

# O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial\*

THE PROFILE AND PROFESSIONAL PRACTICE OF NURSES IN A PSYCHOSOCIAL CARE SERVICES

EL PERFIL Y LA ACTUACION PROFESIONAL DEL ENFERMERO/A EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Cristiane Bergues Dias<sup>1</sup>, Ana Luisa Aranha e Silva<sup>2</sup>

## RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, envolvendo quatorze enfermeiros de onze Centros de Atenção Psicossocial. Os objetivos do estudo são: caracterizar o perfil profissional do enfermeiro que trabalha no CAPS, e verificar as ações desse profissional no atual modelo de assistência à saúde mental. Resultados: o sexo feminino prevalece; a maioria é formada há mais de 10 anos; a inserção na área de saúde mental se dá tardiamente, e está associada à falta de opção de trabalho e proximidade do serviço com a residência do profissional. Uma parcela demonstra dificuldade para definir sua função num serviço extra-hospitalar. Outra parcela acredita que a ação no CAPS é flexível e identifica um saber que pode ser compartilhado com a equipe multiprofissional. Baixos salários, infraestrutura deficiente e falta de reconhecimento pelos membros da equipe produzem insatisfação no trabalho. A Reforma Psiquiátrica é associada à desospitalização.

## DESCRIPTORIOS

Enfermagem psiquiátrica.  
Papel do profissional de enfermagem.  
Serviços de Saúde Mental.

## ABSTRACT

This qualitative study was performed with fourteen nurses of eleven psychosocial care services. The objectives of the study were the following: to characterize the professional profile of the nurses who work in community psychiatric services and to verify those nurses' practice according to the current model of mental health care. Results: there was a prevalence of females; most had over 10 years since their graduation; their entrance in the mental health area is late and is associated with the lack of job opportunities and the fact that the service is close to their home. One part of the nurses found it difficult to define their work at an extra-hospital environment. On the other hand, another group of nurses believes that the nursing work in mental health services is flexible and it is shared with other workers of the multidisciplinary team. Low salaries, poor infrastructure and the lack of team member acknowledgment generate dissatisfaction at work. The Brazilian Psychiatric Reform is associated with dehospitalization.

## KEY WORDS

Psychiatric nursing.  
Nurse's role.  
Mental Health Services.

## RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo que tiene como sujetos de análisis a catorce enfermeros de once Centros de Atención Psicossocial de la ciudad de São Paulo (Brasil). El objetivo del estudio es caracterizar el perfil profesional del enfermero/a que desempeña sus funciones en un CAPS y verificar sus acciones en el modelo vigente de asistencia a la salud mental. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas, empleándose las premisas de Bourdieu. Resultados: prevalece el sexo femenino, la mayoría está graduada hace más de diez años, la inserción en el área de salud mental se produce en forma tardía y está asociada a la falta de opciones de trabajo y a la cercanía del servicio con el domicilio del profesional. Una parte de los entrevistados muestra dificultad para definir su función en un servicio extra hospitalario. Otra parte cree que el trabajo en el CAPS es flexible, e identifica un saber que puede ser compartido con el equipo multidisciplinario. Bajos salarios, infraestructura deficiente y falta de reconocimiento por parte de los miembros del equipo producen insatisfacción en el trabajo. La Reforma Psiquiátrica está asociada a la deshospitalización.

## DESCRIPTORIOS

Enfermería psiquiátrica.  
Rol de la enfermera.  
Servicios de Salud Mental.

\* Extraído do Relatório de Pesquisa de Iniciação Científica "Caracterização do perfil e da ação profissional do Agente de Enfermagem de nível superior no Centro de Atenção Psicossocial, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2004. <sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista do Programa de Iniciação Científica do CNPq, São Paulo, SP, Brasil. crisbe@usp.br <sup>2</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. anaranha@usp.br

## INTRODUÇÃO

Até a década de 70 do século XX a psiquiatria brasileira operava com o modelo manicomial e a assistência aos doentes era centrada no modelo médico-tradicional, com hegemonia da internação psiquiátrica tomada como sinônimo de tratamento. Tal conjuntura tem sido modificada em função da implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(1)</sup> e das políticas públicas de saúde mental, construídas pela organização dos trabalhadores, usuários e familiares, juntamente com organizações não governamentais e da responsabilização do Ministério da Saúde, por meio de leis e portarias<sup>(2)</sup>.

Nas últimas duas décadas, o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou críticas à forma violenta como os pacientes eram tratados nos asilos, ocasionando as primeiras tentativas de humanização desse espaço, coincidindo com o movimento de abertura e redemocratização da sociedade brasileira. Na I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, as discussões tomaram força e nesse mesmo ano ocorreu, em Bauru, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que ratificou as mudanças das premissas teóricas e éticas da assistência psiquiátrica.

Assim, no final da década de 80 e início de 90, surgiram experiências de transformação da assistência psiquiátrica, dentre as quais, a criação de serviços como os Centros e os Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/ NAPS). Estes novos serviços passaram a ser financiados pelo Ministério da Saúde e regulamentados pela Portaria / SNAS nº 189 de 19 de novembro de 1991 e pela Portaria / SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992<sup>(3)</sup>.

A Reforma Psiquiátrica defende a transformação do modelo assistencial em saúde mental e a construção de um novo estatuto social para o louco, o de cidadão. Não pretende acabar com o tratamento clínico da doença mental, mas sim eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Para isso, propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, de base comunitária, assegurados pela Portaria / GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002<sup>(3)</sup>.

Desta forma

a nova orientação do modelo assistencial vem impondo a implantação gradativa e crescente de uma rede de cuidados, cuja organização exige uma complexa estrutura e serviço comunitário articulado e recursos territoriais, culturais, sociais, enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, residências terapêuticas e cooperativa social<sup>(4)</sup>.

O trabalho prático de transformação do modo como o portador de transtorno psíquico deve ser tratado é entendido como um conjunto de estratégias indiretas e imediatas que enfrentam o problema do sofrimento, de modo que a ênfase não é mais colocada somente no processo de saú-

de/doença, mas no projeto de produção/reprodução social do paciente.

Neste contexto o trabalho em equipe adquire uma importância fundamental. O paciente psiquiátrico deixa de ser objeto de intervenção exclusivo da prática médica e passa a ser considerado sujeito e agente no seu próprio tratamento, de modo que *passa a requerer outros instrumentos-projetos terapêuticos, estratégias de intervenção e assim é redeseenhado por tais instrumentos*<sup>(5)</sup>. Neste novo modelo de cuidado, os usuários dos serviços dispõem de equipes interdisciplinares para o acompanhamento terapêutico.

Entende-se por equipe interdisciplinar

o conjunto de agentes que operam diferentes saberes, por meio de diversos instrumentos, onde as práticas se relacionam, interagem entre si, onde há identificação de objetos comuns e uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os saberes, possibilitando o enriquecimento mútuo dos profissionais<sup>(6)</sup>,

de modo que as práticas não manicomialistas têm se mostrado mais resolutiva quanto maior a abertura e flexibilidade dos dispositivos terapêuticos e sociais, uma vez que o CAPS

não é apenas um ambiente físico onde os pacientes são deixados, mas um lugar social, onde o trabalho, o lazer, a cultura e os direitos estão presentes e mais que isso, funcionam como estratégias clínicas de inclusão social e de intervenção cultural à medida que favorecem experiências diferentes daquelas tradicionalmente conhecidas pela população, que é o lugar de doente, impotente, incapaz de ser agente<sup>(6)</sup>.

Assim, com o surgimento dos serviços abertos de saúde mental foi necessário reorganizar os processos de trabalho e, conseqüentemente, o projeto terapêutico institucional. Nesse sentido, cabe também a enfermagem afastar-se da atenção médico-centrada e assumir uma postura terapêutica, numa perspectiva humanista e de autonomia profissional<sup>(7)</sup>.

Por outro lado, estudos mostram que os profissionais de saúde em geral têm apresentado dificuldade para se incluírem nesse novo modelo assistencial, de modo que o trabalho realizado atualmente nos serviços abertos está longe do proposto pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica, posto que as mudanças ocorridas refletiram quase que somente

na lógica externa, na visibilidade do equipamento, mantendo práticas não somente custodiais e restritas ao modelo médico-psiquiátrico e, mais grave, aderido a práticas antiéticas e desumanas, questionadas pelo próprio saber médico psiquiátrico constituído<sup>(8)</sup>.

E assim apesar de todos os avanços no âmbito da saúde mental, *o trabalho realizado encontra-se ainda muito distante da inclusão (mesmo terapêutica, quiçá social) da cidadania e de autonomia do sujeito/usuário*<sup>(5)</sup>.

Este estudo preocupa-se particularmente com a inserção do enfermeiro no processo de produção de saúde pro-

posto pela Reforma Psiquiátrica e pela reorientação do modelo assistencial consolidado pela Lei 10.216/2001, nos Centros de Atenção Psicossocial, uma vez que

o processo de trabalho é determinado pela necessidade de transformação, de superação de uma dada situação em direção a uma finalidade. Essas necessidades são individuais, mas ao mesmo tempo, coletivas à medida que se configuram histórica e socialmente<sup>(8)</sup>.

Diante deste cenário, a finalidade desta pesquisa é contribuir para a compreensão da ação do enfermeiro no campo da saúde mental, do compromisso desse profissional com o processo de produção de saúde mental, bem como, qual o seu entendimento acerca do porquê deve tomar determinadas atitudes e não outras. Qual é seu objeto de interesse, o paciente ou o transtorno mental? Suas ações chegam ao cuidar, ou ainda se restringem apenas a atitudes administrativas?

O objeto de investigação deste trabalho é a ação do agente de enfermagem de nível superior em saúde mental, hoje.

## OBJETIVO

Os objetivos do estudo são caracterizar o perfil profissional do agente de enfermagem de nível superior que trabalha no CAPS e verificar as ações desse profissional no atual modelo de assistência à saúde mental.

## MÉTODO

Este trabalho apoia-se nos princípios teóricos do campo psicossocial e da reabilitação psicossocial propostos por Benedito Saraceno<sup>(9)</sup> e na orientação jurídica da Lei nº 10.216/2001 que *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*<sup>(3)</sup>.

Este é um estudo qualitativo que envolveu 14 enfermeiros que trabalharam nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II da cidade de São Paulo, entre os meses de outubro de 2003 a fevereiro de 2004. Por recomendação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, os coordenadores de saúde dos Distritos de Saúde foram informados acerca do estudo e ao consentirem a realização deste, informaram os gerentes das unidades. Após o consentimento dos gerentes dos serviços, os enfermeiros foram contatados e ao se disporem a participar do estudo, procedeu-se o agendamento das entrevistas, que foram realizadas entre os meses de dezembro de 2003 a fevereiro de 2004.

Segundo dados disponibilizados pela COGEST, em setembro de 2003, havia na cidade de São Paulo 17 CAPS II cadastrados no Ministério da Saúde. Destes, 16 foram contatados e 01 não foi contatado posta a indisponibilidade

de comunicação por telefone durante todo o período de seleção dos sujeitos da pesquisa.

Entre os serviços contatados, 02 deles não se enquadravam nos critérios de seleção da pesquisa por não possuírem nenhum profissional de enfermagem com nível superior e 03 deles foram excluídos pela pouca disponibilidade dos seus enfermeiros de participar do estudo na época reservada para a coleta de dados. Dessa maneira, 15 enfermeiros foram previamente selecionados, segundo a disponibilidade desses em participar da coleta de dados. Dentre esses, 14 se tornaram sujeitos da pesquisa após consentirem em participar do estudo e assinarem o termo de consentimento informado. Um enfermeiro recusou participar do estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº 321/2003) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (Processo nº 149/2003).

O instrumento de coleta de dados eleito foi a entrevista semi-estruturada, ou seja, combinou perguntas abertas e fechadas *onde o entrevistado tem a possibilidade de discutir o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo entrevistador*<sup>(10)</sup>. Para tanto valeu-se das premissas propostas por Bourdieu, onde a identificação e a atitude do entrevistador para com o entrevistado influencia nos resultados da entrevista. Ainda de acordo com o autor, é possível por meio do discurso de um sujeito, chegar ao discurso universal dos sujeitos inseridos num mesmo grupo, assegurando assim representatividade nas pesquisas de caráter qualitativo, uma vez que segundo o autor, há uma tendência à reprodução das falas dos sujeitos quando estes estão inseridos num mesmo sistema, com identidade de condições nas quais estão submetidos<sup>(11)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Sobre a caracterização do perfil profissional dos enfermeiros entrevistados*

Quanto à disposição etária verificou-se que a maioria dos enfermeiros entrevistados são mulheres (78,54%), e possuem pelo menos 40 de anos de idade, tendo o enfermeiro mais jovem 34 anos e o mais velho 63 anos de idade.

No que diz respeito ao tempo decorrido desde a conclusão da graduação de enfermagem, o intervalo de tempo de formação varia entre 06 e 26 anos, com predomínio dos enfermeiros formados há pelo menos 10 anos (92,82%). Apesar disso, apenas uma pequena parcela dos enfermeiros possui curso de pós-graduação em saúde mental (21,42%).

A renda mensal dos enfermeiros entrevistados varia de 04 a 33 salários mínimos, cujo valor no momento da coleta de dados correspondia a 240,00 reais, sendo que metade dos enfermeiros entrevistados ganham no máximo 09 salários mínimos.

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

### **Sobre o trabalho dos agentes de enfermagem de nível superior no Centro de Atenção Psicossocial II**

#### *O trabalho em saúde mental*

A investigação sobre a experiência profissional em saúde mental revelou que entre os 14 enfermeiros entrevistados, 12 deles (85,78%) não trabalham desde o princípio neste campo:

Não. Eu atuei no início na área hospitalar, durante uns 11 anos.

Não, nunca trabalhei na área de saúde mental, primeira vez.

Não, tenho é 14 anos de formada, mas sempre trabalhei em pronto-socorro.

Apenas 02 deles (14,28%) referiram ter feito tal escolha, como exemplifica o depoimento:

Eu sempre. Eu era atendente de enfermagem, sempre trabalhava no hospital psiquiátrico, depois eu fui para auxiliar...

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

Eu fiz um concurso. Não foi escolha não, eu escolhi o local de trabalho. Foi pela área, pelo território, porque eu também moro aqui por perto.

Eu vim pra cá por mero acaso, tinha uma vaga aqui e aí eu fui convidada pra vim pra cá, nunca tinha trabalhado na saúde mental de certa forma tinha um pouco de medo, mas vim.

Escolhi aqui porque tinha vaga [...] não tinha muita escolha... fui assim meio que por falta de opção, mas eu prefiro hospital.

Ao contrário de outros 06 entrevistados (42,84%) que relacionaram a sua inserção no serviço por opção e não por falta dela:

Eu comecei a me interessar pela área, o que me incentivou a me embrenhar na área foi a minha experiência anterior [...] a gente vai construindo uma história de vida, no trabalho, que vai levando você estudar, se aprofundar, se preparar mais e eu fui pendendo para a área de mental.

Eu sempre gostei, é uma coisa que sempre me chamou a atenção. A psiquiatria é um carinho mais especial. São uns pacientes que necessitam mais de você.

### **Ações de saúde produzidas pelo agente de enfermagem de nível superior**

Com relação às atividades realizadas pelos enfermeiros no CAPS, segundo os entrevistados trata-se de um campo bastante amplo que abrange atividades de caráter admi-

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

Eu faço a administração do serviço, treinamento interno pra algumas questões específicas da área enfermagem, faço trabalho de controle de estoque da farmácia, sou eu quem pede os medicamentos, vejo a demanda e vou atualizando.

Atividades inerentes do enfermeiro que são a supervisão dos auxiliares, a confecção de escala.

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

Participo de grupos terapêuticos, grupos educativos, de discussão de caso com a equipe, com os psicólogos, psiquiatra, T. O. Faço consulta de enfermagem, aplico a sistematização na entrada do paciente. Faço a prescrição de enfermagem semanal. Faço avaliação dos pacientes.

Coleta de sangue, grupos terapêuticos, grupos de jornal, grupo de dança, grupo de reencontro e grupo de medicação. Acompanhando também a questão da alimentação, da higiene, repouso.

Outro dado relevante acerca do trabalho do enfermeiro no CAPS revelou que uma parte dos entrevistados acredita que as atividades realizadas por eles no serviço fogem completamente da competência do enfermeiro, sendo as atividades que mais se aproximam do campo de ação do enfermeiro, a supervisão da equipe de enfermagem, dos pacientes e da substituição, o controle da medicação e a aplicação do SAE:

A maior parte do serviço é muito longe da enfermagem. O que está bem ligado ao lance da enfermagem é o SAE [...] aqui na minha opinião, é só a supervisão do auxiliar.

Supervisão do pessoal que está fazendo medicação, da enfermagem, dos pacientes.

O que se pode observar neste subgrupo de entrevistados é que tais profissionais têm dificuldade para definir sua função no processo de produção de saúde num serviço extra-hospitalar, isso porque o conceito que eles têm sobre ser enfermeiro está ligado à prática hospitalar, causando nesse profissional uma distorção na sua identidade profissional:

Quase nada é do enfermeiro a não ser o plantão, que a gente colhe a história do paciente e isso é o que faz em qualquer lugar, no hospital, na área de saúde. Mas de resto, como eu te falei, no hospital a gente não trabalha com grupo, com essas coisas, aí quem trabalha mais é T.O. Próprio da enfermagem não tem muita coisa, é muito pouco, é uma coisa que a gente não usa dentro do hospital.

De outro lado estão os profissionais que acreditam que sua ação no serviço é compatível com a competência do

enfermeiro. Eles acreditam que há uma flexibilidade maior nas ações dos profissionais da equipe multiprofissional. Identificam um saber específico associado a uma atividade própria do enfermeiro que pode ser compartilhada:

Fica difícil separar o que é da enfermagem e o que não é. Na saúde mental eu vejo que todo mundo faz de tudo um pouquinho, mas não tem muita coisa específica do que é e do que não é da enfermagem. Tudo que vem da enfermagem vem com relação à relação interpessoal e a comunicação, promover um ambiente terapêutico, comunicação terapêutica, relacionamento interpessoal, formação de vínculo, acho que com essa base. Agora específico, eu não vejo não.

Aqui não tem essa discriminação, essa diferença que você vê tão rígida como é nos hospitais. Aquela coisa do papel do enfermeiro, do serviço social, do médico, da TO. Acho que aqui é o papel da gente, da equipe, aqui a gente pode fazer junto.

Nesse subgrupo dos entrevistados, os profissionais citam como próprias do enfermeiro, o relacionamento terapêutico, as consultas de enfermagem realizadas com o paciente e com seus familiares e as atividades em grupos terapêuticos, além da já citada supervisão e capacitação da equipe de enfermagem, sendo essas atividades exemplificadas nos depoimentos a seguir:

Como aqui é cuidado, então aqui tudo diz respeito à enfermagem em todos os setores.

Oficinas, relacionamento terapêutico, uma intervenção em crise [...] dá para a gente fazer aconselhamento de família, se tiver formação para fazer.

Abordagem com o paciente, diminuir o sofrimento mental dessa pessoa através de oficinas, da reestruturação psicológica desse paciente, trazer ele pra realidade.

Quanto ao motivo pelo qual se presta assistência, uma parcela dos entrevistados afirmou atuar porque gosta de trabalhar na área de saúde mental ou na área de saúde:

Faço o que eu gosto de fazer, gosto de trabalhar na área de saúde, qualquer área pra mim, eu sempre achei legal.

Eu gosto de fazer, tudo o que eu faço eu gosto. Eu acredito que é porque eu gosto da área de saúde mental, eu estudo, eu invisto. E isso é porque eu trabalho no que eu gosto, é prazeroso, é muito envolvente.

Por outro lado, 04 deles (28,56%) referiram também agir em determinadas circunstâncias por dever e não por gostar, por uma imposição do sistema, do Conselho Regional de Enfermagem (COREN):

Eu faço o que devo porque senão eu não me incluo nesse sistema. Eu faço um pouco do que eu tenho que fazer. Tem algumas coisas que eu acho que eu devo fazer, mas não gosto e tem coisas que eu realmente gosto de fazer e faço. A causa é que eu estou inserida numa ordem social das coisas, uma ordem fática, não estou fora, ainda.

Eu faço aqui o que eu devo e o que eu gosto, o que o COREN exige.

Quanto à satisfação profissional dos enfermeiros entrevistados, 05 deles (35,70%) relataram grande satisfação e não relataram nenhum empecilho para a sua ação:

Eu faço aquilo que eu gosto... sai de um PSF, onde eu ganhava quase quatro mil reais para vir ganhar mil aqui.

Gosto muito de trabalhar aqui... de estar junto com eles, conversando com eles, vendo eles progredir. Principalmente quando você vê que ele consegue sair de alta, quando chega aqui muito desorientado, confuso e você consegue ver que ele sai numa boa, eu acho muito legal.

Os 09 enfermeiros restantes (64,26%) relataram que estavam satisfeitos, mas referiram alguns obstáculos que impedem uma satisfação ainda maior, como baixos salários, falta de incentivos e de infra-estrutura, falta de reconhecimento pelos demais membros da equipe, falta de conhecimentos mais aprofundado na área da saúde mental e ainda uma relativa inadequação com o novo modelo de assistência em saúde mental:

Tem um contexto político que influencia, muita coisa que gera insatisfação pra quem já pôde vivenciar outra época, eu poderia estar muito satisfeita se essa política fosse mantida, que a gente tivesse suporte por trás... satisfação fica dentro do que você acha, do individual.

Estou satisfeito de trabalhar aqui, mas acho que a unidade poderia ter uma dinâmica melhor, maior, mais profissionais, para os pacientes [...] se reintroduzir na sociedade.

A única coisa que eu não gosto é do meu salário. Pelo o que a gente investe, não tem retorno.

Eu fico satisfeita com o meu trabalho, eu gosto do que eu faço, apesar de ter bastante problema. Sempre que você está fazendo alguma coisa, envolvida com o paciente, pedem para fazer outra coisa, te bloqueiam: *seu papel é outro, é questão de higiene, alimentação* não que não seja, mas não é só isso.

### **Conhecimentos dos enfermeiros sobre a Reforma Psiquiátrica**

Quanto ao conhecimento dos enfermeiros acerca da Reforma Psiquiátrica, encontrou-se um conjunto de respostas heterogêneas, de modo que essas ficaram divididas em três subgrupos. Nove dos entrevistados (64,26%) disseram que a Reforma Psiquiátrica relaciona-se com uma mudança de modelo assistencial que visa a desospitalização dos pacientes psiquiátricos, conjuntamente com a criação de serviços abertos de assistência a esses pacientes, o que permite um maior contato com seus familiares, bem como uma maior integração à sociedade:

Encostavam os pacientes num porão dos hospitais... vem melhorando muito, agora essa última reforma não estar internando os pacientes dos hospitais... está virando hospital dia, os pacientes ficando com a família.

A gente pôde vivificar modelos antes [...] pude ver o que é um paciente que fica a vida, que perde a vida em função da internação, do abandono das famílias e aí eu pude tá atuando depois de dez anos. Praticamente numa outra história, num outro modelo. Onde as pessoas podiam ficar sem se asilarem.

Eu trabalhei sempre com pronto-socorro e todo pronto-socorro sempre teve uma ala de atendimento de psiquiatria. Eu era referência de psiquiatria, emergência psiquiátrica [...] só que a diferença que eu tive lá, é uma experiência de uma psiquiatria porcamente feita... tinham relações sexuais dentro do próprio hospital e eles eram realmente depositados [...] trabalhando aqui começou como Hospital Dia e hoje CAPS, pra mim eu acho uma elite.

Outros 04 enfermeiros entrevistados (28,56%) afirmam que a Reforma Psiquiátrica engloba um contexto histórico-político visando uma mudança profunda da assistência prestada aos pacientes psiquiátricos que inclui a formação de uma rede de apoio voltada ao paciente, criação de novos modelos como os CAPS e as residências terapêuticas, além da mudança na maneira de agir com tais pacientes, utilizando-se de outros instrumentos:

Reforma foi o que eu comecei aprender quando eu entrei aqui no CAPS, que é uma coisa muito politicamente discutida, no senado, leis, Paulo Delgado, mas o que a gente vê é que a Reforma é feita no dia-a-dia, nas pequenas coisas, nas pequenas decisões.

Pelo pouco que eu li, são do final da década de 70, década de 80, junto com os questionamentos do governo militar que se tinha, na área de saúde também se tinha alguma visão diferente que deveria ser um atendimento em psiquiatria. As pessoas lutavam pelo Sistema Único de Saúde e dentro desse contexto a Reforma Psiquiátrica que apregoa que cada vez mais existam menos hospitais onde os pacientes ficam *depositados*, que tenha uma retaguarda como os CAPS, residências terapêuticas, etc.

E por último ainda foi possível encontrar um dos entrevistados (07,14%) que refere não ter nenhum conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, mas acabou por associá-la à retirada da camisa de força, como mostra o relato a baixo:

Não sei nada sobre a Reforma [...] essa aí eu sei porque quando eu trabalhava em pronto socorro fristou muito isso, que não podia tá usando camisa de força [...] uma coisa muito agressiva, acho super interessante a retirada da camisa de força, acho que com diálogo e com medicação você consegue fazer mais... é lógico tem caso que não tem jeito, tem que tá fazendo restrição mecânica, mas era assim, falava que era louco era na camisa de força.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização do perfil e da ação profissional dos 14 agentes de enfermagem de nível superior no centro de atenção psicossocial evidenciou que a maioria está na faixa etária acima de 40 anos. Entre esses, apenas 02 escolhe-

ram a saúde mental e trabalharam predominantemente na área, dado este também encontrado em outros estudos<sup>(7,12)</sup>. O motivo da inserção na saúde mental mais tardia está associado à falta de melhores opções e um critério que pesa na escolha, mesmo tardia, é a proximidade da residência. Essa rejeição pelo campo da saúde mental parece ser resquício do período manicomial.

O estudo mostra que o sexo feminino prevalece confirmando a tendência da profissão. Chama a atenção o fato de 13 dos pesquisados estarem formados há mais de 10 anos e que embora haja experiência na área de enfermagem, essa não reflete obrigatoriamente no trabalho atual, visto que entre esses 13 enfermeiros, 12 deles se inseriram na saúde mental num ponto mais tardio de sua jornada profissional.

Não se investigou diretamente o motivo pelo qual o enfermeiro não busca aperfeiçoamento profissional, mas segundo alguns relatos, o desinteresse em cursar pós-graduação está associado à idade avançada e à relação custo-benefício desse investimento. Além disso, há o evidente desgaste provocado pelas múltiplas jornadas de trabalho e baixa remuneração. Este processo faz o trabalhador sentir uma sensação de vazio, acarretando mudanças negativas no seu comportamento com relação aos gerentes, colegas e tarefas, fazendo com que surjam problemas de relacionamento interpessoal, faltas ao trabalho e solicitações para transferências de setor, tarefa ou função<sup>(13)</sup>, podendo levar a um mau desempenho como um todo.

O enfermeiro do CAPS II realiza atividades de caráter administrativo, prevalentemente controle de psicofármacos e supervisão da equipe de enfermagem. Caracteriza como atividade assistencial, a promoção do bem-estar físico dos pacientes, os cuidados de higiene e alimentação, a execução de exames e controles dos efeitos da medicação. E também, de forma bastante presente, a ação voltada para a promoção do bem-estar psíquico dos pacientes, como o uso da comunicação terapêutica e prática de grupos terapêuticos.

A investigação alvejou a concepção de trabalho em enfermagem pelos enfermeiros trabalhadores em serviços abertos de saúde mental. O enfermeiro do tem uma compreensão bastante interessante e heterogênea do que é atividade própria da enfermagem. Uma parcela dos enfermeiros entrevistados demonstra insegurança para trabalhar num campo que foge do modelo hospitalar e acredita que o trabalho próprio do enfermeiro é aquele que pode ser reproduzido também no hospital, como a supervisão da equipe de enfermagem, atenção aos efeitos dos medicamentos, atenção à satisfação de algumas necessidades básicas dos pacientes, como a alimentação, higiene e repouso, evidenciando neste subgrupo certa dificuldade para definir sua função no processo de produção de saúde num serviço extra-hospitalar.

Outra parcela dos enfermeiros acredita que a ação no CAPS é compatível com a ação do enfermeiro porque há

flexibilidade nas ações dos profissionais da equipe multiprofissional e entendem que uma atividade própria do enfermeiro não é necessariamente uma atividade específica e pode ser compartilhada. Este subgrupo cita como ações de saúde próprias do enfermeiro o relacionamento terapêutico.

A maioria afirma que o motivo pelo qual assistem em saúde mental é porque gostam de prestar cuidados às pessoas, com justificativas que se aproximam ao discurso historicamente construído, onde se associa a enfermagem a caridade e a abnegação. Os enfermeiros insatisfeitos com o trabalho elencam como motivos, os baixos salários, infraestrutura deficiente e falta de reconhecimento pelos demais membros da equipe.

O conhecimento dos enfermeiros do CAPS II sobre a Reforma Psiquiátrica segundo eles, é limitado, associado ao processo de desospitalização dos pacientes psiquiátri-

cos e a criação de serviços alternativos. A falta de conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica é um fator de peso quando relacionado à qualidade da assistência prestada por tais profissionais, dado esse também constatado por outro estudo<sup>(12)</sup>. Chama à atenção o fato de um movimento tão importante à organização dos trabalhadores e para a reorientação do modelo assistencial, reconhecido e positivado pelos próprios enfermeiros, seja objeto de pouca aproximação e, mais preocupante, de tão pouca apropriação.

Entende-se que ação profissional no campo da saúde é multideterminada a fatores ligados à formação acadêmica do enfermeiro, às características pessoais do profissional e características conjunturais da própria sociedade. Contudo, é de suma importância que a enfermagem adquira competência e habilidades para atender as necessidades da população, apoiada no seu próprio saber, construindo seu lugar no processo de produção de saúde, de modo que este venha a se entrelaçar com os demais profissionais.

## REFERÊNCIAS

1. Souza, RR. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez. 11-5; Brasília, BR. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2002. 3ª ed. rev. atual. Brasília; 2002. Portaria SNAS n. 189, de 19 de novembro de 1991. Altera o financiamento das ações e Serviços de Saúde Mental; p. 51-5.
4. Aranha e Silva AL. 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.
5. Oliveira AGB, Alessi NP. A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. *Rev Paul Enferm.* 2003;22(1):31-42.
6. Meola ME. O campo da saúde mental e as tecnologias de cuidado: uma reflexão. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2000;11(1): 17-22.
7. Vilela SC. Assistência de enfermagem em serviços abertos de saúde mental: construindo a prática [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.
8. Campos CMS. Consolidando a reforma psiquiátrica no Brasil através de hospitais-dia: a emergência das contradições entre a intencionalidade e a operacionalidade [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
9. Saraceno B. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. Estratégias de intervenção; p. 25-33.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
11. Bourdieu P. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 2001. Compreender; p. 693-713.
12. Marcolan JF. Opinião dos enfermeiros que atuam em enfermagem psiquiátrica e em saúde mental no município de São Paulo sobre suas ações [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.
13. Bianchini MC. Saúde mental e o trabalho do enfermeiro [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.