

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

DANIELA KARLA RODRIGUES AHID

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: O CUIDADO DA ENFERMAGEM E A
HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**

São Luís

2009

DANIELA KARLA RODRIGUES AHID

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: O CUIDADO DA ENFERMAGEM E A
HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá – Seminário de Pesquisa III, para obtenção de nota.

Orientadora: Prof^a. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2009

Ahid, Daniela Karla Rodrigues.

Relato de experiência: o cuidado da enfermagem e a humanização da assistência em saúde mental. Daniela Karla Rodrigues. - São Luís, 2009.

36 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental) – Curso de Especialização em Saúde Mental, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2009.

1. Enfermagem. 2. Humanização. 3. Saúde mental. I. Título.

CDU 613.86

DANIELA KARLA RODRIGUES AHID

**RELATO DE EXPERIÊNCIA: O CUIDADO DA ENFERMAGEM E A
HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do LABORO - Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá – Seminário de Pesquisa III, para obtenção de nota.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo-USP

Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo-USP

À Deus, fonte de luz.

AGRADECIMENTOS

A Deus, eternamente presente em minha vida.

Aos meus familiares, pela compreensão e incentivos dispensados no transcorrer dessa trajetória.

A Prof^a. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, minha orientadora, por sua valiosa contribuição na elaboração deste trabalho.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.

Chico Xavier

RESUMO

Relato de experiência a partir das preocupações com as mudanças ocorridas nas políticas de saúde quando aumentou consideravelmente a convocação do Enfermeiro a partir destas mudanças. Investigando como tem se dado a inserção deste profissional nos diferentes serviços criados ou modificados pelas políticas de saúde a partir da implementação da atual reforma, constatadas a necessidade e a importância de estarmos revendo nossas atitudes e práticas em função de alguns princípios que visam aumentar a dignidade da vida, tanto dos usuários como dos trabalhadores da saúde. Os objetivos, os resultados esperados do tratamento e a duração da permanência relacionada ao atendimento psiquiátrico no hospital estão mudando. A maioria dos enfermeiros psiquiátricos trabalha, atualmente, em contexto de internação, hospital – dia ou CAPS, mas devem estar prontos e ser capazes de oferecer seus serviços ao longo de todo o continuum de atendimento. O objetivo do ambiente terapêutico é oferecer aos pacientes um ambiente social estável e coerente, que facilite o desenvolvimento e a implementação de um plano individualizado de tratamento. A enfermagem psiquiátrica baseada no hospital inclui funções de enfermagem tanto diretas quanto indiretas, bem como aspectos dependentes, independentes e interdependentes. A avaliação e a intervenção nos riscos potenciais, a oferta de educação ao paciente e sua família, a implementação de atividades, grupos, a satisfação das necessidades do paciente e o planejamento da alta são atividades importantes no atendimento. A função integradora do enfermeiro psiquiátrico que trabalha em um contexto hospitalar, inclui todas as atividades envolvidas na coordenação dos cuidados do paciente, como aquelas ligadas à administração dos recursos da enfermagem, à avaliação das modalidades de oferta de cuidado de enfermagem, à garantia de aderência aos parâmetros profissionais e reguladores, à facilitação do trabalho em equipe e ao atendimento coordenado. Uma das verdadeiras gratificações da enfermagem psiquiátrica é que muitos pacientes melhoram e voltam a ter vidas funcionais, nas quais podem novamente sentir maior auto-estima. É incrivelmente estimulante ver os pacientes readquirirem um senso de independência e um controle renovado sobre os próprios destinos.

Palavras – chave: Enfermagem. Humanização. Saúde mental.

ABSTRACT

Experience report from concerns about the changes in health policies increased considerably when the convening Nurses from these changes. Investigating and has been given for including this training in various departments created or modified for health policies through the implementation of the current reform, established the need and importance we are reviewing our attitudes and practices on the basis of certain principles aimed at enhancing the dignity of life, both users of health workers. The objectives, expected outcomes of treatment and length of stay related to psychiatric care in hospital are changing. Most psychiatric nurses currently works in the context of hospitalization, hospital - day or CAPS, but must be ready and be able to offer its services throughout the continuum of care. The goal of the therapeutic environment is to offer patients a stable social environment and consistent, which facilitates the development and implementation of an individualized plan of treatment. The psychiatric nursing hospital-based nursing functions include both direct and indirect, as well as aspects dependent, independent and interdependent. The assessment and intervention of potential risks, providing education to patients and their families, the implementation of activities, groups, meeting the needs of the patient and discharge planning activities are important for the care. The integrating function of the psychiatric nurse who works in a hospital context, includes all activities involved in the coordination of patient care, such as those related to resource management of nursing and the evaluation of procedures for provision of nursing care, ensuring adherence parameters professionals and regulators, the facilitation of teamwork and coordinated care. One of the real bonuses of psychiatric nursing is that many patients improve and return to have functional lives where they can again feel more self-esteem. It's incredibly exciting to see patients regain a sense of independence and a renewed control over their own destinies.

Key-words: Nursing. Humanization. Health mental.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVO	22
4 MEMORIAL DESCRITIVO DA INSTITUIÇÃO: CLÍNICA SÃO FRANCISCO DE NEUROPSIQUIATRIA	22
4.1 Estrutura e funcionamento/público-alvo	22
4.2 Recursos físicos e humanos	23
4.3 Fluxograma de atendimento	24
5 RELATO DE EXPERIÊNCIA	25
5.1 Atribuições desenvolvidas como Enfermeira Psiquiátrica	25
5.2 A Enfermagem Psiquiátrica	29
6 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

Mello (1997) descreve que Política de Saúde Mental significa um “conjunto de programas, prioridades e decisões que são tomadas neste campo específico da ciência da saúde, pelo governo e estão vinculados à política geral de saúde mais ampla”.

Os serviços de Saúde Mental existentes na maioria das cidades brasileiras tem se dedicado à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, as crises, etc. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto de trabalho de ambulatório e da atenção básica. A Reforma Psiquiátrica consiste num conjunto organizado de conhecimentos e práticas que vem revolucionando a maneira de compreender e lidar com o fenômeno humano do transtorno mental. Recebeu esta denominação porque nasceu dentro da instituição psiquiátrica.

No mundo inteiro, desenvolveram-se propostas que tentam superar a herança asilar que predomina nos hospitais psiquiátricos. É a ampla mudança na Saúde Mental e no atendimento público no SUS principalmente, que vem garantindo o acesso da população aos serviços e ao respeito aos direitos dos usuários e ao exercício pleno de sua liberdade.

A prática da assistência em Saúde Mental tem proporcionado o acúmulo de considerável experiência sobre o cuidado ao paciente psiquiátrico. Essa experiência tem mostrado que existe entre os profissionais (em geral) grande necessidade de aquisição de conhecimentos teóricos e práticos que propiciem a revisão de modelos ou protocolos informais que embasam a prática nesta área.

Partindo-se desse entendimento, objetiva-se realizar um relato de experiência sobre a prática do profissional de enfermagem em Saúde Mental, ressaltando-se algumas características do campo de Saúde Mental, o conjunto de saberes que compõe esse campo, bem como os motivos que os distanciam dessa prática. Tais considerações implicam pensar na responsabilidade que esse campo/profissional assume, bem como seus méritos e desafios.

Para Bedin; Ribeiro; Barreto (2004) aos profissionais de enfermagem não compete apenas ações técnicas e especializadas, mas, a atenção aos pacientes da melhor maneira possível, respeitando sua individualidade em conformidade com a

ética profissional. As referidas autoras ainda tornam claro que de acordo com o Art. 1º, da Declaração Universal dos Direitos Humanos “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”, não sendo necessárias ações individualizadas, mas sim, ações coletivas que tenham como objetivo promover o bem estar do outro. Por sua vez, o COFEN (2000) corrobora acrescentando que em conformidade com o Código de Ética dos profissionais de enfermagem, através da Resolução Nº 240/2000, capítulo I, fica estabelecido que estes profissionais devem:

Respeitar a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza; assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência, cumpre e faz cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, exercendo a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Partindo-se desse entendimento, Villa; Rossi (2002, p.139) ressaltam que a humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. Embora não descartem a importância do ambiente físico, dos recursos materiais e tecnológicos, consideram que mais significativo é a essência humana, lembrando que:

Esta conduzirá o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para os pacientes que diariamente necessitam de atendimento [...].

A partir dessas reflexões é possível afirmar que o avanço tecnológico não poderá afastar o enfermeiro do seu objetivo primordial, de assistir aos clientes de forma integral, tornando-se possível o “equilíbrio entre a atenção dispensada, a tecnologia e a humanização do cuidado ao paciente”, utilizando-se meios que favoreçam essa interligação (RIBEIRO et al.,1999, p.19).

Conforme evidencia Lopes et al. (1998, p.60), a comunicação pode e deve ser um desses meios e justifica que “a comunicação é a explicação mais eficaz sobre os variados procedimentos, pois, além de promover maior grau de conhecimento e esclarecimento, favorece sentimentos de segurança e cooperação”.

Nesta perspectiva, muito empenho é necessário para que o progresso da tecnologia e da ciência não acabe por esvaziar a profissão de seu conteúdo humano, sendo imprescindível associar ao exercício profissional, a tecnologia e o

conhecimento da personalidade do paciente, mantendo a assistência digna a quem tem sentimentos e racionalidade, e não a um amontoado de sinais, sintomas e reações. [...] é indispensável a “tecnologia do calor humano” nas relações enfermeiro-paciente, característica esta que enobrece, dignifica e eleva os ideais da profissão de enfermagem (ZEN; BRUTSCHER, 1986, p. 6).

Na compreensão de Backes; Lunardi; Lunardi Filho (2006) a humanização encontra respaldo, também, na atual Constituição Federal, no Art. 1º, Inciso III, que assinala "a dignidade da pessoa humana" como um dos fundamentos do Estado Democrático de Direito. Os direitos dos seres humanos nascem com os homens e, naturalmente, quando se fala de direitos da pessoa humana, pensa-se em sua integridade, dignidade, liberdade e saúde, argumentam os autores.

Do ponto de vista de Crippa; Kanieski; Silva (2009) “a Humanização visa valorizar as relações no ambiente hospitalar, resgatar o respeito e a dignidade, bem como atender o usuário em todas as dimensões do seu ser psíquico, social, mental, espiritual e biofísico”. A enfermagem, por sua vez, “é o principal agente de mudança, pois exerce papel importante através da educação, prevenção, promoção e restabelecimento da saúde além da responsabilidade social”.

Para tanto, torna-se necessário intervir com novas metodologias e experiências, contribuindo para a qualidade de vida e atendimento da saúde dos cidadãos. Deve-se, portanto, partir do princípio de que o conhecimento do ser humano a respeito do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber, exigindo, por isto, o auxílio de profissional habilitado. Horta (2004) considera que todos os conhecimentos e técnicas acumuladas sobre a enfermagem dizem respeito ao cuidado do ser humano. E acrescenta:

A enfermagem assiste ao cliente valendo-se para isto dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais. As necessidades são universais e comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a maneira de satisfazê-la ou atendê-la.

Com muita propriedade, Silva (2005) se posiciona argumentando que a enfermagem é uma profissão de muitas técnicas e cuidados, mas o maior desafio está no “aprender a escutar, acolher o outro, partilhar o momento, aprender com o outro, ser coerente, sorrir, criar harmonia, não rotular, atender prontamente e acima de tudo ser apaixonada pelo que faz”. Assim sendo, o cuidado deverá ser visto como uma esfera privilegiada na área da saúde, tanto do ponto de vista

científico, como prático, fundamentando-se nas ações de humanização, dando-se destaque para a importância da dimensão humana nas relações profissionais.

Inserem-se nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial com a função de prestar atendimento a pessoas com grave sofrimento psíquico, diminuindo e evitando internações psiquiátricas, e articular-se com a rede de serviços da comunidade favorecendo a reinserção delas a este espaço.

O primeiro CAPS do Brasil foi o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS Itapeva, inaugurado em março de 1986 em São Paulo e, de acordo com a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, este serviço continua em plena atividade e hoje existe cerca de 516 CAPS no Brasil, sendo 111 em São Paulo, dentre os quais, 93% são municipais (MALVAZI, 2009). A criação deste CAPS foi fruto de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Malavazi (2009) ressalta que os CAPS foram inicialmente oficializados pela Portaria GM 224/92 que os definia como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que “oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional”. Atualmente são regulamentados pela Portaria Nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 que os incluiu no Sistema Único de Saúde-SUS, reconheceu sua complexidade de serviços prestados e sua amplitude de atuação, tanto no território onde se encontra, quanto na luta pela substituição do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde.

Os CAPS possuem equipe multiprofissional composta por psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, técnicos administrativos, dentre outros, e oferecem diversas atividades terapêuticas: psicoterapia individual ou grupal, oficinas terapêuticas, acompanhamento psiquiátrico, visitas domiciliares, atividades de orientação e inclusão das famílias e atividades comunitárias (MALVAZI, 2009).

Como serviços de saúde mental, atendem pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, como psicoses e neuroses graves, buscando amenizar e tratar as crises para que estas pessoas possam recuperar sua autonomia e se reinserir nas atividades cotidianas. Por possibilitar que seus usuários voltem para casa todos os dias, os CAPS evitam a quebra nos laços familiares e sociais, fator muito comum em internações de longa duração (MALAVAZI, 2009).

De acordo com o projeto terapêutico de cada usuário, estes podem passar o dia todo na Unidade, parte do dia ou vir apenas para alguma consulta. Comparecendo todos os dias estarão em regime intensivo, alguns dias da semana, em regime semi-intensivo e alguns dias no mês, em não-intensivo. As necessidades de cada usuário e os projetos terapêuticos, compreendendo as modalidades de atendimento citadas e os tempos de permanência no serviço, são decididas pela equipe, em contato com as famílias também, e igualmente as mudanças neste projeto segundo as evoluções de cada usuário (MALAVAZI, 2009).

Trabalham articulados com a rede de serviços da região, pois têm a função de dar suporte e supervisão à rede básica também, além de envolver-se em ações intersetoriais - com a educação, trabalho, esporte, cultura, lazer, dentre outros, na busca de reinserção dos seus membros em todas as áreas da vida cotidiana. Segundo Malavazi (2009) existem algumas modalidades de CAPS, de acordo com as diferentes necessidades de cada território:

CAPS I - para municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes, CAPS II - para populações entre 70.000 e 200.000 habitantes, CAPS III - acima de 200.000 habitantes (este é o único que funciona 24 horas, incluindo feriados e fins de semana), CAPSi - atende crianças e adolescentes (até 17 anos de idade), e CAPSad - atende usuários de álcool e outras drogas cujo uso é secundário ao transtorno mental clínico.

Em se tratando de atendimento, Brasil (2004) contribui esclarecendo que:

- CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.
- CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.
- CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Para Brasil (2004) os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico e que sua característica principal é “buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares”. Constitui-se como principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica e um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com “transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004). Tem como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, “realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários”.

As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos e visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas (BRASIL, 2004).

Além disso, os CAPS também têm a responsabilidade de:

Organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão

de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004).

Por sua vez, os usuários desses Centros podem ter tido uma longa história de internações psiquiátricas, podem nunca ter sido internados ou podem já ter sido atendidos em outros serviços de saúde (ambulatório, hospital-dia, consultórios dentre outros.). O importante é que essas pessoas saibam que podem ser atendidas e saibam o que são e o que fazem os CAPS.

Segundo Brasil (2004) cada paciente deve ter um projeto terapêutico individual, que se constitui num “conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades”. De acordo com esse projeto, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02:

- Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Cada projeto terapêutico deverá levar em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional. Algumas atividades são feitas em grupo, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias (BRASIL, 2004).

Vários são os recursos terapêuticos oferecidos às pessoas atendidas no CAPS, dentre os quais, destacam-se:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação;
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal;
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares;
- Atividades comunitárias: atividades desenvolvidas em conjunto com associações de bairro e outras instituições existentes na comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral. Essas atividades podem ser: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários;
- Assembléias ou Reuniões de Organização do Serviço: a Assembléia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004).

No que se refere às Oficinas Terapêuticas, Brasil (2004) diz que “são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Acrescenta ainda que essas Oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários, feitas de acordo com o interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, levando-se sempre em consideração a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, bem como a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania. E que, de modo geral, podem ser:

Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.

Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.

Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re) construção da cidadania.

Em se tratando da relação dos CAPS com a rede básica de saúde, Brasil (2004) considera que Rede e Território são dois conceitos fundamentais para o entendimento do papel estratégico dos CAPS. A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais.

Brasil (2004) discorre que a Rede Básica de Saúde se constitui pelos Centros ou Unidades de Saúde locais e/ou regionais, pelo Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, que atuam na comunidade de sua área de abrangência, uma vez que estão próximas e que possuem a responsabilidade pela atenção à saúde da população daquele território.

Brasil (2004) ressalta que os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da Rede Básica de Saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais. Para tanto, o CAPS precisa:

- a) conhecer e interagir com as equipes de atenção básica de seu território;
- b) estabelecer iniciativas conjuntas de levantamento de dados relevantes sobre os principais problemas e necessidades de saúde mental no território;
- c) realizar apoio matricial às equipes da atenção básica, isto é, fornecer-lhes orientação e supervisão, atender conjuntamente situações mais complexas, realizar visitas domiciliares acompanhadas das equipes da atenção básica, atender casos complexos por solicitação da atenção básica;
- d) realizar atividades de educação permanente (capacitação, supervisão) sobre saúde mental, em cooperação com as equipes da atenção básica.

Fazendo-se referência ao “apoio matricial” diz-se que é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos. Quando o território for constituído por uma grande população de abrangência, é importante que “o CAPS discuta com o gestor local a possibilidade de acrescentar a seu corpo funcional uma ou mais equipes de saúde mental, destinadas a realizar essas atividades de apoio à rede básica”. Ou seja, as atuais diretrizes orientam que, “onde houver cobertura do Programa de Saúde da Família, deverá haver uma equipe de apoio matricial em saúde mental para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF” (BRASIL, 2004).

Compreende-se que a partir da metade da década de 1980, as ações em Saúde Mental passaram a incluir a criação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico pautado no atendimento por equipe multiprofissional. Desde então, o campo da Saúde Mental vem produzindo uma nova ordem e seleção de saberes considerados pertinentes a substituição da idéia de doença mental pela de saúde mental e a compreensão de seus determinantes sociais e psicológicos.

Assim sendo, os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em Saúde Mental. Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção em Saúde Mental que deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, devendo também, estarem incluídos a Atenção Básica, as Residências Terapêuticas, os Ambulatórios, os Centros de Convivência, dentre outros, lembrando sempre que, em sua dinâmica, as tarefas de inclusão, inserção e reabilitação psicossocial são prioridades, além de ser um suporte comunitário de atenção permitindo que os assistidos mantenham seus vínculos sociais, culturais, o mais próximo possível de si mesmo (BRASIL, 1992).

Nesta confluência e/ou contexto deve-se salientar que as transformações emergiram, graças não só ao clamor da sociedade: usuários de serviços, familiares, instituições de assistência, profissionais de saúde mental, dentre outros, que impulsionaram o escôpo da reforma, bem como a um conjunto sofisticado de leis, instruções normativas e resoluções, constituindo tal fato, num fenômeno ímpar na sociedade brasileira, congregando dois aspectos à saber: o ordenamento jurídico e a prática clínica/terapêutica. Se, por um lado, o ordenamento jurídico apresenta-se como um instrumento reorganizador da conduta terapêutica; por sua vez, esta também se insere como elemento capaz de contestar a instrução jurídica. Assim, realinhamento e contestação passam a ser parte essencial da reforma psiquiátrica quando esta surge como produto da complexa função de instâncias opostas. Nesse bojo, situa-se a sociedade, ou melhor, àqueles que são os protagonistas da assistência e, para os quais, a reforma surge: os usuários de serviços de saúde mental.

Desta feita, o ordenamento jurídico, legal e social, inicia-se com o surgimento dos Princípios para a proteção de pessoas acometidas de transtornos mentais e para a melhoria da assistência a saúde mental, através do documento expedido pela

Organização das Nações Unidas-ONU, n. A/46/49 de 17.12.1991. Segundo Marcílio (1992) estes princípios serão aplicados sem discriminação de qualquer espécie, “seja na distinção de deficiência, raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, étnica ou social, status legal ou social, idade, propriedade ou nascimento”.

O Governo brasileiro, após experiências estrangeiras, adota o seu modelo de reforma a partir da Portaria/SNAS Nº. 224, de 29 de janeiro de 1992, que normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Convém ressaltar que quase a totalidade desta portaria já foi superada por outras normas e que estão válidas ainda, no entanto, as diretrizes estabelecidas para hospitais-dia e ambulatórios. As normas atuais referentes aos CAPS são as Portarias GM 336/02 e SAS 189/02 (BRASIL, 1992). Também se faz necessário ressaltar outros instrumentos, a saber:

Lei Nº. 10.216, de 06 de abril de 2001, através da qual, o Presidente da República Fernando Henrique Cardoso dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial CM em saúde mental.

Lei Nº. 10424, de 15 de abril de 2002, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

Resolução CFM Nº. 1598/2000, que reorienta a postura do profissional médico no âmbito hospitalar de saúde mental. Normaliza a assistência ao paciente psiquiátrico e estabelece que o diagnóstico é um ato médico e a responsabilidade dos diretores e médicos que prestam assistências.

Portaria/SAS Nº. 2391, de 26 de dezembro de 2002 que dispõe sobre a regulamentação das internações psiquiátricas, ou seja, regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS.

Lei Nº. 10708, de 31 de julho de 2003 através da qual o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Além desses instrumentos, a Secretaria de Assistência à Saúde/MS, baixou normas e portarias, disciplinando não só a atenção como o financiamento e a aplicação de recursos públicos (federais, estaduais, municipais) na atenção em Saúde Mental (BRASIL, 2002).

O CAPS é um produto dessa confluência de normatizações, reordenações e alinhamentos de estruturas hospitalares e condutas terapêuticas em Saúde Mental. Apresenta-se como alternativa que visa intermediar a permanência do usuário na comunidade e as internações. Como modelo de atenção traz novas concepções de

olhares e saberes sobre a compreensão da doença e do sujeito da doença (CAPALBO, 1996).

Nesta confluência situa-se os profissionais de saúde e, principalmente, os que atuam diretamente com a atenção em Saúde Mental, admitindo-se que não só a prática advinda desses profissionais, mas, a emergência de novos contextos e a mudança de postura, fazem com que seja necessário repensar a prática clínica e, a emergência de situações que levam necessariamente a pensar-se sobre o papel da clínica, dos profissionais, da doença e do sujeito da doença.

2 JUSTIFICATIVA

Ao longo de 10 (dez) anos de experiência profissional no campo da Saúde Mental, na área de Enfermagem, vale repensar alguns parâmetros conceituais que, implicam na concepção do fazer (mister profissional) e do saber (lócus profissional) principalmente, no campo da saúde mental. Paradoxalmente, a questão recai no confronto entre a prática e a teoria sendo que, o foco central, estabelece-se no sujeito da ação terapêutica e este, apresenta características singulares que, dadas as suas especificidades, requer do profissional, um processo de reformulação contínua do seu saber e do seu fazer.

Preliminarmente, procuraram-se buscar na literatura existente, formas de compreensão sobre as atuais mudanças que se convencionou chamar de “Reforma na Assistência psiquiátrica”. Entretanto, o questionamento refere-se a como deve ser a postura profissional diante do usuário em face ao contexto da Reforma e, ao mesmo tempo, se essa postura traria resultados positivos ao tratamento/assistência ao interlocutor, ou seja, ao paciente e sua família. Questiona-se também, sobre qual seria a visão que os usuários e seus familiares tinham dos profissionais de saúde, já que se preconiza a questão da humanização nos serviços de assistência à saúde.

Assim, mediante essas inquietações, buscou-se focalizar no contexto sobre a postura do profissional diante do processo da reforma e a visão (percepção) do usuário mediante as modificações que a reforma propõe sobre a postura do profissional de Saúde Mental. Considera-se, portanto, nada mais instigante do que, um relato produzido pela experiência vivida, em busca do aprimoramento e ao

mesmo tempo, uma forma de contribuição ao processo de construção do novo modelo de assistência em Saúde Mental.

3 OBJETIVO

Relatar a experiência profissional vivenciada como enfermeira no campo da assistência em saúde mental.

4 MEMORIAL DESCRITIVO DA INSTITUIÇÃO: CLÍNICA SÃO FRANCISCO DE NEUROPSIQUIATRIA

4.1 Estrutura e funcionamento/público-alvo

A Clínica São Francisco de Neuropsiquiatria - CSF foi fundada em 29 de janeiro de 1980, com capacidade para atender 240 leitos, atendendo assim as exigências do Ministério da Saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde. Está situada na Estrada da Mata S/N – Jardim Tropical – divisa entre os municípios de Paço do Lumiar e São Luís, compreendida numa área de aproximadamente 60.000m². A CSF tem por objetivo prioritário prestar assistência global e efetiva aos pacientes internos. A assistência compreende duas classes:

Atendimento direto ao paciente, onde estão incluídos prescrição de medicação, sinais vitais, curativos, higiene individual e vigilância permanente.

Atendimento indireto ao paciente que compreende o preparo e limpeza de camas, asseio, limpeza de enfermarias e cuidado com as roupas.

Como hospital de longa permanência, oferece atendimento integral ao usuário em crise, sem excluí-lo do convívio familiar e social, atuando preventivamente contra a cronificação daqueles que se encontram em regime de primeira internação terapêutico, e aos usuários que necessitam de um período de maior permanência em regime de internação prolongada. Sendo uma instituição credenciada pelo SUS (Sistema Único de Saúde), oferece assistência a usuários de vários níveis sócio-econômico-cultural sem distinção, utilizando o que há de mais atualizado no campo psiquiátrico. A população-alvo é constituída por pacientes psiquiátricos do sexo

masculino e feminino, de faixa etária variável, encaminhados por órgãos conveniados com este hospital (SUS).

Todas as atividades terapêuticas são desenvolvidas por profissionais pertencentes ao corpo clínico que atuam em permanente integração e interdependência sob a supervisão do diretor clínico e inclui os seguintes setores: Serviço Médico psiquiátrico e Clínico Generalista; Serviço de Enfermagem; Serviço de Farmácia Hospitalar; Serviço de Nutrição; Serviço Social; Serviço de Psicologia; Serviço de Terapia Ocupacional; Serviço de Farmácia.

4.2 Recursos físicos e humanos

RECURSOS FÍSICOS	RECURSOS HUMANOS
Área ampla, bem arejada e agregada a:	a) Médico Psiquiatra;
a) 01 setor administrativo (diretor e administrador);	b) Clínico Geral;
b) 01 recepção para atendimento;	c) Enfermeiro;
c) 08 consultórios para atendimento individual;	d) Assistente Social;
d) 04 postos de enfermagem;	e) Terapeuta Ocupacional;
e) 01 farmácia;	f) Psicólogo;
f) 01 lavanderia;	g) Nutricionista;
g) 01 refeitório;	h) Farmacêutico;
h) 01 almoxarifado	i) Técnico de Enfermagem;
i) banheiros e sanitários	j) Auxiliar de Farmácia;
j) área extensa para oficina e recreação;	l) Cozinheiras;
k) 01 campo de futebol;	m) Auxiliar de Serviços Gerais;
l) 01 quadra de vôlei;	n) Recepcionista;
m) 02 salões de TO;	o) Auxiliar de Manutenção;
n) SAME	p) Motorista;
	r) Segurança;
	s) Recreadores/Educadores Sociais ou Auxiliares de Serviços Médicos

4.3 Fluxograma de atendimento



5 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Descrevem-se as atividades desenvolvidas pelos profissionais na Unidade de Saúde com ênfase no detalhamento das atribuições do Enfermeiro, ressaltando-se os cuidados ao portador de transtornos mentais, levando-se em consideração as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Humanização do SUS.

As atividades desenvolvidas pelo profissional Médico consistem na realização de entrevista com familiares e pacientes, elaboração do plano terapêutico, bem como impressão diagnóstica e prescrição médica. Lista-se também o atendimento das intercorrências, solicitação de exames, participação nas atividades do grupo técnico (grupo operativo). Ainda é de sua competência, o atendimento individual e/ou com os familiares, assinar atestados e laudos referente aos usuários e preparação dos pacientes e familiares para alta.

Ao Enfermeiro compete a realização da entrevista inicial, atividades grupais, nas quais são trabalhadas noções básicas de saúde, prevenção, controle e tratamento das doenças, objetivando melhorias na qualidade de vida, além de avaliação do nível de atenção, comportamento, integração, interesse e auto-estima.

Ressalta-se que o atendimento individual consiste na troca de informações com o usuário inerente ao seu estado de saúde, condições adversas do momento, adesão ao tratamento objetivando a reabilitação e reinserção sócio-familiar. Além disso, há um monitoramento da medicação, alimentação, eliminação e excreção, com supervisão dos cuidados de higiene e vestuário, encaminhamento do paciente a outros setores terapêuticos, sempre que se fizer necessário.

5.1 Atribuições desenvolvidas como Enfermeira Psiquiátrica

Para efetivação do trabalho de assistência de enfermagem torna-se necessário a utilização de determinadas condutas:

Enfermagem Funcional: as tarefas são divididas entre os membros da equipe de enfermagem, dando-se prioridade às prescrições médicas e a administração de cuidados físicos de rotina;

Enfermagem em Equipe: refere-se ao atendimento individual direto e integral, do paciente, pelo enfermeiro e outros elementos da equipe multiprofissional. No que se refere às ações de Enfermagem, destacam-se:

Entrevista: feita através do diálogo entre o enfermeiro, o paciente ou qualquer informante deste, possibilitando a identificação das necessidades psicológicas, assim como as condições psico-sócio-espirituais do paciente.

Anamnese: a confirmação da identificação do paciente é o primeiro passo da abordagem. Em seguida deve-se indagar sobre o motivo da internação, ouvindo-o com sensibilidade para compreender toda forma de comunicação: queixas, pedidos, perguntas, recusas, ordens, comentários e afirmações, além de captar a comunicação não verbal: tiques, tremores, sudorese, respiração, rubor ou palidez, silêncios constantes, choro, dentre outros. Procura-se, ainda conhecer hábitos individuais que facilitem a sua adequação à unidade de tratamento, visando obter dados sobre a situação econômica, vícios, conhecimento e aceitação da doença e dos tratamentos, consciência dos seus direitos e relacionamento com os colegas, familiares e a equipe de saúde.

Esta anamnese é feita com a finalidade de orientar os pacientes quanto aos seus direitos e deveres em relação à assistência de enfermagem, normas e rotinas, reduzindo assim o seu nível de ansiedade, através da identificação de problemas, percepções e expectativas.

Por sua vez, o planejamento de Cuidados de Enfermagem compreende:

- **Sistemas de Avaliação**

A enfermagem faz uma avaliação das necessidades do paciente, considerando suas limitações e determina o tipo de sistema que será desenvolvido na assistência de Enfermagem:

a) **Sistema Totalmente Compensatório**: o paciente é um receptor passivo de cuidados de enfermagem, isto é, a enfermagem supre totalmente a sua necessidade de auto-cuidado.

b) **Sistema Parcialmente Compensatório**: neste sistema tanto a enfermagem quanto o paciente participa das ações de auto-cuidado. Existe uma distribuição de responsabilidades que variam de acordo com as limitações físicas ou psíquicas do paciente.

c) **Sistema Educativo de Apoio**: o paciente é capaz de executar ou reaprender a executar certas medidas de auto-cuidado e a enfermagem o ajuda apoiando, orientando promovendo meios adequados de auto-cuidado.

d) **Sistemas de Registro:** na enfermagem, a comunicação oral embora necessária, não é totalmente eficiente devido ao rodízio das pessoas que prestam assistência ao paciente tornando-se, portanto, indispensável à comunicação escrita. Para esse fim, utilizam-se os seguintes impressos:

Relatório de Enfermagem: onde são feitas as anotações de prescrição medicamentosa e tratamento a serem administrados ao paciente. Nesse relatório são descritas as observações que merecem maior destaque como intercorrências dos tratamentos, cuidados prestados, evolução de sinais e sintomas, orientações para ações de enfermagem específicas, transferências de pacientes para outras alas ou clínicas, registro de altas e óbitos.

Evolução de Enfermagem: Contém as observações feitas em relação ao paciente quanto aos seus sentimentos, preocupações, expectativas, preferências e comportamento.

Controle de Sinais Vitais: são verificados os sinais vitais do paciente e anotados no impresso.

e) **Plano de Cuidados:** Alimentação e hidratação; Higiene; Eliminação e excreção; Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso: Sinais e sintomas e Tratamentos específicos.

f) **Encaminhamentos:** Quando a competência de resolução do problema foge do seu âmbito de ação, a enfermagem encaminha o paciente para os devidos setores (Clínica Médica, Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Dietética, Terapia Ocupacional, Administração).

g) **Transferência:** se o paciente apresentar intercorrência clínica que exija internação em outro Hospital, ele será removido acompanhado pela enfermagem que deverá portar de um breve relatório, elaborado pelo plantonista, com informações sobre o paciente e quais procedimentos já foram executados.

▪ **Educação em Saúde**

a) **Visitas:** os familiares ao internarem o paciente recebem orientação sobre telefonemas e horários de visita. Durante as visitas semanais, a equipe de enfermagem presta informações quanto ao estado do paciente, suas necessidades de objetos de uso pessoal, previsão de alta; além disso, encaminha os familiares

para outros setores (Administração, Serviço Social e entrevistas com médico assistente), quando necessário.

b) **Altas:** é preciso conhecer, antes da alta, o que o paciente sabe sobre sua patologia, os seus medicamentos, as dietas, os tratamentos especiais, as suas possibilidades e limitações físicas e mentais.

Vale ressaltar que, para a execução das orientações, duas condições são consideradas necessárias: adequação das orientações às condições sócio-econômico-culturais do paciente e orientação das pessoas que participarão do cuidado do mesmo em casa.

No ato da alta são reforçadas as orientações dadas anteriormente e, se preciso entregue por escrito, enfatizando a necessidade de o paciente comparecer ao retorno pra consulta médica ou reinternação. O registro da alta no Livro de Ocorrências e o encaminhamento do Prontuário para o SAME constituem o término das ações de enfermagem dirigidas ao paciente internado.

A enfermagem envolve a família, tanto quanto as condições do paciente e os cuidados dos quais necessita para que ambos não sintam medo quando o paciente retornar para casa. Orienta-se a família para solicitar ao paciente a participar da vida familiar e da resolução dos problemas domésticos.

▪ **Atividades afins**

a) **Educação em serviço:** através das reuniões e/ou palestras mensais, além de orientações diárias, os enfermeiros fazem uma reciclagem, para melhor aprimoramento do pessoal da equipe de enfermagem e atualização das técnicas empregadas.

b) **Levantamento de dados estatísticos:** para que o paciente tenha uma assistência de primeira qualidade e visando proporcionar um ambiente adequado e o mais saudável possível, é feito pelos enfermeiros dois tipos de levantamento estatísticos, a saber:

Casos de infecção hospitalar: através dos dados obtidos avaliam-se o padrão da assistência de enfermagem e a adequação de métodos terapêuticos e profiláticos;

Casos de intercorrência clínica: através desses dados torna-se possível auxiliar na prevenção dos riscos de complicações.

5.2 A Enfermagem Psiquiátrica

Rodrigues (1996) descreve que a Enfermagem Psiquiátrica consiste em um processo interpessoal que se esforça “por promover e manter o comportamento do paciente, o qual contribui para o funcionamento integrado”. O referido autor esclarece que o sistema de pacientes ou clientes pode ser um indivíduo, uma família, um grupo, uma organização ou uma comunidade e que, “a enfermagem em saúde mental é uma área especializada da prática de enfermagem que emprega teorias do comportamento humano como ciência e o uso intencional de si próprio como sua arte”. Para Manzolli (1996), “os três domínios da prática contemporânea da enfermagem psiquiátrica são: cuidados diretos, comunicação e atividades de gerenciamento”.

A enfermagem psiquiátrica tem como principal objetivo a assistência ao portador de transtorno mental, que requer do enfermeiro um desenvolvimento mais completo, uma compreensão especial e um relacionamento terapêutico com seus pacientes. Antes de examiná-lo mais detidamente, o enfermeiro psiquiátrico na sua prática diária, deve atentar para dois fatores que estão assumindo importância cada vez maior. O primeiro é que o trabalho do enfermeiro em saúde mental não está limitado ao ambiente do hospital, ele está tomando seu lugar na comunidade. O segundo fator advém da compreensão de que, em qualquer campo, a enfermagem envolve o cuidado integral e de que os pacientes hospitalizados precisam tanto de cuidados psicológicos, quanto físicos.

Não se pode mudar atitudes da noite para o dia, mas ainda há muita gente que considera a doença mental como um fenômeno agravante e desesperador. Vêem o portador de transtorno mental como violento, perigoso, irracional e, conseqüentemente inaceitável para a sociedade, alguém que deve ser mantido a portas trancadas. Na realidade, as portas trancadas são agora, a exceção em vez da regra.

Atualmente, sintomas do paciente não mais são simplesmente tolerados e contidos. O cuidado de enfermagem depende da compreensão do comportamento do paciente e do reagir a tal comportamento à luz dessa compreensão. Por esta razão, alguns hospitais abandonam os uniformes, acreditando que não é a aparência exterior do enfermeiro que importa, mas sua atitude. Vive-se em uma

época de desafio, estímulo e mudanças para os enfermeiros. O enfermeiro em saúde mental não apenas deve estar disposto a ser desafiado como pessoa, como também, de fato, provocar tal desafio. Desse modo, o papel do enfermeiro psiquiátrico se diferencia, uma vez que se submete a uma tensão muito maior do que o enfermeiro que trabalha em outra área. Com essa convicção Taylor (1992) acrescenta:

Na medida em que cada enfermeiro é um indivíduo, sua própria contribuição pessoal para o programa de tratamento de cada paciente contém algo único. Apesar de trabalhar de acordo com as diretrizes indicadas pela equipe médica, ele tem oportunidade de usar suas próprias habilidades e talentos. Uma vez que tenha desenvolvido *insight* de suas próprias emoções e comportamentos, ele estará capacitado a ampliar esta compreensão e estendê-la a seus pacientes.

De Yong (1981) diz que “um aspectos importantes da assistência de enfermagem psiquiátrica é a consistência da abordagem. Para atingi-la, o enfermeiro deve entender suas reações de acordo com cada um dos pacientes”.

Reuniões com os membros da equipe multiprofissional e com os pacientes devem ser realizadas frequentemente, para discutir os problemas que surgem diariamente. Nelas, os pacientes são encorajados a se sentirem responsáveis por seu próprio comportamento e pelo de seus companheiros.

Convém lembrar que em uma Unidade de Admissão há sempre novos pacientes para o enfermeiro cuidar, muitos dos quais, nunca estiveram antes num hospital psiquiátrico. Admite-se que idéias preconcebidas negativamente sobre esses hospitais ainda são freqüentes, entretanto, compete ao profissional de enfermagem, sensibilizar pacientes e familiares sobre a mudança de paradigma que já ocorre, desmistificando todo processo de rejeição e inaceitabilidade existentes.

Considera-se o transcorrer da rotina da internação particularmente importante, considerando que as primeiras impressões são duradouras. Todas as formalidades devem ser completadas com o mínimo possível de minúcias. Se o paciente reluta em dar ao enfermeiro a informação solicitada sobre a sua pessoa, ele não deve ser pressionado. Esta informação pode ser posteriormente obtida, quando ele estiver adaptado ao ambiente hospitalar.

O enfermeiro deve dizer ao paciente o que vai acontecer como, por exemplo, um exame clínico de rotina, horário das refeições, dentre outras. A princípio, uma individualidade desconhecida, por isso, o paciente deve ser mantido sob permanente

observação. As observações feitas no estado agudo da enfermidade do paciente sempre têm grande valor diagnóstico para o médico. É uma boa idéia apresentar os pacientes novos a um ou dois outros que já tenham se adaptado, visto que os novos pacientes desconfiam muitas vezes da equipe clínica, pelo menos a princípio.

Algumas Unidades de Admissão, também chamadas de Unidades de Observação, principalmente porque a observação e o relato dessas observações constituem principal tarefa dos enfermeiros psiquiátricos que trabalham nesse tipo de unidade. No entendimento de Roy (1976), o relacionamento terapêutico entre enfermeiro e paciente se constitui numa:

Experiência de aprendizado mútuo e uma experiência emocional corretiva para o paciente. Nessa relação, o enfermeiro utiliza a si próprio e as técnicas clínicas especificadas no trabalho com o paciente para gerar intuição e alteração comportamental no paciente.

Para Roy (1976), os objetivos de um relacionamento terapêutico são direcionados no sentido do crescimento do paciente e incluem:

Auto-realização, auto-aceitação e auto-respeito aumentados.
Senso claro de identidade pessoal e da integração pessoal melhorada.
Capacidade de formar relacionamentos íntimos independentes e interpessoais com capacidade de dar e receber amor.
Melhoria da função e capacidade aumentada de satisfazer às necessidades e alcançar objetivos pessoais realistas.

Entretanto, Roy (1976) esclarece que para alcançar esses objetivos, vários aspectos das experiências de vida do paciente são explorados no decorrer do relacionamento. Por sua vez, o enfermeiro deverá permitir a expressão de percepções, pensamentos e sentimentos por parte do paciente, relacionando-os às ações observadas e relatadas. São esclarecidas áreas de conflito e ansiedade. Também é importante que o enfermeiro identifique e maximize as forças do ego do paciente e estimule a socialização e o relacionamento familiar. Segundo Irving (1972) o enfermeiro deve ter conhecimento das estratégias psicofarmacológicas disponíveis, fazer uma avaliação do cliente, coordenação das modalidades de tratamento, bem como monitoração dos efeitos dos medicamentos e educação do cliente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que o objetivo do ambiente terapêutico consiste em oferecer aos pacientes um ambiente social estável e coerente, que facilite o desenvolvimento e a implementação de um plano individualizado de tratamento, onde estão incluídos apoio, estrutura, envolvimento e avaliação.

Com essa convicção, acredita-se que os objetivos, processos, resultados esperados do tratamento e a duração da permanência, relacionados ao atendimento psiquiátrico no hospital estão mudando. A maioria dos enfermeiros psiquiátricos trabalha atualmente, em contexto de internação ou hospital-dia, devendo, portanto, estarem prontos e serem capazes de oferecer seus serviços ao longo de todo o continuum de atendimentos.

A função integradora do enfermeiro psiquiátrico que trabalha em um contexto hospitalar inclui todas as atividades envolvidas na coordenação dos cuidados do paciente, como aqueles ligados à administração dos recursos da enfermagem, à garantia de aderência aos parâmetros profissionais e reguladores, à facilitação do trabalho em equipe e ao atendimento coordenado.

Considera-se essencialmente necessária a avaliação contínua dos resultados para a prática da enfermagem psiquiátrica e que para a devida execução exige atividades que incluam programas de aperfeiçoamento da qualidade, manejo do risco e revisão da utilização das práticas terapêuticas.

Comprova-se a grande contribuição da enfermagem psiquiátrica a partir da constatação de que muitos pacientes melhoram e voltam a ter vidas funcionais, nas quais podem novamente sentir prazer e melhor auto-estima. É estimulante ver pacientes readquirirem seu senso de independência e controle renovado sobre seus próprios destinos. Assim, enfatiza-se prática da enfermagem psiquiátrica no sentido em que se pese a articulação do próprio discurso da profissão com vistas a alcançar o seu objetivo maior, ou seja, contribuir para que o portador de distúrbio psíquico exerça sua cidadania plena, cômico dos seus direitos e deveres.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1992.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 14, nº 1, jan./fev. 2006. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S010411692006000100018&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 set. 2009.

BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Ap. Santos Soares Barreto. Humanização da assistência de enfermagem em centrocirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, v. 6, n. 3, 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/13_Revisao3.html. Acesso em: 11 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Disponível em: http://www.diaadia.pr.gov.br/deein/arquivos/File/lf_lei10216.pdf. Acesso em: 15 set. 2009.

_____. _____. Lei Nº. 10424, de 15 de abril de 2002. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 abr. 2002. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10424.htm>>. Acesso em: 15 set. 2009.

_____. _____. Lei Nº. 10708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 18 ago. 2000.

_____. _____. Portaria/SAS Nº. 2391, de 26 de dezembro de 2002 que regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/3454.html>>. Acesso em: 15 set. 2009.

_____. _____. Portaria/SNAS Nº. 224, de 29 de janeiro de 1992. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. 1992. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5694.html>>. Acesso em: 15 set. 2009.

_____. _____. Resolução CFM Nº. 1598/2000. Reorienta a postura do profissional médico no âmbito hospitalar de saúde mental. **Diário Oficial [da] República**

Federativa do Brasil. Brasília, DF, 18 ago. 2000. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/crm2/revista/revista_arquivo-78.2003.pdf>. Acesso em: 15 set. 2009.

_____. _____. Secretaria de Atenção à **Saúde. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://74.125.93.132/search?q=cache:9RFtVWEUvA8J:www.ccs.saude.gov.br/saud_e_mental/pdf/SM_Sus.pdf->>. Acesso em: 11 set. 2009.

COFEN. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.** Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.soleis.adv.br/codigoeticaenfermagem.htm>>. Acesso em: 12 set. 2009.

COSTA, Acyr et al. A enfermagem na psiquiatria: uma transformação institucional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** v. 32, n. 2, p. 115-20, mar./abr. 1983.

CRIPPA, Libania Carolina; KANIESKI; Veridiana Sampaio; SILVA, Ernandes F. da. **Um grande desafio: promover humanização em enfermagem.** Disponível em: http://www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo086.pdf. Acesso em: 16 set. 2009.

DALLY, Peter; HARRINGTON, Heather. **Psicologia e psiquiatria na enfermagem.** São Paulo: EDUSP, 1978. 245 p.

DANIEL, Liliana Felcher. **Atitudes interpessoais em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1982. 176 p.

GUIDO, L. de A. Aspectos éticos da assistência de enfermagem ao cliente cirúrgico ambulatorial no centro cirúrgico e na sala de recuperação anestésica – reflexões. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM EM CENTRO CIRÚRGICO, 2., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p. 103-107. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 15 set. 2009.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** 15. ed. São Paulo: EPU, 2004.

IRVING, Susan. **Enfermagem psiquiátrica básica.** 2 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. 292 p.

KAPLAN, Harold I. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LOPES, C.L. R. et al. A comunicação profissional de saúde x cliente diante das novas tecnologias. **Rev. Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 51, n. 1, p. 53-62, 1998.

MALAVAZI, Gabriela. **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como dispositivos da reforma psiquiátrica.** 2009. Disponível em:

<http://www.sermelhor.com/artigo.php?artigo=28&secao=espaco>. Acesso em: 11 set. 2009.

MANZOLLI, Maria Cecília. **Enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 149 p.

MARCÍLIO, Maria Luiza. **A proteção de pessoas acometidas de transtorno mental e a melhoria da assistência à saúde mental**. São Paulo: USP, 1992. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direito-dos-Portadores-de-Defici%C3%A7%C3%A3o/a-protecao-de-pessoas-acometidas-de-transtorno-mental-e-a-melhoria-da-assistencia-a-saude-mental.html>>. Acesso em: 15 set. 2009.

REZENDE, H. **Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

RIBEIRO, R. de C. N.; CARANDINA, D.G.D.; FUGITA, R.M.T. Tecnologia e humanização em C.C e U.T.I. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.4, n.3, p.15-19, 1999.

RODRIGUES, Antônia R. Furegato. **Enfermagem psiquiátrica: saúde mental: prevenção e intervenção**. São Paulo: EPU, 1996, 81 p.

SILVA, M. J. P. **O amor é o caminho**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

_____. **Comunicação tem remédio**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

TAYLOR, Cecília M. **Manual de enfermagem psiquiátrica de mereness**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Rev. Latino americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, 2002.

ZEN, O. P.; BRUTSHER, S. M. Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia. São Paulo, **Rev. Enfoque**, v. 14, n.1, p. 4-6, 1986.