiro desempenha uma ação técnica de fomentar, prescrever, orientar e executar o cuidado, se necessário.

Quanto aos fundamentos teóricos que referendam as ações dos enfermeiros no CERSAM, as entrevistas analisadas apontaram os saberes da teoria das necessidades humanas básicas, da psiquiatria, da psicanálise, da Atenção Psicossocial e da reabilitação psicossocial. A pesquisa revelou que, na definição da conduta terapêutica, todos os enfermeiros utilizam os referenciais da teoria das necessidades humanas básicas e viabilizam o atendimento dessas necessidades, buscando a satisfação do usuário.

A pesquisa demonstrou que a apreensão do conhecimento é atingida pela via da consciência reflexiva, gerando uma práxis que dinamiza a prática e permite o crescimento profissional pela possibilidade de transformação.

Com relação aos saberes da psiquiatria, detectou-se que constituem um referenciais importantes na prestação do cuidado por possibilitar a definição do diagnóstico, a identificação e a supressão dos sintomas pela via da medicação. A utilização desse referencial revelou-se desafiadora pela convivência dos profissionais com a pessoa com transtorno mental, haja vista o processo de exclusão social por décadas.

A psicanálise orienta os enfermeiros para uma abordagem diferenciada do cuidado e é reconhecida como referência significativa no CERSAM, contribuindo na escuta e na linguagem e sendo utilizada também na supervisão clínica dos casos.

Apesar disso, com base nas entrevistas nota-se que ainda persiste uma priorização da ação clínica em detrimento dos aspectos sociais no cuidado prestado.

Os dados revelam diferentes abordagens expressas pelos enfermeiros, demonstrando a ausência de consenso em relação à compreensão do conceito de cuidado prestado pelo enfermeiro em saúde mental.

Na atuação clínica como técnico de referência, os enfermeiros ampliam as suas ações buscando referenciá-las teoricamente, pois os dados revelaram que os enfermeiros efetivam uma interação com atores e elementos externos ao serviço: a família, a rede de saúde mental, as ações culturais, culminando em ações intersetoriais. Contudo, detectou-se que parte dos enfermeiros utiliza-se das ações

culturais e socializantes para efetivação de atividades de entretenimento que objetivam a adaptação, inviabilizando a implicação subjetiva.

A análise dos dados coletados mostrou que uma parcela dos enfermeiros empreende ações comprometidas com as referências da Atenção Psicossocial e da reabilitação psicossocial, e nesse sentido estimulam o desenvolvimento da autonomia do usuário recuperando habilidades perdidas e reduzindo os danos.

Em seus depoimentos, os enfermeiros relataram conviver com o desafio da não adesão do usuário ao tratamento, o que exige a tomada de atitudes divergentes da vontade do usuário. Convivem também com o desafio do não envolvimento familiar, demandando a busca de novas abordagens, além de vivenciarem os desafios relacionados à instituição. Neste último aspecto, foram mencionadas as questões políticas pela ausência de interlocução, os desafios da divisão de tarefas, os desafios da carga horária de trabalho e a formação de recursos humanos. O problema da carga horária insuficiente para a quantidade de tarefas culmina com sofrimento psíquico, de certo modo relacionado à alta rotatividade da equipe de enfermagem. Outro desafio mencionado refere-se à organização da assistência, tendo sido apontadas pressões físicas relativas às condições e natureza do trabalho. Todas estas questões merecem investigações adicionais.

Os dados revelaram ainda que os enfermeiros referem-se ao seu trabalho no CERSAM como, simultaneamente, um complicador e um avanço. Referem-se ao termo “complicador” pela dificuldade em conciliar de forma competente as ações de gerenciamento e de prestação de cuidado, o que lhes deixa a sensação de tarefa incompleta. Referem-se ao termo “avanço” ao reconhecer que, no CERSAM, ao profissional de enfermagem já não é atribuída uma posição coadjuvante, de submissão e de distanciamento. O trabalho como técnico de referência situa-o na posição de terapeuta, tendo sido mencionada de forma reiterada a afinidade com a área de saúde mental, o comprometimento e a satisfação com o trabalho, pela oportunidade de crescimento pessoal e técnico.

Para concluir, à luz da análise dos dados empíricos e analíticos da pesquisa e como contribuição técnica para a melhoria dos serviços prestados no CERSAM, esboçamos algumas recomendações endereçadas aos diferentes atores envolvidos na atenção às pessoas com transtornos mentais.

Aos enfermeiros, bem como, os profissionais da equipe de enfermagem, sugerimos; aprofundamento teórico e formação técnica permanente, assegurando o espaço da reflexão crítica em sua atuação como técnico de referência, ou operador do cuidado, evitando incorrer em práticas adaptativas e segregadoras.

Às escolas de formação recomenda-se; revisão geral na formação do enfermeiro, ainda predominantemente compartimentada, centrada nos aspectos biológicos do ser humano, constituindo desafios na realização de ações integrais no campo prático.

Por fim, aos profissionais encarregados da gestão dos serviços de Saúde Mental, reafirmamos a pertinência de explicitar e desvendar os desafios e não incorrer na armadilha de ocultá-los, uma vez que essa atitude conduz a rotina e à acomodação.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de Enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 143p.

AMARANTE, P. D. C. Cidadania e Reforma Psiquiátrica. In: MELLO E SOUZA, M.C; COSTA, M.C.S. (ORG.) **Saúde Mental numa sociedade em mudança**. Ribeirão Preto:Legis Summa/FIER, 2005, 125-133

AMARANTE, P. D. C. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, v.1. p. 735-759.

ANDRADE, A. N. **O acolhimento à incerteza: desafios para a psicologia contemporânea**. In: Congresso Norte-Nordeste de Psicologia, 1999.Salvador. Anais,v.1.p9 32

ARANTES, E. C; F.; I. M. K.; STEFANELLI, M. C. O enfermeiro em Emergência psiquiátrica: Intervenção em crise. In: STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. (Org.). **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri (SP): Emanoele, 2008, p.668.

ARAUJO, V.C.; BOTTI, N.C.L. **Implicações bioéticas no agir do enfermeiro em saúde mental**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). PUC Minas, Betim, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7 ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.

BARROS, S; OLIVEIRA, A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, 2007.

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

BELO HORIZONTE. Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais. **Atenção em Saúde Mental** 2006, 238p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte: O Cotidiano de uma Utopia**. Belo Horizonte, 2007, 251 – 255p.

BEZERRA JÚNIOR, B. Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). **Cadernos de Saúde Mental**. Belo Horizonte, 2007, v.1, p.149.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental - 1987**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. 2. ed. Brasília, 1994.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, 9 de abril 2001. Seção 1, p. 2

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental- 2002**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Cadernos de Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. p. 125.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM. **Estabelece o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004. 86 p.

BRASIL. 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.

BRASIL. 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: Brasília, 2007, 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental - 2010**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH**. Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde. Secretária de Atenção à Saúde – Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2008.

BRYNE, P. **Dinâmica da pesquisa em ciências Sociais**: os pólos da prática metodológica. 5.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

CAMARGOS JÚNIOR, K. R. As Armadilhas da Concepção Positiva de Saúde. **Physi**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, 2007.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Reflexões Sobre o Processo de Cuidar da Enfermagem em Saúde Mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.34, n.3, p.271-6, set.2000.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção dos trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8. n. 2, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003. 185p.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de Gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERY E; ONOCKO R. (ORG.) Agir em Saúde: Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (Org). **Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DELGADO, P. G. A nova fronteira Intersectorial ainda está por ser conquistada. **Radis comunicação em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, n.97, 2010.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1983.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagem Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S. F. (Org). **Caminhos do Pensamento Epistemologia e Método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS,J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 24(1): 17-27, jan, 2008

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, maio/ago 2004.

FURTADO, J. P.; ONOCKO-CAMPOS, R. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. **Revista Latino- Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, ano III, n.1, 2005.

GADOTTI, M. **Concepção dialética da educação**: um estudo introdutório. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1988. 175p.

GARAUDY, R. **Perspectivas do homem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. 355p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994. 278p.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 22, n. 2, 2006.

HUMEREZ, D.C. Evolução histórica do conceito de loucura e do louco. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.3, n.4, p. 129-36, 1990.

IRVING, S.R.N. **A Enfermagem Psiquiátrica Básica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

KANTORSKI, L. P. et.al. **O Cuidado em Saúde Mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante**. Revista Enfermagem, UERJ Rio de Janeiro. 14(3) 366- 7, 2006.

KAPLAN, H.I; SADOCK, B.J. **Compêndio de psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

KIRSCHBAUM, D. I. R. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em centro de atenção psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.3, 2009.

KIRSCHBAUM, D. I. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos ? **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, 2000; n. 19, p. 15-36.

KONDER, L. **O que é Dialética**. 27. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995. 87p.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.8, n. 3, 2003.

LEOPARDI, M.T. (Org.). **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFDC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. 290 p.

LOBOSQUE, A. M. **Experiências da Loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LOBOSQUE, A. M. Saúde Mental: os desafios da formação. In:LOBOSQUE, A.M. (Org.). **Cadernos de Saúde Mental**, Belo Horizonte, v. 3, 2010, p.202.

LOBOSQUE, A. M; ABOU-YD, M. A cidade e a Loucura – entrelaces. In: CAMPOS, C.R.(ORG). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o publico**. São Paulo: Xamã; 1998.

LUCCHESI, R.A. Enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n.3, set.-dez. 2007; p.883-885. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a28.htm>>. Acesso em: 07 set. 2009.

MAIA, R.F.; PAVARINI, S.C.L. **O processo de enfermagem na psiquiatria**: a percepção de enfermeiros de uma instituição de moradia asilar. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). São Carlos (SP): UFSCar, 2001.

MELLO, I. M. **Bases Psicoterápicas da Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 155 p..1

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.p. 124-5

MINAYO, M. C. S. et.al. **Pesquisa Social**: Teoria, Método e Criatividade. 7. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2007. 269p.

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, 2008.

MIRANDA, L.; ONOCKO-CAMPOS, R. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, 2010.

MISOCZKY, M.C. **O Projeto de Saúde Mental de Belo Horizonte**: Admitir que a loucura exista cria uma realidade. Programa Gestão pública e Cidadania da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo: FGV, 1998.

MORENO, V. Enfermeiros e a Família do portador de transtorno Mental. **Revista Brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 4, p. 603-607, 2010.

NEVEZ, J.L. Pesquisa qualitativa – características, uso e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração**, São Paulo, v.1, n.3, p.1-5,1996.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.3, p.333-340, maio-jun. 2003.

ONOCKO-CAMPOS, R. A Gestão: Espaço de intervenção, Análise e especificidades Técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M. L. O Processo de Trabalho de Enfermagem: A Cisão entre Planejamento e Execução do Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.55, n, 4; pg. 392-398, 2002.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde**: Conceito e tipologia. Rev. Saúde pública. 2001, 35 (1):103-9

PENIDO, C.M. F. A clínica e a formação nos CERSAM de Belo Horizonte. In: AMARANTE, Paulo (Org). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2**. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 97-98.

PEQUENO, C.C. Saúde Mental: A consolidação do módulo substitutivo em Belo Horizonte. **Revista Eletrônica Mensal da SMSA-PBH**. Belo Horizonte, n. 4, abr. 2002. Disponível em: < <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/abril2002/saudemental.html>>. Acesso em: 12 agosto 2009.

PIMENTA, E. S.; ROMAGNOL, R. C. A Relação com as Famílias no tratamento dos portadores de transtornos mentais realizado no Centro de Atenção Psicossocial. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João Del Rei, v. 3, n. 1, 2009.

PINHO, I. C. et.al.As percepções do enfermeiro cerca da integralidade da assistência. **Revista eletrônica de enfermagem**. Goiânia, v. 8, n. 1, 2006.

PINHO, M.C.G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**. 2006. Vol. 08, p.68:87

PITTA, A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: PITTA, Ana (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 2001. p.19-26.

REZENDE, H. Saúde mental: prioridade de saúde pública. **A saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 140-145, 1987.

RIBEIRO, S. B. O.; SAMPAIO, S. F. O Processo de Trabalho em enfermagem: Revisão de Literatura e percepção de seus profissionais. In: XIV ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA PUC-CAMPINAS. **Anais...** Campinas: PUC, 2009.

ROCHA, R.M. **Enfermagem Psiquiátrica: Que papel é esse?** Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia: Editora Te Cora, 1994.129 p.

ROSA, A. R. et.al. Monitoramento da adesão ao tratamento de lítio. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v.33, n. 5, 2006.

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

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da Imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.133p.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá, 2001.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, Rosa M.G. S. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.6, 2003.

SILVA, I.J.et.al. Cuidado, auto cuidado e cuidado de si: Uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, 2009.

SILVEIRA, M. R.; ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental- o caso dos CERSAM de Belo Horizonte. **Revista Latino americana de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.5, p.645-651, 2003.

SOARES, A. N.; SILVEIRA, B. V.; REINALDO, A. M. S. Serviços de Saúde Mental e sua relação com a formação do Enfermeiro. **Revista Rene**. Fortaleza, v.11, n. 3, p.47-56, 2010.

STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. (Orgs). **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri (SP): Manoel, 2008. 668p.

STUART, G. W.; LARAIA, M. **Enfermagem psiquiátrica**. Tradução: Dayse Batista. 6 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n.3, 2005.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. P.465 p.46

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **Reinvenção da Cidadania, Empowerment no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Campo de Usuários**. In: AMARANTE, P.A. (ORG.) Ensaio subjetividade, Saúde Mental, Sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

VASCONCELOS, V. C. **Trabalho em equipe na Saúde Mental: O desafio interdisciplinar em um CAPS**. Rev. Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas. Ribeirão Preto V.6,n 1, 2010 p 1-16..

VÁSQUEZ, S. A. **Filosofia da Práxis**. 2. ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1977. 454p.

VILELA, S.C.; SCATENA, M.C.M.A. Enfermagem e o Cuidar na Área de Saúde Mental. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF), v. 57, n 6, p. 738-41, nov-dez 2004.

APÊNDICES

Apêndice A

Roteiro para Entrevista Semi-Estruturada

- Para você o que é cuidado em saúde mental?
- Descreva como você realiza o cuidado em saúde mental.
- Em que você se baseia para planejar e executar as suas ações de cuidado de enfermagem aos portadores de sofrimento mental?
- Quais as potencialidades e limites na realização desse trabalho?
- Que saberes orientam sua prática em Saúde Mental?
- Como você orienta e supervisiona os auxiliares e técnicos em enfermagem na prestação de cuidados?
- Como você avalia a prestação de cuidados realizados pelos auxiliares de enfermagem na prestação de cuidados?

Apêndice B

TCLE



Universidade Federal de Minas Gerais
Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Obrigatório para pesquisas em Seres Humanos – Resolução CNS 196-196 e n 251-97

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“O cuidado do Enfermeiro em saúde mental nos Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte”**. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações e o seu papel na pesquisa. Você foi selecionado por fazer parte da Equipe de Saúde Mental do CERSAM e sua participação é voluntária. A qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar as ações de cuidado do enfermeiro nos CERSAM de Belo Horizonte.

Se concordar em participar você será acompanhado durante a realização das atividades no CERSAM para observação da realidade local e será entrevistado com o intuito de conhecer o processo de trabalho e execução das ações de Saúde Mental. Solicito ainda a autorização para gravar a entrevista e esclareço que esta será codificada para a manutenção do seu sigilo. Esta pesquisa de campo resultará no Trabalho de Conclusão do Mestrado da Universidade Federal de Minas Gerais

(UFMG). Informamos que a pesquisa será realizada pela mestranda da pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFMG, Sandra Miramar de Andrade Pinheiro, sob orientação da Prof. Dra. Alda Martins Gonçalves. Como o projeto de pesquisa não apresenta despesas para os participantes não há previsão de ressarcimento de gastos aos sujeitos da pesquisa ou indenização, pois os participantes contribuirão voluntariamente na observação e entrevista, portanto sem gastos pessoais nesta participação.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é o (a) Sr.(a) Sandra Miramar de Andrade Pinheiro, que pode ser encontrado na rua Ubá nº 380 apto 103 e Telefone(s) (31) 34222743 e (31)84219359. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP – SMSA/PBH) na Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar. Funcionários- fone (31) 3277-5309 Fax (31)3277-7768 e-mail: coep@pbh.gov.br – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu trabalho na Instituição.

Declaro que li as informações contidas nesse termo e que fui informado(a) sobre as questões da pesquisa, bem como minha participação nela, compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefício ou outra penalidade. Abaixo assinado, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar da pesquisa.

Assinatura do participante da Pesquisa

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Sandra Miramar de Andrade Pinheiro

Mestranda

Endereço: Rua Ubá, 380 apto 103 Floresta/BH-MG

Tel: 3422-2743

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Orientador

Dra. Alda Martins Gonçalves

Escola de Enfermagem da UFMG

Endereço: Av. Alfredo Balena, 190

Tel: 3409.9846

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20____

ANEXOS

Anexo A

Anexo B

Belo Horizonte, 05/10/2009

Ilmo. Sr. Presidente
Comitê de Ética em Pesquisa (COEP)
Universidade Federal de Minas Gerais

Prezado Senhor:

Encaminho para a apreciação deste Comitê o projeto de pesquisa **O cuidado do Enfermeiro em Saúde Mental nos Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte.**

A pesquisa será desenvolvida nos Centros de Referência em Saúde Mental de Belo Horizonte. Cumpre lembrar que o objeto da minha dissertação é relevante para a Instituição, tendo sido aprovado pelo comitê de ética da Prefeitura de Belo Horizonte que autorizou a realização do mesmo.

As etapas previstas cumprir-se-ão, rigorosamente a Resolução 196/96 do CSN no que tange aos procedimentos de consentimento informado e confidencialidade quanto à identidade dos participantes. Os resultados não serão utilizados para avaliação de desempenho dos mesmos na Instituição.

No aguardo de vossa avaliação, agradeço antecipadamente.

Sandra Miramar de Andrade Pinheiro
Mestranda em Enfermagem/UFMG