

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ADALCI OLIVEIRA DA SILVA D´RAMOS

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ADALCI OLIVEIRA DA SILVA D´RAMOS

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

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

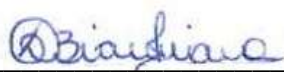
Orientadora: Profa Dra Bianca Cristina Ciccone Giacon

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Assistência de Enfermagem na atenção psicossocial** de autoria da aluna **ADALCI OLIVEIRA DA SILVA D'RAMOS** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área atenção Psicossocial.



Profa. Dra. Bianca Cristina Ciccone Giaccon
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores, pela competência e paciência.

Agradeço a todos os meus familiares pelo incentivo e apoio me dado.

O homem é uma corda, atada entre o animal e o além do homem - uma corda sobre um abismo. Perigosa travessia, perigoso a caminho, perigoso olhar para trás, perigoso arrepiar-se e parar. O que é grande no homem é que ele é uma ponte e não um fim: o que pode ser amado no homem é que ele é um passar e um sucumbir. Amo Aqueles que não sabem viver a não ser como os que sucumbem, pois são os que atravessam.

Friedrich Nietzsche

RESUMO

A Atenção Psicossocial proporciona aos indivíduos com transtorno mental a reinserção social através de serviços onde possam respeitá-las em suas individualidades, promover ações para desenvolvimento de autonomia, cidadania, convivência e comunicação com o outro. Desse modo, a enfermagem tem responsabilidade pelo cuidado ao indivíduo em suas especificidades. Nesse contexto, a assistência de enfermagem é uma sequência de etapas organizadas, utilizadas pelo enfermeiro para auxiliar na identificação dos problemas de saúde do paciente, favorecendo tomada de decisão e melhora do indivíduo. Assim sendo, este trabalho teve como objetivo descrever a Assistência de Enfermagem na Atenção Psicossocial. Para isso foi realizado uma revisão de literatura com pesquisa de artigos científicos em sites de busca, artigos impressos e livros na área. Através do levantamento bibliográfico, concluindo-se que o cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem no modelo de atenção psicossocial possibilita a construção de novos saberes e práticas. Portanto, a enfermagem é necessária para auxiliar autocuidado quando a pessoa encontra-se com limitações para seu desenvolvimento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.1 Objetivos.....	10
1.1.1 Geral.....	10
1.1.2 Específicos.....	10
2 METODOLOGIA.....	10
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
3.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	12
3.2 Modelos de atenção em Saúde Mental.....	14
3.2.1 Dispositivos de ação terapêutica na Saúde Mental.....	16
3.2.2 Cuidados de enfermagem em Saúde Mental.....	18
3.3 Entendendo a atenção psicossocial	22
3.3.1 Prática de Saúde Mental na Atenção Psicossocial.....	24
3.3.2 A família e a atenção psicossocial	27
3.3.3 Interdisciplinaridade como requisito para a enfermagem da atenção Psicossocial.....	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

As antigas práticas em saúde mental foram norteadas por ações de violência, tanto explícitas como veladas, agressões físicas, poder do profissional sobre o usuário, repressão moral, inclusão social anômala e com o predomínio referencial de um modelo biológico e psicológico (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

A intenção atual dos órgãos de saúde é o processo de construção e o fortalecimento de um novo modelo de atenção psicossocial. Essa mudança implica em ações nas esferas da concepção da saúde mental e dos meios teórico-técnicos, da organização das relações intrainstitucionais e de seus agentes com a clientela, bem como, a população em geral e da efetivação de suas ações em termos terapêuticos e éticos (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

Neste contexto de mudanças no cuidado do indivíduo com transtorno mental, a assistência de enfermagem ao paciente vem se desenvolvendo e buscando atender às propostas provenientes da Reforma Psiquiátrica. Ela propõe aos profissionais de saúde a implementação de uma prática contrária àquela oferecida na psiquiatria tradicional, a qual é caracterizada pelo isolamento e pelo tratamento punitivo, voltado para a contenção física e química dos indivíduos portadores de transtornos mentais (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

A Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada na década de 1980, implantou novas propostas e possibilidades de assistência ao paciente com transtorno mental, garantindo o exercício de seu direito a cidadania. A reorganização do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil se deu acerca da construção de uma rede de assistência extra-hospitalar que permitisse ao paciente psiquiátrico ser cuidado, também, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (ZERBETTO; PEREIRA, 2005).

Para Aranha e Silva (2003), a nova orientação do modelo assistencial vem propondo um processo de implantação gradativa e crescente dessa nova rede de cuidados aos indivíduos com transtornos mentais. Tal organização necessita de uma complexa estrutura formada por serviços comunitários articulados e recursos territoriais, culturais, sociais, enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, residências terapêuticas e cooperativa social.

Desta maneira, esses centros são serviços substitutivos extra-hospitalares, designados através da Portaria nº 224/92 pelo Ministério da Saúde que têm como uma das metas a redução de internações psiquiátricas, visando o resgate do paciente psiquiátrico nos espaços sociais (SCHRANK, 2008; WETZEL et. al., 2008).

Conforme a portaria nº 336/2002, um CAPS apresenta as seguintes características: "(...) deve prestar atendimento prioritário a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sistema de atenção diária; deve funcionar de acordo com a territorialidade; deve possuir área física específica, independente de qualquer estrutura hospitalar; deve responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental; deve possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial; deve constituir sua equipe de modo que esta possa supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental; deve realizar e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamento especiais e excepcionais.

Os CAPS são classificados em CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infância), CAPSad (álcool e drogas). "Esses serviços oferecem atendimento em regime intensivo (usuário frequenta diariamente o serviço), semi-intensivo (usuário frequenta o serviço de uma a três vezes por semana) e não intensivo (usuário frequenta o serviço uma vez por mês)" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.125).

A equipe do CAPS trabalha interdisciplinarmente, com o objetivo de promover diversas formas de sociabilidade. Para isso, pode contar com outros profissionais, além daqueles que constituem a equipe básica, como artesãos, musicoterapeutas, artistas plásticos, pedagogos, professores de educação física, entre outros (MAFTUM, 2004; MONTEIRO, 2006).

Salienta-se que o CAPS constitui a principal estratégia da Reforma Psiquiátrica brasileira. Este propõe oferecer práticas de cuidado em saúde mental de alcance intersetorial, voltado para o atendimento individualizado e comunitário à pessoa com transtorno mental, em regime de atenção diária, visando substituir a assistência ofertada nos hospitais psiquiátricos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2004).

Diante deste cenário, é necessário que os enfermeiros estejam preparados para acolher o usuário, desenvolver um trabalho com características coletivas em

uma equipe interdisciplinar na busca da reabilitação psicossocial. Todavia, esta tarefa não é fácil, demanda que os profissionais de saúde, entre eles os de enfermagem, revejam suas posturas diante do outro (KANTORSKI et. al., 2008).

Portanto, a justificativa dessa investigação baseou-se na importância de se refletir sobre a assistência de enfermagem na atenção psicossocial. Para a condução da pesquisa partiu-se da seguinte questão: qual o papel do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Descrever a Assistência de Enfermagem na Atenção Psicossocial, a partir da perspectiva de seus atores.

1.1.2 Específicos

- Analisar a Reforma Psiquiátrica no Brasil.
- Delinear o significado da Saúde Mental.
- Identificar o significado dos CAPS.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo bibliográfico, descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa.

O estudo descritivo-exploratório tem por objetivo descrever completamente determinado fenômeno, como, por exemplo, o estudo de um caso para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas. É possível ser encontradas, tanto em descrições quantitativas e/ou qualitativas, quanto acumulação de informações

detalhadas como as obtidas por intermédio da observação participante (MARCONI; LAKATOS, 2005).

A abordagem qualitativa é um método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das opiniões, produtos e interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam (MINAYO, 2006).

Após a definição do tema, foi feita uma busca eletrônica nas bases de dados de periódicos científicos LILACS e SCIELO, durante o período de 2000 a 2011, utilizando os descritores saúde mental, atenção psicossocial, assistência de enfermagem. Além disso, alguns livros foram consultados para conhecimentos gerais a respeito do assunto.

Após a coleta, as informações e resultados obtidos foram analisados e comparados, considerando alguns aspectos relevantes da assistência de enfermagem na atenção psicossocial.

No estudo do material, foram atentados para os seguintes aspectos: tipo de estudo (revisão bibliográfica); enfoque (atenção psicossocial); sujeitos da pesquisa (trabalhadores de enfermagem); tipo de publicação (resumo, artigo completo, capítulo de livro, anais, outros); abordagem (qualitativa); origem (nacional e internacional); e idioma de publicação (português, inglês e espanhol).

Dentre os estudos encontrados, somente foram considerados os artigos nos quais fosse possível a identificação dos itens/indicadores utilizados para a definição operacional da assistência de enfermagem na atenção psicossocial. Foram excluídos artigos que não estavam de acordo com o objetivo do estudo e aqueles que estavam repetidos em mais de uma base de dados.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Com o término do modelo manicomial que esteve em vigor até o final da década de 70, ocorreram, no Brasil, transformações substanciais na assistência psiquiátrica. As mudanças foram pautadas na implantação de novos dispositivos de atendimento, essenciais para firmar um compromisso com uma assistência mais humanizada e cidadã para os indivíduos com transtorno mental.

É justamente nesse contexto que está situada a atual Reforma Psiquiátrica Brasileira. A construção do novo perfil de serviços baseia-se no atendimento às pessoas através de uma rede única, regionalizada e hierarquizada, conforme o nível de complexidade. Concretamente, a Reforma Psiquiátrica permitiu uma oferta de cuidados diferenciados aos portadores de transtornos mentais, com alterações expressivas nos saberes e práticas assistenciais (TENÓRIO, 2002; AMARANTE, 2005).

Se, inicialmente, procurava-se apenas a humanização do espaço institucional desumano, a concretização da Reforma Psiquiátrica se procede após políticas públicas auxiliadas por legislações características, formando uma rede assistencial substitutiva à internação em hospitais psiquiátricos. Deve-se reconhecer a reforma psiquiátrica brasileira como um processo que vem se desenvolvendo segundo as particularidades de cada região. Assim sendo, diante da extensão e desigualdade do território brasileiro, a reforma vem ganhando atributos regionais sem, contudo, deixar de se orientar pela legislação em vigor e pelos princípios fundamentais que a administram (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

A rede de atenção à saúde mental é constituída por diversos dispositivos de atenção, tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como articuladores estratégicos dessa lógica. Os CAPS, os serviços residenciais terapêuticos, hospitais gerais, serviços de urgência e emergência, dentre outros formam a rede de serviços de saúde. São também ligações da rede os recursos das comunidades por intermédio de instituições não governamentais, associações de moradores, cooperativas de trabalho, escolas, famílias e suas associações e todos os outros dispositivos que se unam à forma de vida dos indivíduos de um território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Todavia, a dificuldade e intensidade das questões associadas à saúde mental assinalaram para a necessidade de integrar essa rede aos serviços de Atenção Primária. Assim sendo, o modelo de atenção à Saúde Mental sugerido torna-se descentralizado, ofertando serviços mais próximos das residências das pessoas (BRASIL, 2004a).

A relação desses serviços de saúde em rede possibilita deliberar a Atenção Primária, como o acesso do indivíduo no sistema de saúde, o que já acontece para outros agravos. Tal modelo vai de encontro às sugestões da OPAS/OMS (2001), que no relatório "Saúde no mundo", constitui como objetivos para a assistência psiquiátrica: atendimento na Atenção Primária como acesso ao sistema, ingresso aos psicotrópicos e atenção voltada para o ambiente residencial com envolvimento da comunidade de origem.

Segundo Sarraceno (2006), o novo modelo reitera as potencialidades dos territórios admitindo que a responsabilidade pelo cuidado é uma prática de diversos atores. Substitui-se a lógica do encaminhamento pela responsabilização compartilhada, ou seja, o caminho do indivíduo na rede passa a ser seguido pelos profissionais que o atendem, tanto na atenção primária, como nos CAPS ou em outros serviços na rede de cuidados.

Inicialmente, esse modelo se norteou por uma estratégia de reabilitação psicossocial que, com o decorrer do tempo, se constituiu numa verdadeira ética norteadora das ações relacionadas aos portadores de transtornos mentais. A reabilitação psicossocial tem como meta a restituição do exercício pleno da cidadania que deve ocorrer por intermédio de ações que permitem a contratualidade social em seus três panoramas: casa, trabalho e rede social (SARRACENO, 2006).

Destaca-se que nos aspectos substitutivos em saúde mental todas as estações de cuidado devem funcionar, visto que isso intervém nos resultados esperados. Embora com a co-responsabilização entre os CAPS e a Atenção Primária, este nível de atenção não tem respondido com efetividade, qualidade e resolutividade, se constituindo como um desafio a ser ultrapassado (SILVEIRA, 2009).

Ainda de acordo com esse mesmo autor, o incremento e a implantação desse modelo assistencial são assinalados por tensões diárias entre a Atenção Primária e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Vivenciam-se no dia a dia das práticas

certos desafios a fim de conectar a Saúde Mental à Atenção Primária, visando construir uma rede de atenção integral. Geralmente, a trajetória do usuário na saúde mental se restringe apenas à procura dos serviços de saúde mental desconsiderando a porta de entrada oficialmente definida.

3.2 MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Nas últimas décadas, no Brasil e na América Latina, e desde o final da Segunda Guerra Mundial, nos países europeus e norte americanos, as políticas de assistência à saúde protagonizam uma polarização entre dois macro-modelos de atenção.

O primeiro, o hegemônico alinha-se ao modelo clínico-biológico, lançado no conceito funcionalista de processo saúde-doença, tem o idealismo positivista como base teórico-filosófica e utiliza o processo clínico-positivo para apreensão e análise da realidade. O outro se alinha ao modelo preventivista, lançado no entendimento do processo saúde-doença socialmente determinado e utiliza o materialismo histórico e dialético, como referencial teórico-metodológico para apreensão e análise da realidade (COSTA, 2001; GONÇALVES, 2002).

O primeiro modelo, psiquiátrico tradicional, predomina no cenário institucional mundial, já que tem sua origem na própria constituição da psiquiatria como especialidade médica e na estruturação do padrão capitalista burguês de sociedade, traduzido pelo ideário filosófico positivo do final do século XVIII.

A organização de modelos de assistência que se opõem ao psiquiátrico tradicional pôde ser mais especialmente observada na Europa central, representada pela França, Itália e Inglaterra cujo Estado de Direito é garantido a todos os cidadãos. A crítica às políticas públicas para o setor remonta o primeiro pós-guerra.

Segundo Pitta (2006) e Aranha (2007), o enfrentamento desse modelo surgiu com as comunidades terapêuticas da década de 30; a psiquiatria comunitária na década de 50; a psiquiatria de setor francesa ou a antipsiquiatria inglesa da década de 60 e a psiquiatria democrática italiana, nas décadas de 70 e 80.

Em paralelo, no pós Segunda Guerra, quando a população mundial precisou olhar para seu flagelo, as práticas clínicas e reabilitadoras procuravam o reparo dos corpos e das mentes, numa probabilidade clara de adaptação social. Tal movimento

teve os Estados Unidos como campo privilegiado, em que as teorias do comportamento tiveram um avanço sem precedentes.

Ademais, a descoberta do neuroléptico na década de 50 implantou um dispositivo de intervenção resolutivo e materializou o paradigma ainda hegemônico de atenção em saúde mental no mundo ocidental: associação de práticas de reabilitação física e psíquica aos psicofármacos, amparada num modelo de atenção de base hospitalar coordenado pelo profissional médico.

O componente específico de intervenção no âmbito da saúde mental é o indivíduo acometido por um agravo que o coloca previamente, no imaginário coletivo, numa condição de pessoa incapaz: da perspectiva econômica, da gestão da própria vida e da administração das relações afetivas e amorosas. Agravando essa representação social e cultural preconceituosa, o continente sul americano foi cenário de desrespeito aos direitos individuais e coletivos durante décadas, resultado de regime político de exceção.

Para Costa (2001), a psiquiatria tomou historicamente para si, parte do controle social e a psiquiatria brasileira que idealizou a legislação vigente de 1934, teve como ideologia os ideais eugênicos e profiláticos da psiquiatria alemã.

Ainda que duradoura, na América Latina, o efeito da discussão dos modelos de atenção à saúde mental está solidificado na Declaração de Caracas, em que representantes da sociedade política e Ministros de Saúde firmaram o padrão não hospitalocêntrico de atenção à saúde mental e renovaram, através da Declaração dos Direitos dos Usuários, a assistência humanizada e as delimitações éticas das ações em saúde mental, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 2001).

3.2.1 Dispositivos de ação terapêutica na Saúde Mental

Recentemente, o modelo hospitalocêntrico é ainda preponderante no Brasil e o grande desafio é reorientar esse modelo de atenção para além dos hospitais psiquiátricos, desconstruindo saberes radicados há vários séculos. A perspectiva é a implantação de novas culturas de convivência com o doente mental, restituindo-lhe o direito à vida, à liberdade e à cidadania (COSTA-ROSA et. al., 2001).

Assim, o atendimento hospitalar passa a ter uma função limitada aos aspectos impactantes da crise dos portadores de sofrimento psíquico, permitindo seu rápido acesso ao próprio contexto social, impondo eficiência terapêutica e agilidade nos procedimentos técnicos.

Concebendo uma forma de assistência que surge para rebater o modelo hospitalocêntrico, o CAPS é um espaço de atendimentos realizados por uma equipe multiprofissional, reservada a atender os problemas de saúde mental, individuais e coletivos. Caracteriza-se, sobretudo, pela horizontalidade de ações interdisciplinares e terapêuticas, favorecendo a inclusão do indivíduo portador de um transtorno mental em seu contexto social, aliviando o seu sofrimento (VIANNA; BARROS, 2005).

O CAPS integra o Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Sampaio e Santos (2001) apresentam suas características como: integração de sistemas primários e secundários de atenção; acessibilidade local (distrital ou municipal) e integração a sistemas de política social com interação direta e cotidiana com as famílias; prática multiprofissional e articulação de saberes da Enfermagem, Medicina, Psicologia, do Serviço Social e da Terapia Ocupacional, voltados ao atendimento e solução dos problemas pessoais, grupais e sociais, determinantes e determinados por alterações de comportamento e da afetividade; multiplicidade de práticas e críticas às práticas por meio de pesquisas sistemáticas, sempre reinventando, sem dogmatismos, sem uma teoria única de tratamento; processo de supervisão sistemática, institucional e técnica da organização, dos programas e das integrações profissionais; e, centro dinâmico das políticas de saúde mental, revolucionando a atitude dos profissionais de saúde mental e da sociedade frente às concepções de doença mental e dos direitos de cidadania.

Nos municípios de maior porte, além dos CAPS, para atendimentos de adultos, e CAPS infantis, a rede de serviços públicos também conta com ambulatorios de saúde mental, cuja principal meta é a assistência aos usuários, portadores de transtornos mentais, e seus familiares, incluindo: análise, diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação, objetivando sua reinserção na comunidade. Atende todas as patologias psiquiátricas e do comportamento, exceto os portadores de farmacodependências, que são atendidos em serviços de CAPS-ad (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com Osinaga et. al. (2005), os Ambulatórios de Saúde Mental proporcionam atendimento médico, de enfermagem e psicológico, assim como visita domiciliar aos portadores e grupos de familiares, coordenados pela enfermeira e pela assistente social, a exemplo do Ambulatório Regional de Saúde Mental do município de Ribeirão Preto. Nos municípios onde não há ambulatórios psiquiátricos, estas intervenções terapêuticas são realizadas nos CAPS.

Outras unidades de atendimento em Saúde Mental se conformam em estruturas institucionais de semi-internação durante o dia, chamadas de Hospitais-dia, e expostas como locais que proporcionam, ao portador de transtorno mental, a possibilidade de manter vínculos familiares e com a comunidade que o cerca.

As atividades focalizam: os atendimentos clínicos, cuidados de enfermagem, atendimentos psicológicos, grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, esportes, terapia corporal, trabalho nas redes sociais, atividades comunitárias (passeios externos, atividades culturais e artísticas, festas e celebrações de datas comemorativas), grupos de chegada e saída, além das reuniões e atendimentos que incluem os familiares.

Na atenção básica, pelas políticas públicas atuais, busca-se excitar experiências de atendimento em saúde mental, nos serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). As equipes ocupam os diversos espaços extrainstitucionais, de acompanhamento dos tratamentos do portador de transtorno mental, detecção e encaminhamento de casos suspeitos, indo ao encontro da família e suas dificuldades, procurando incluir todos os problemas relativos ao sofrimento psíquico.

Quando a ESF se responsabiliza pelos portadores de sofrimento psíquico rigoroso, podem ser verificados resultados como: redução no número de reinternações psiquiátricas das pessoas acompanhadas, promoção da saúde mental e reintegração para pacientes psicóticos. Nas intervenções domiciliares durante os períodos de crise, o profissional que atende a família enfatiza a capacidade de escuta, resolução de problemas e favorecimento da reinserção psicossocial, fazendo, muitas vezes, a função de terapeuta de Acompanhamento Terapêutico (AT) (SOUZA, 2004).

Essa forma de se prestar o atendimento na ESF é compatível com a prática clínica no AT, no que se refere, tanto à predominância do trabalho extrainstitucional,

estando ao lado do sujeito e suas dificuldades, dentro do seu contexto de vida, como pelo destaque na capacidade de escuta, promovendo-se o acolhimento às próprias possibilidades de saídas para o sofrimento, que tenham significado para o indivíduo.

3.2.2 Cuidados de enfermagem em Saúde Mental

Conforme alguns autores, no Brasil, até a década de 70, a assistência psiquiátrica é assinalada pela má qualidade de assistência aos portadores de doenças mentais, superlotação das instituições psiquiátricas, comercialização da loucura e cronificação do doente mental, tendo como base o modelo médico e hospitalocêntrico para essa prática (RIBEIRO, 2009; FIGUEIREDO, 2009; DALMOLIN, 2000; JACOBINA, 2000).

No final da década de 70 do século passado, surgem movimentos que buscam denunciar esta situação na perspectiva de melhoria da qualidade de assistência à saúde mental, tendo como meta o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental que se inicia (OGATA et. al., 2000).

Tal movimento estimula a discussão sobre a assistência psiquiátrica, culminando na adesão de outras esferas sociais, como familiares de doentes mentais internados e da mídia, na luta por uma assistência mais humana e menos segregadora e violenta derivada do modelo hospitalocêntrico; repercutindo, dando origem ao movimento de reforma da assistência psiquiátrica.

As metas da reforma destacam a substituição dos aparatos manicomiais pelos serviços comunitários e normatizam as internações involuntárias. Assim sendo, é nítida a importância da mudança de conceito e atitude quanto à doença mental e, para isso, torna-se fundamental que os profissionais de saúde mental se adéquem às novas concepções e, com isso, possam concretizar a assistência pautada em uma ideologia de cidadania, ética, humanização e uma assistência integral.

Para que isso ocorra, comprova-se a necessidade da equipe interdisciplinar, em que haja, entre seus componentes, a coesão, a integração e o inter-relacionamento efetivo, procurando a aceitação, a reciprocidade e interação, tanto entre os técnicos, quanto entre eles e o sujeito de seu cuidado.

Desse modo, a equipe interdisciplinar deve quebrar a hierarquia e os limites técnicos de cada um. Portanto, as competências diversas de cada profissional devem ser unificadas a partir de valores éticos, garantindo um espaço de interconexão entre os saberes e práticas. No projeto terapêutico, a preocupação maior deve ser a sua construção numa dimensão participativa, “o que não significa a perda da identidade profissional, mas a relativização da competência específica do coletivo” (OLIVEIRA; SILVA, 2000, p. 485-92).

Nesses termos uma difusão de papéis seria terapeuticamente mais valiosa ao polo central de atenção – o paciente e seu acolhimento.

3.2.2.1 Enfermagem psiquiátrica e o cuidar

A lei que conduz a enfermagem é a responsabilidade de se solidarizar com as pessoas, os grupos, as famílias e as comunidades, visando a cooperação mútua entre os indivíduos na conservação e na manutenção da saúde (MIRANDA, 2009).

Sabe-se que os caminhos seguidos para atingir esse princípio da enfermagem foram e ainda são percorridos, sobre pedregulhos, demandando esforços para conviver com o imperfeito, com a multifinalidade, com as divergências, com as ambiguidades e com as incertezas. Doar-se faz parte desta experiência, e cuidar faz parte da doação e da cientificidade que é esperada nesse caminhar. Nesse contexto, insere-se a Enfermagem Psiquiátrica, que não foge às regras da exploração num caminho ainda mais inacabado.

De acordo com Kirschbaum (2000), desde a sua existência, a prática de Enfermagem Psiquiátrica foi assinalada pelo modelo controlador e repressor, tendo suas atividades realizadas pelos indivíduos leigos, ex-pacientes, serventes dos hospitais e, depois, desenvolvidas pelas irmãs de caridade.

O cuidar denotava a sujeição dos internos às atrocidades dos guardas e carcereiros. Os maus tratos, a vigilância, a punição e a repressão eram os tratamentos preconizados e, geralmente, aplicados pelo pessoal de “Enfermagem”, que se ocupava do lugar das religiosas (RODRIGUES, 2009).

No século XVIII, a assistência de enfermagem se procedia dentro da perspectiva do tratamento moral de Pinel e da Psiquiatria descritiva de Kraepelin. Nesta época, a função terapêutica imputada às enfermeiras treinadas era a de

assistir o médico, conservar as condições de higiene e utilizar medidas hidroterápicas. Contudo, o conhecimento de que se dispunha sobre os alienados era o do senso comum, ou seja, entendidos como ameaçadores e, por esse motivo, sujeitos à reclusão.

As práticas de enfermagem nas instituições asilares e, em seguida, nos hospitais psiquiátricos constituíam-se de tarefas de vigilância e manutenção da vida dos doentes (FRAGA et. al., 2000).

As atividades de manutenção de vida envolviam “práticas de higiene, alimentação, supervisão e execução de tratamentos prescritos, como a insulino-terapia, entre outros” (FRAGA et. al., 2000, p. 188-201).

Com a inclusão dos tratamentos somáticos, como a insulino-terapia e outros, foi requerida da Enfermagem uma assistência mais qualificada, fazendo com que sua prática fosse desenvolvida com a utilização de habilidades médico-cirúrgicas, conferindo-lhe um caráter científico.

As transformações, no papel do enfermeiro psiquiátrico, ocorreram concomitantemente à evolução da assistência prestada no asilo, isto é, acompanharam as transformações ocorridas na prática médica e, paralelamente, às tentativas de incorporação de novas técnicas e políticas direcionadas ao tratamento do doente mental (CAMPOS; BARROS, 2000, p. 271-76).

Segundo essas mesmas autoras, os novos procedimentos que permitiram as mudanças na assistência de enfermagem, ocorridas entre os anos 30 a 50, foram: a comunidade terapêutica de Maxwell Jones, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psicanálise, os conceitos de psiquiatria dinâmica, preventiva, e democrática italiana. Tais técnicas incorporaram uma assistência na abordagem psicológica e social.

Outra contribuição à assistência de enfermagem psiquiátrica aconteceu no final da década de 40, do Século XX, nos Estados Unidos, quando uma enfermeira, Hildegard Peplau, estabeleceu a Teoria das Relações Interpessoais. Para isso, utilizou, como instrumento, a observação sistemática das relações enfermeiro-paciente.

No trabalho de Zanote (2009), quando fala das teorias de enfermagem, considera a teoria de Peplau como precursora nesse campo e explica, também, que,

para Peplau, à proporção que aumenta a interação entre paciente-enfermeiro, aumenta a compreensão de papéis mútuos em torno do problema.

Sob essa ótica, Peplau procurou valorizar a singularidade, a reciprocidade e a ajuda mútua entre o enfermeiro e o paciente. Ela indicava a utilização de um plano para a assistência, que deveria reconhecer, definir e compreender o que acontece quando estabelecem relações com o paciente.

Esse foi o primeiro modelo teórico sistematizado para a Enfermagem Psiquiátrica e fez com que a Enfermagem buscasse explicações sobre a loucura por intermédio de dois discursos: o psiquiátrico, que é primeiramente organicista, predominante até o momento, e o psicológico, enfatizando os aspectos comportamentais das relações humanas, que ocorre no final dos anos 60 (CAMPOS; BARROS, 2000).

Nesse contexto de transformação sociopolítica, o enfermeiro passou a ser reconhecido como elemento integrante da equipe psiquiátrica e a ser respeitado como profissional.

O processo de busca que norteia a prática da Enfermagem Psiquiátrica “implica capacidade de observação disciplinada e o desenvolvimento de aptidões para aplicar os conhecimentos teóricos da relação interpessoal de ajuda” (MIRANDA, 2009, p. 95-101).

Destaca como condição básica para essa prática a capacidade de amar, a capacidade técnica e científica e a capacidade de consciência crítica. Assim, as atividades da Enfermagem devem estar acima da cientificidade técnica; e, com isso, o enfermeiro deve usar a autoconscientização e a sua pessoa como meio para a relação positiva com o sujeito. Logo, o enfermeiro não deve resolver os problemas do indivíduo, mas sim trabalhar com ele, buscando encontrar a solução mais apropriada para a sua condição, utilizando seus conhecimentos e habilidades profissionais.

Os papéis do enfermeiro estão enfocados na promoção da saúde mental, na prevenção da enfermidade mental, na ajuda ao doente a enfrentar as pressões da enfermidade mental e na capacidade de assistir ao paciente, à família e à comunidade, ajudando-os a encontrarem o verdadeiro sentido da enfermidade mental. Para o enfermeiro realizar suas funções, deve usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada

de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico (VARGAS, 2009).

3.3 ENTENDENDO A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A dificuldade no atendimento em saúde mental demanda saberes e fazeres que não faziam parte, até então, do repertório das equipes de saúde na atenção primária. As práticas de atenção psicossocial propõem um modelo de atenção interativo e complexo, que considere as abordagens biológica, psicológica e social. Assim sendo, valoriza-se o trabalho interdisciplinar baseado nas potencialidades de cada profissional em benefício de uma assistência mais dinâmica e eficiente no tratamento do doente mental (LIMA E SILVA, 2004; CAMPOS et. al., 2009; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Conclui-se que a troca de informações e experiências, as diversas formas de estar e escutar o paciente permite uma maior interação entre a equipe e o usuário. Todavia:

O modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico liberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar com pouca ou nenhuma preocupação com o antes, com os modos de vida do paciente e sua família (MEHRY, 2008, p. 13).

Existem, sim, intervenções pontuais e descontextualizadas para atender situações específicas de crise (SILVA et. al., 2005).

Confirmando essa ideia, Saraceno (2009) assegura que no âmbito da saúde mental prevalece a abordagem biomédica sendo essencial o deslocamento para uma abordagem biopsicossocial, requerendo mudanças importantes na formulação das políticas de saúde mental; na formulação e no financiamento de programas de saúde mental; na prática cotidiana dos serviços; no status social dos médicos.

Essa passagem, para esse autor, é baseada numa forte resistência, cultural, social e econômica dos psiquiatras em transformar a assistência em saúde mental, colocando em crise o paradigma médico. O modelo hegemônico de atendimento,

centrado no paradigma médico, embora acolha algumas proposições das abordagens psicossociais, se caracteriza por ser:

- linear: um dano definido do sistema nervoso central provoca uma condição de doença e os tratamentos são reparações desse dano;
- individualista: saúde e doença são determinadas pelos recursos/carências do indivíduo e os tratamentos são intervenções exclusivamente dirigidas a ele;
- histórico: ignora as interações indivíduo-ambiente. Apesar de terem decorrido mais de dez anos dessas afirmações, constata-se que elas ainda encontram eco em diversas realidades de nosso país.

Saraceno (2009) expõe ainda, que a abordagem biopsicossocial aponta para o reconhecimento da função dos usuários, da família, da comunidade e de outros profissionais de saúde como fontes geradoras de recursos para o tratamento da doença mental e promoção da saúde mental.

Logo, intervir em saúde mental, não quer dizer apenas prestar assistência. Significa, principalmente, estar atento à realidade social, econômica e cultural em que vivem as pessoas que atendemos. Sabe-se que um dos maiores desafios reside em alcançar as ações que estão para além da saúde (LOBOSQUE, 2011).

Saraceno (2009, p. 98) explica que "o muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos".

Assim, operar na perspectiva de formulação de uma "Clínica Ampliada" possibilita emergir para os profissionais de saúde outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, considerando os usuários em seu contexto socio-histórico, em seus modos de viver, enfim, em seu território. A clínica ampliada é denominada por "Clínica do Sujeito", que exige um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la na pessoa que apresenta algum problema de saúde. Trata-se aqui de saber o que o sujeito apresenta de regularidade na clínica e mais além, o que ele manifesta de diferente, de singular, que não se repete e que é só dele. Isto pressupõe a construção de um vínculo com o usuário (CAMPOS, 2004).

Outra conjectura da clínica ampliada é de que as expectativas dos usuários e o tempo das relações terapêuticas são diferentes na atenção primária e, principalmente, na atenção em saúde mental. Trata-se também de uma prática

capaz de reconhecer as potencialidades dos sujeitos em cada situação e que os profissionais, familiares e usuários estão imersos em uma teia de forças que os constitui (CAMPOS, 2004; TENÓRIO, 2007).

3.3.1 Prática de Saúde Mental na Atenção Psicossocial

A implantação do modelo de atenção em Saúde Mental instaura um período paradigmático ao apresentar elementos de ruptura com antigas concepções e fundamentos na elaboração de novos saberes e práticas no campo psicossocial. A incorporação da experiência e da vivência no ato de cuidar eleva a ilustre natureza humana de acolher e de ser solidário àquele com quem interage e, conseqüentemente, mantém relações de vida com os mesmos. O trabalhador de saúde diferencia-se pelo núcleo específico de seu exercício laboral, entretanto, no processo dinâmico de produção do cuidado, os dispositivos que o potencializam na resolubilidade é parte comum de todos os sujeitos: usuários e equipe.

Campos (2004) argumenta que as pessoas se acostumam a funcionar conectadas a esquemas mais ou menos rígidos, de papéis e objetivos. Em se tratando do Sistema Único de Saúde (SUS), a fragilidade do controle social deixa a prática do cuidado a favor de formas de gestão conduzidas pelo velho círculo vicioso da não mudança e do não diferente modo de fazer saúde.

Normalmente, os trabalhadores de saúde apresentam-se frente aos usuários com uma vantagem operacional, pois assimilam os saberes tecnológicos e, com isso, os regem em relação ao acesso, acolhimento, vínculo e resolubilidade.

O fracasso da produção do cuidado é exatamente o não alcance das necessidades de saúde pelo usuário. Ao interpor seus anseios e vaidades, o trabalhador de saúde, desconectado da responsabilidade de assistir integralmente, pode dissolver toda uma rede ou conjunto de serviços direcionados ao cidadão.

A prática terapêutica no âmbito da saúde mental, nessa etapa de mudanças e aproximações, busca incorporar epistemicamente, abordagens convergentes com a ampliação da clínica e evidenciação do sujeito (usuário) no centro da produção do cuidado, bem como tendo também a família como agente importante deste processo (NUNES et. al., 2007).

O esboço do trabalho terapêutico, na atenção psicossocial, consiste no pressuposto de aumentar a capacidade de construção da autonomia do usuário. Tal ampliação se procede pelo reconhecimento da vontade e desejo de cura do mesmo em seu contexto, evidenciada pela oferta de recursos institucionais voltados para a melhoria das condições de vida e na própria promoção da saúde (CAMPOS, 2004). Assim, a concepção de cuidado em saúde supera a lógica pontual e casuística da intervenção farmacoterápica por si só. O cuidado é atuado em uma ação integral que incorpora as tecnologias, os significados e os sentidos voltados para uma compreensão da saúde como direito do indivíduo (PINHEIRO, 2006).

As relações entre os sujeitos, a sociedade e o próprio Estado devem estar relacionadas com a produção do cuidado e a resolutividade da atenção no SUS. Caso a constituição das práticas não referencie o acolhimento, a escuta, a responsabilização e, finalmente, a própria autonomia do usuário, incide num cenário deficiente perante a concepção de integralidade.

A crítica aos saberes e aos poderes instituídos indica o emprego de novas práticas diárias que habilitam os sujeitos nos espaços públicos e permite o arranjo social e institucional no setor saúde (PINHEIRO, 2006).

Soares et. al. (2000) salientam que uma política pública de saúde, surgida dos princípios do SUS, da universalidade de cobertura, da equidade de oferta de atenção para igualdade de resultados finais, da descentralização democrática, da integralidade e da complexidade, deve ser constituída de todas as dimensões da saúde coletiva, envolvendo os sujeitos em suas diversas situações de vida, adoecimento e contexto social.

É imprescindível a consolidação de uma atenção à saúde no SUS que incorpore estratégias, políticas e atitudes decorrentes da conjuntura e suas formas de enfrentamento. A explicitação do âmbito da saúde mental coletiva caracteriza-se pela grande movimentação socioinstitucional conformada historicamente, mas que precisa ser entendida como um todo na ocorrência assistencial e gerencial do SUS.

A formulação de uma nova caminhada para a assistência em saúde mental está sendo estruturada com base na evidenciação do sujeito e na construção de um sistema que viabilize alternativas apropriadas ao vivenciar humano na dimensão clínica e cidadã.

De acordo com a OPAS (2001), em tempos de Reforma Psiquiátrica, o campo da saúde mental tem como base a desospitalização da pessoa para tratamento de suas enfermidades mentais, proporcionando a sua inserção nos universos familiar e social.

A assistência integral é essencial na identificação prematura de mudanças de comportamento e outros sinais crônicos da agudização do quadro sintomático, assim como o acompanhamento, incluindo a terapêutica medicamentosa ou não dos pacientes. Desse modo, possibilita-se a discussão com a família e comunidade sobre a inclusão/exclusão dessas pessoas, procurando-se também a minimização do estigma existente em relação ao preconceito com a pessoa doente mental (OPAS, 2001).

A Rede de Atenção Psicossocial é uma ferramenta básica para a consolidação da Reforma Psiquiátrica implantada no SUS, já que os seus dispositivos favorecem a desinstitucionalização, a acessibilidade e equidade, a articulação com a atenção primária, secundária e terciária, e a intersetorialidade, através do desenvolvimento de um trabalho articulado com Justiça, Previdência Social, Ação Social, Educação e instituições profissionalizantes.

O Ministério da Saúde (2004) destaca a importância da construção de uma rede comunitária para a reorganização e redirecionamento da atenção em saúde mental no país, configurando-se numa medida fundamental para a consolidação do processo de Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico é uma estratégia efetiva para a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Todavia, torna-se importante citar que esta rede é maior do que o conjunto dos serviços de saúde mental.

Uma rede se consolida na medida em que, de forma permanente, se articula com diversas instituições, associações, cooperativas e diferentes espaços sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A criação da Rede de Atenção Psicossocial é uma atitude em que diversos atores participam doando energia, ideias e trabalho, merecendo, com isso, ser qualificada e, para isso, deve-se detectar impressões e por que não dizer as concepções a respeito dessa modalidade de atenção em saúde mental.

A contradição entre a atenção em saúde mental e suas concepções, elementos e conflitos constituem o processo social complexo e diverso da atenção psicossocial. As dimensões deste processo podem ser pensadas a partir de uma produção, entrelaçamento, contradições e/ou tensões a partir de uma cartografia didática em pelo menos três aspectos: teórico-conceitual; teórico assistencial; jurídicopolítica e sociocultural (AMARANTE, 2007).

A atenção psicossocial possibilita a desamarração das correntes virtuais do sofrimento, exclusão e dor. A inserção acontece com o compartilhamento de sentimentos, desejos e saberes. Os saberes e práticas em saúde mental devem permear a absorção e expansão de sua entranha técnica a fim de que possa favorecer o ajuste, a adequação e a promoção de um equilíbrio mental no sujeito e em seus contextos.

No espaço do trabalho, as equipes de saúde mental devem ter a perspectiva de que os serviços de saúde se comprometem política, ética e clinicamente com o cuidado integral em saúde mental. A atenção à saúde deve possibilitar o ato vivo e inerente ao cotidiano, à subjetividade e o suprimento das necessidades e demandas da população (FAVORETO, 2006).

3.3.2 A família e a atenção psicossocial

Segundo Moreno (2009), a família antigamente era vista pelos trabalhadores de saúde em geral como a culpada pelo transtorno mental, não contribuindo efetivamente durante o tratamento, constituindo-se como obstáculo no processo terapêutico, ficando estigmatizada.

O modelo hospitalocêntrico de cuidado à doença mental impôs à família a função de informante passivo, desconsiderando suas potencialidades.

O modo psicossocial tem alterado esse entendimento, comprovando a importância da família na reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico. Quando as famílias recebem apoio e orientação apropriadas, podendo compartilhar seus problemas e dificuldades, elas demonstram seu comprometimento com o cuidado ao seu familiar adoecido (CAVALHERI, 2010).

Assim, é importante promover espaços de atenção e cuidado à família nos serviços substitutivos de saúde mental, inserindo-a no processo de reabilitação, corresponsabilizando-a pelo cuidado de seu familiar e dando visibilidade à sua ação cuidadora.

Deve-se salientar que a família procura formas de resolver as questões que insurgem no seio familiar e, que busca um serviço de saúde quando não obtém sucesso em suas tentativas, o que, geralmente, desencadeia sentimentos como medo, impotência, culpa, exaustão e até desespero (ROSA, 2005).

É imprescindível que o serviço de saúde mental esteja atento às dificuldades da família e ofereça suporte para o desempenho de tarefas e decisões para o cuidado com seu familiar, procurando fortalecer as relações que produzem saúde, não esquecendo que a família faz parte de uma rede social também envolvida nos processos da atenção psicossocial (PINHO et. al, 2010; COIMBRA et. al., 2005).

Para que isso ocorra, as equipes dos serviços substitutivos devem desenvolver estratégias de inserção da família no cuidado. Pesquisas realizadas em CAPS comprovam que as equipes profissionais têm utilizado como estratégias de inserção da família no cuidado em saúde mental espaços como grupos terapêuticos de familiares, atendimento individual por qualquer profissional do serviço (não só os da área psíquica), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e busca ativa de familiares pouco presentes no serviço (ROSA, 2005).

Esses são espaços de escuta, acolhimento, construção e manutenção do vínculo entre equipe e família, demonstrando que esses profissionais valorizam a participação da família e entendem a importância dessa ser assistida em suas necessidades, para que o processo de reabilitação psicossocial seja exitoso.

Outro ponto a ser considerado é a sobrecarga da família que convive com um indivíduo em sofrimento psíquico. Pesquisas mostram que essa sobrecarga diz respeito às consequências que afetam o dia-a-dia da família, como os gastos financeiros; a desestruturação social, profissional e familiar e sua consequente reorganização; as tarefas extras que a família assume em determinados casos como higiene, transporte, controle das medicações, alimentação, lazer, acompanhamento do tratamento e os comportamentos de seu familiar doente (tentativas de suicídio, por exemplo). Essas questões causam desgaste físico, mental e emocional, com os

quais a família convive e se reorganiza constantemente (BANDEIRA; BARROSO, 2005; PEGORARO, 2006).

O suporte para superar essas situações poderá ser procurado junto ao serviço de saúde, em diferentes momentos, a fim de aliviar a sobrecarga, criando e fortalecendo o vínculo entre o serviço e a família.

Na atenção psicossocial não se espera que as famílias apenas convivam com aquele que sofre, mas que sejam entendidas em suas dificuldades para lidar com esse fato, a partir de espaços de participação, criando estratégias que efetivem a inclusão dos familiares no cuidado. Assim sendo, o que se espera é uma corresponsabilização, uma aliança entre todos envolvidos no atendimento: usuário, familiar, equipe e comunidade, para transpor os momentos aflitivos.

A fim de que a corresponsabilização seja efetivada torna-se fundamental também que os serviços de saúde e seus profissionais, reestruturem sua forma de trabalho com a família. Normalmente, o que a família busca é apoio e orientação para maneiras de cuidar e conviver com seu familiar.

3.3.3 Interdisciplinaridade como requisito para a enfermagem da atenção psicossocial

Segundo Silva e Tavares (2003), a evocação do trabalho interdisciplinar é antiga, entretanto sua adoção ainda é necessária no campo da atenção à saúde, tendo em vista a complexidade do processo de adoecer humano e a ampliação do seu campo de interdependência.

A interdisciplinaridade amplia a visão de mundo, das pessoas e da realidade, a fim de superar a visão disciplinar. Não consiste em reduzir as ciências a um denominador comum, destruindo sua especificidade, nem dissolver conteúdos em formulações vazias que nada explicam. Deverá ser um mediador que possibilite a compreensão da ciência, além de formas de cooperação a um nível bem mais crítico e criativo entre os cientistas (ETGES, 2005).

Ela procura a superação das fronteiras disciplinares, podendo-se construí-la pela definição do que as disciplinas científicas têm em comum em níveis de integração mais profundos, seja pela unificação ou síntese de conhecimentos

científicos, seja pelo estabelecimento de uma linguagem interdisciplinar consensualmente construída entre os cientistas (JAPIASSU, 2006).

A interdisciplinaridade conduz a uma profunda reflexão sobre o conceito de ciência: pode ser vista como uma de suas necessidades internas a fim de resgatar a unidade de seu objeto e os vínculos de significação humana, e também como uma necessidade imposta pelos complexos problemas que são colocados para a ciência, e que não são respondidos por enfoque unidisciplinar ou pela justaposição de várias disciplinas (GOMES, 2004, p. 103-14).

Meireles (2009) relata que a interdisciplinaridade é considerada uma interrelação e interação das disciplinas com o objetivo de atingir um objetivo comum. Assim, ocorre uma unificação conceitual dos métodos e estruturas onde as potencialidades das disciplinas são exploradas e ampliadas.

Constitui-se uma interdependência entre as disciplinas, busca-se o diálogo com outras formas de conhecimento e com outras metodologias com o objetivo de construir um novo conhecimento. Assim sendo, a interdisciplinaridade se apresenta como resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo atual (MEIRELES, 2009).

Várias transformações no mundo do trabalho, nas relações entre as pessoas, nas inovações tecnológicas, vem impondo novas formas de organizar a produção em saúde no Brasil. A mudança que se opera traz a marca do fortalecimento do cuidado, da ação intersetorial e do desenvolvimento da autonomia.

No âmbito da saúde mental, um novo paradigma para as práticas vem ganhando força: o da Atenção Psicossocial. Este novo paradigma institui experiências de reforma da Psiquiatria, agregando ao seu objeto aspectos psíquicos e sociais, acrescentando críticas radicais às práticas psiquiátricas tradicionais e apresentando a interdisciplinaridade como exigência, ao propor em seus fundamentos a horizontalização das relações intrainstitucionais.

A este paradigma são acrescentadas contribuições de movimentos de crítica mais radical à Psiquiatria, como a Antipsiquiatria, a Psiquiatria Democrática e alguns aspectos originários da Psicoterapia Institucional, que aspiraram para este campo de saber outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, objetivando a transformação da prática psiquiátrica e a negação do Modo Manicomial (COSTA-ROSA et. al., 2001).

A mudança no âmbito da saúde mental impõe transformações na área da Educação, exigindo profissionais comprometidos com uma nova forma de lidar com o conhecimento, capazes de articular conhecimentos profissionais específicos com o de toda a rede de saberes envolvidos no sistema de saúde, por intermédio de uma ação dialógica com diferentes atores sociais, objetivando o enfrentamento dos problemas de saúde e a melhoria nas condições de vida.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após investigadas as bases de dados mencionadas anteriormente chegou-se ao total de 40 artigos da literatura científica, assim distribuídos: 20 na base de dados SCIELO, 15 na base de dados LILACS e 05 em outros livros consultados.

A análise dos artigos selecionados permitiu descrever a assistência de enfermagem na atenção psicossocial.

O projeto desenvolvido coletivamente amplia a responsabilidade dos profissionais, pois, esses participam de todo o processo de trabalho, desde a sua formulação até a sua implementação e avaliação. A construção deste projeto implica também a participação da pessoa em sofrimento mental e seus familiares, que deixam de ser considerados como objetos de estudo ou de tratamento e começam a ser abordados como co-construtores de práticas, como pessoas que compartilham significados (SCHRANK, 2008).

Conforme relatos de Waidman et. al. (2008), o trabalho com famílias não pode ser definido de maneira rígida e sem espaço para a criatividade e respeito às individualidades e diferença. Embora existam problemas comuns, as pessoas que os vivenciam e o ambiente em que eles ocorrem são diversos, e por esse motivo devem ser conduzidos também de maneira distinta e individualizada, preferencialmente com base na realidade de cada um, considerando as crenças, valores, cultura e o conhecimento específico daquela família.

É desta forma que se acredita que a proposta de relação interpessoal propõe a compreensão do outro como um todo, ou seja, como ele é nas suas potencialidades e limitações (GONÇALVES, 2007).

Assim sendo, é preciso distinguir a função exercida pelos indivíduos, quer sejam profissional, paciente ou família, e perceber que a diferença entre eles é que um precisa de ajuda e o outro pretende ajudar.

A assistência do enfermeiro na atenção psicossocial parece seguir esse horizonte, não se fundamentando apenas em normas, em rotinas, mas, sendo construída/desconstruída nesses cenários, a partir de comunicações intersubjetivas estabelecidas entre todos os atores sociais envolvidos nesse processo e entre esses e a comunidade. Logo, diálogos e mudanças fazem parte do modo de trabalhar, tornando-se o campo efetivo da ação terapêutica do enfermeiro.

Para trabalhar coletivamente, torna-se fundamenta, em alguns momentos, dividir responsabilidades, desestruturar a lógica de organização do trabalho, centrada na divisão de funções (ROCHA, 2005).

Os profissionais devem rever posições, desconstruir a forma de pensar o trabalho como fragmentos hierarquizados. As formulações e interrogações são necessárias para rever o conhecimento que norteia o trabalho.

A realidade não é natural e autoevidente, mas, construída desse modo, ela pode ser interrogada, desconstruída e reconstruída a partir de novas bases. Isso requer a disposição de se trabalhar menos com as definições, com as verdades, e mais com as incertezas, as dúvidas, os questionamentos e as estratégias. O espaço de atuação do enfermeiro nas novas modalidades de atenção em saúde mental vai se construindo a partir de vários caminhos, de diferentes mapas. É uma tomada de consciência em permanente conflito, que somente podemos visualizar fazendo apostas aleatórias, o que, necessariamente, traz à tona, a nossa condição de sujeito de sentir-se partícipe/autor da construção de uma nova realidade. Trabalhar nessa perspectiva é desafio, e não resposta (WETZEL et. al., 2008, p. 39-45).

O espaço do enfermeiro na atenção psicossocial não está dado, devendo ser conquistado a partir de sua inserção nos projetos terapêuticos, de sua participação nas discussões de equipe, dentre outras possibilidades. Também deve-se explorar as condições de possibilidades dessa inserção, de forma que as interrogações/respostas que surgem no dia-a-dia se tornem instrumentos importantes para desconstrução de práticas silenciadoras e construção voltada para a criação, que possibilita revisitar com qualidade a vida. Isto só se faz à luz do desejo, a partir do engajamento profundo dos profissionais que compõem a equipe da atenção psicossocial (AGUIAR, 2005).

Por ser uma prática em construção, o percurso do enfermeiro atuante na atenção psicossocial não segue um caminho prévio; o caminho é feito no caminhar. Neste processo não existe um modelo a seguir, mas sim, a necessidade da construção de ações voltadas para as necessidades do paciente, nas quais podem emergir diálogos, conflitos e significados.

Ao discorrer sobre a prática como um processo em construção, está se demonstrando a recusa do modelo hospitalocêntrico que tem como meta a concepção cristalizada em funções, papéis e normas. Na ligação que o enfermeiro constitui com o usuário no cotidiano terapêutico é que tem se afirmado como profissional co-participante de um projeto coletivo (VASCONCELOS et. al., 2008).

Torna-se fundamental ressignificar os conceitos de saúde-doença, não mais como polos opostos. Trata-se de conceber a doença como expressão complexa da existência humana, e não como fratura na continuidade de sua existência.

Desse modo, as formas de acesso à existência-sofrimento devem ser as mais variadas possíveis, levadas por diversos profissionais e seus diversos “olhares”. A partir desta diversidade, se estabelecerão práticas que arrisquem imaginar o ainda não imaginado e o ainda não experimentado. Enfim, desenvolver formas de cuidado que atendam a globalidade da pessoa em sofrimento psíquico.

Não é possível deixar de destacar que para um funcionamento mais apropriado, a equipe interdisciplinar não deve apenas ter profissionais com competências diversas, mas integrá-los a partir de valores éticos que sustentem a prática e não perca de vista o compromisso terapêutico (ROCHA, 2005).

Para melhor exemplificar, menciona-se o projeto terapêutico que deve ser construído de forma participativa, significando a perda da identidade profissional, mas a relativização da competência específica no coletivo. Neste tipo de trabalho, a competência de cada profissional fica diluída, pois, as especificidades profissionais não são identidades a serem defendidas, mas instrumentos de ação que se transformam a partir do agir cotidiano, de novos conhecimentos. Cada ato/atitude tem significado, tem efeito e tem reflexo no comportamento do sujeito, objeto do nosso trabalho cotidiano.

O enfermeiro pode criar espaços de produção de modo que o paciente encontre respostas para as suas diferentes demandas. De tal modo, as atividades no cotidiano com os pacientes assumem um papel revelador, guiando os

enfermeiros em seus passos, assegurando a desmontagem de várias idéias preconcebidas de lidar e compreender a loucura. Escutar, conviver, criar vínculo, ser solidário e criativo começam a fazer parte da nova maneira de cuidar do doente (REINALDO, 2007).

Deve-se pensar o cuidar a partir da atenção psicossocial. O conceito de atenção dá ao enfermeiro uma dimensão do tipo de assistência que deve proporcionar ao paciente: uma assistência não no sentido caritativo e com a conotação de dever e obrigação que ainda persiste, uma assistência que não objetiva apenas suprimir os sintomas, mas, sim, que procura o desafio de criar espaços de acolhimento e tolerância para as pessoas em sofrimento psíquico.

A convivência diária, o diálogo e a escuta têm sido importantes na assistência proporcionada pela enfermagem. Logo, é fundamental reconhecer a distinção entre ouvir e escutar, visto que, ouvir é basicamente um ato fisiológico e escutar demanda uma disposição interna de acolher e procurar atingir algum registro que viabilize algum campo de troca (PITTA, 2004).

Para Reinaldo (2007), o desejo de fazer, ajudar, ser solidário e afetar e ser afetado, como um cuidar criativo, é exercício diário, lapidado por profissionais inquietos, que fazem de sua inconformidade sua melhor ferramenta para aliviar o sofrimento de pessoas com transtornos mentais. Essa prática é exercida por fracassos e sucessos, contradições, tentativas, erros e aprendizagens, desse exercício diário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Psicossocial na rede de cuidados em saúde é uma realidade ainda rudimentar no Brasil que convoca e requer mudanças individuais, sociais e institucionais. O desafio é político e demanda um compromisso contínuo na construção de novas formas de lidar com o sofrimento psíquico. A realidade brasileira, por sua extensão geográfica e marcantes diferenças, revela que nem todos os municípios dispõem de uma rede de atenção à saúde mental própria ou pactuada. Ademais, o simples fato de possuir um serviço substitutivo, um CAPS, não implica o funcionamento de uma rede, que se pretende, também substitutiva.

A partir da Reforma Psiquiátrica a família desempenha uma função importante na reabilitação psicossocial de seu familiar, sendo co-responsável pelo tratamento e cuidado. Por assumir essa tarefa em parceria com as equipes de saúde, torna-se essencial que os serviços substitutivos estejam preparados para atender as necessidades do núcleo familiar, que é considerado objeto do cuidado em saúde mental.

A família é uma aliada, uma parceira no processo de reabilitação psicossocial do usuário. A atenção psicossocial, ligada ao protagonismo das famílias, favorece a reinserção social do usuário e a promoção da saúde do núcleo familiar, considerando as dimensões pessoais, biológicas, sociais e políticas que envolvem o cotidiano da vida.

O processo de implantação dos CAPS faz surgir a história de muitas vidas, a possibilidade do resgate das histórias, da (re) construção da cidadania e do direito à vida. Os CAPS permitem convivência, passeios, interação, autocuidado, a fim de realizar sonhos e desejos que antes estavam adormecidos nas contenções químicas e sociais das instituições asilares.

Isto não significa que os CAPS são os modelos de solução dos problemas da saúde mental. Especialmente, são práticas, que podem negar, transcender e construir, em um mundo aberto, produtivo e inventivo, um tratamento reabilitador de fato. O caminho seguido pelos CAPS representa apenas uma das vias possíveis entre as possibilidades de mudanças no campo da saúde mental.

Assim sendo, com a criação de novos espaços de trabalhos nos CAPS, o enfermeiro se viu responsável por uma assistência inovadora e promissora em suas práticas. A partir dessa nova realidade, o enfermeiro participa de atividades grupais; grupos de estudos; reuniões de famílias e de equipe; visitas domiciliares e excursões; e escuta, acolhe e estabelece vínculos com o paciente.

As responsabilidades com a assistência à pessoa em sofrimento mental aumentam, visto que o enfermeiro tem que se permitir viver uma nova proposta que envolve convivência afetiva com o usuário/gente, aquele que precisa não apenas de uma prática de técnicas mecânicas, mas, acima de qualquer coisa, de técnicas inovadoras e humanizadas.

Desse modo, é imprescindível que o enfermeiro esteja aberto a inúmeras possibilidades, participe das discussões sobre o processo de reforma psiquiátrica,

aprenda a dialogar com discursos diversos sobre a loucura, aprenda a pensar, saiba conviver com o objetivo e o subjetivo, com a razão e a paixão. Busque multiplicar as perguntas e se desalojar dos limites confortáveis das verdades únicas já produzidas, que seja, principalmente, crítico, inventivo para trabalhar com a pessoa em sofrimento mental.

Logo, esses profissionais têm que estar seduzidos pelo trabalho, para desconstruírem representações sobre o paciente com sofrimento psíquico, provenientes, principalmente, do paradigma psiquiátrico que tem noções de periculosidade e de incapacidade como eixos definidores das ideias de louco e loucura. Deve-se ter um projeto definido e, ao mesmo tempo, se permitir à experimentação, através do exercício cotidiano e permanente da reflexão crítica e autocrítica.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. G. G. Z. **Reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da Casa de Saúde José Anchieta e Núcleos de Assistência Psicossocial** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, USP, 2005.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**, 1st ed., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARANHA E SILVA, A. L. **Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

_____. **Projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida** [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP, 2007.

BANDEIRA, M.; BARROSO, S. M. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. **J. bras. psiquiatr.**, v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-30, 2000.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O., organizador. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 1, p. 51-7, 2010.

COIMBRA, V. C. C.; GUIMARÃES, J.; SILVA, M. C. F.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. [cited em jan 2014], v. 7, n. 1, p. 99-104, 2005. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_1/revisao_01.htm.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico, 3 ed., Rio de Janeiro: Campus, 2001.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P., organizador. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, p. 13-44, 2003.

DALMOLIN, B. M. Trajetória de saúde mental no Brasil: da exclusão a um novo modelo. **O Mundo em Saúde**, v. 24, n. 1, p. 51-68, jan/fev 2000.

DECLARAÇÃO DE CARACAS. In: GONZÁLEZ UZCÁTEQUI, R.; LEVAV, I. (eds). **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Washington: Organização Panamericana da Saúde, p. 13-6, 2001.

ETGES, N. J. Ciência, interdisciplinaridade e educação. In: JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L., organizadores. **Interdisciplinaridade**: para além do sujeito. Petrópolis: Vozes, p. 51-84, 2005.

FAVORETO, C. A. O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., organizadores. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, p. 205-19, 2006.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-38, 2009.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A. E.; SANTOS, M. S. O. Atuação da enfermagem nos serviços de saúde mental: a experiência em um CAPS de Fortaleza. Compreensão e crítica para uma clínica de enfermagem psiquiátrica. **Cadernos do IPUB**, v. 6, n. 19, p. 188-201, 2000.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev Latino-Am Enferm.**, v. 2, n. 2, p. 103-14, jan 2004.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. Faculdade de Medicina: Universidade de São Paulo, 1992.

GONÇALVES, S. P. M. G.; TAVARES, C. M. M. **Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extras-hospitalares**. Esc Anna Nery Rev Enferm., v. 11, n. 4, p. 586-92, 2007.

JACOBINA, R. R. O manicômio e os movimentos da reforma na psiquiatria: do alienismo à psiquiatria democrática. **Saúde e Debate**, v. 24, n. 54, p. 90-104, jan/abr 2000.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B.; TEIXEIRA JÚNIOR, S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trab. educ. saúde**, v. 6, n. 1, p. 87-105, 2008.

KIRSCHBAUM, D. J. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? Compreensão e crítica para uma clinica de enfermagem psiquiátrica. **Cadernos do IPUB**, v. 6, n. 19, p. 15-36, 2000.

LIMA, M. G.; SILVA, G. B. A reforma psiquiátrica no distrito federal. **Rev Bras Enferm.**, v. 57, n. 5, p. 591-5, 2004.

LOBOSQUE, A. M. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4590-602, 2011.

MAFTUM, M. A. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná** [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**, 6^o ed., São Paulo: Atlas, 2005.

MEIRELES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 8, n. 1, p. 149-65, jan/abr 2009.

MERHY, E. E. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. (orgs.). **Conexões**: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec, p. 276-300, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, 9^a ed., São Paulo (SP): Hucitec, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Legislação em saúde mental 1990 – 2004**, 5^a ed., Brasília (DF): Secretaria Executiva, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. 86p. Brasil, 2004a.

MIRANDA, C. M. L. Algumas questões sobre a assistência de Enfermagem psiquiátrica de qualidade. Por uma assistência psiquiátrica em transformação. **Cadernos do IPUB**, n. 3, p. 95-101, 2009.

MONTEIRO, C. B. **O enfermeiro nos novos dispositivos assistenciais em saúde mental**. Esc Anna Nery., v. 10, n. 4, p. 735-39, dez 2006.

MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 566-72, 2009.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-84, out 2007.

OGATA, M. N.; FUREGATO, A. R. F.; SAEKI, T. Reforma sanitária e reforma psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Nursing**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 24-9, jun 2000.

OLIVEIRA, F. B.; SILVA, A. O. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 53, n. 4, p. 485-92, out/dez 2000.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1053-62, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo. **Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: WHO, 2001

OSINAGA, V. L. M.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Concepts of mental health and care according to mentally - Ill patients and their relatives. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 3, n. 13, p. 332-8, 2005.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Psicol. em Estudo**, v. 11, n. 3, p. 569-77, 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, p. 21-36, 2006.

PINHO, L. B.; HERNÁNDEZ, A. M. B.; KANTORSKI, L. P. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 32, p. 103-13, 2010.

PITTA, A. M. F. Os centros de atenção psicossocial/espços de reabilitação? **J Bras Psiquiatr.**, v. 43, n. 12, p. 647-8, 2004.

_____. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 19-26, 2006.

REINALDO, M. A. S.; PILLON, S. C. **História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil**: atravessando a história para reflexão. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*, v. 11, n. 4, p. 688-93, 2007.

RIBEIRO, P. R. M. Da psiquiatria à saúde mental: esboço histórico. **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, v. 48, n. 2, p. 53-60, 2009.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**, 2nd ed., Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2005.

_____. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. [cited em jan 2014], v. 14, n. 3, p. 350-7, 2005. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a05.pdf>.

RODRIGUES, R. M.; SCHNEIDER, J. F. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Rev Lat-Am de Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 7, n. 3, p. 33-40, jul 2009.

ROSA, L. C. S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicol em Revista**, v. 11, n. 18, p. 205-18, 2005.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, A. W. G. A experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 127-34, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 13-8, 2006.

_____. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora, 2009.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008.

SILVA, J. P. L.; TAVARES, C. M. M. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 290-301, set/dez 2003.

SILVA, A. T. M. C.; SILVA, C. C.; FERREIRA FILHA, M. O.; NÓBREGA, M. M. L.; BARROS, S. A Saúde Mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 4, p. 411-15, 2005.

SILVA, M. B. B. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis**, v. 15, n. 1, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15n1/v15n1a08.pdf>.

SILVEIRA, M. R. **A saúde mental na atenção básica: um diálogo necessário**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem (Doutorado), 2009.

SOARES, M. S. Plataforma para reorientação da atenção à saúde mental no Ceará. **Rev Sustentação**, v. 2, n. 4, set/dez 2000.

SOUZA, R. C. **Produção de sentidos por profissionais de Saúde da Família acerca do doente mental e dos cuidados a ele dirigidos**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 9, n. 1, p. 25-9, 2002.

_____. Reforma psiquiátrica e psicanálise: um trabalho necessário. In: FIGUEIREDO, A.; CAVALCANTI, M. (Orgs.). **A reforma psiquiátrica e Atenção Psicossocial e Gestão de Populações os desafios da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, p. 69-84, 2007.

VARGAS, C. M. Assistência de enfermagem psiquiátrica nas instituições de saúde da grande Vitória. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 48, n. 1, 15-9, 2009.

VASCONCELOS, M. G. F.; JORGE, M. S. B.; GUIMARÃES, J. M. X.; LIMA, M. P. O.; PINTO, A. G. A. Saúde Mental no contexto do Programa Saúde da Família: representações sociais de usuários e familiares. **Rev Rene**, v. 9, n. 3, p. 9-18, 2008.

VIANNA, P. C. M.; BARROS, S. O papel das políticas sociais frente à reestruturação do modelo assistencial em saúde mental. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 69, p. 27-35, 2005.

WIDMAN, M. A. P.; ELSEN, I.; MARCON, S. S. Possibilidades e limites da tória Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Rev Eletr Enferm**, v. 8, n. 2, p. 282-91, 2008.

WETZEL, C.; KANTORSKI, L. P.; SOUZA, J. Centro de atenção psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. **Rev Enferm UERJ**, v. 16, n. 1, p. 39-45, 2008.

ZANOTE, E. P. S. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Rev Lat-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto (SP), v. 7, n. 3, p. 25-32, jul 2009.

ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Rev Lat Am Enfermagem**. [Internet]. [cited em jan 2014], v. 13, n. 1, p. 112-7, 2005. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a18.pdf>.