

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: IMPLICAÇÕES HISTÓRICAS DA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

*THE PERFORMANCE OF THE NURSE IN THE PSICOSSOCIAL ATTENTION CENTERS: HISTORICAL
IMPLICATION IN THE PSYCHIATRIC NURSING*

*LA ATUACIÓN DEL ENFERMERO EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL:
IMPLICACIONES HISTÓRICAS DE LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA*

ANTONIO JOSÉ DE ALMEIDA FILHO¹

ANA EMÍLIA CARDOSO MORAES²

MARIA ANGÉLICA DE ALMEIDA PERES³

O artigo apresenta um estudo que propõe uma reflexão acerca da atuação do enfermeiro a partir de novas atitudes e novas propostas de trabalho na assistência ao usuário do Centro de Atenção Psicossocial. As novas propostas apresentadas nesse estudo apontam a necessidade de um trabalho em equipe interdisciplinar, como instrumento principal, para a transformação do modelo de assistência anterior, hospitalocêntrico. A construção do trabalho coletivo se faz necessário e se mostra eficaz ao longo do tempo. Esse novo cenário de atuação para o enfermeiro o remete a um lugar de busca da criatividade e de instrumentos inovadores na prática profissional. Nesse novo cenário de atenção, a assistência deve se dar de modo individualizado e humanístico, respeitando-se a pessoa em sua forma de viver e de lidar com seu sofrimento mental.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Psiquiátrica; Serviços de saúde mental; Cuidados de Enfermagem.

This article presents a study, which proposes a reflection concerning the nurse's performance departing from new attitudes and new work proposals of the Center of Psychosocial Attention users. The new proposals hereafter point to the necessity of interdisciplinary teamwork as the main instrument of transformation of the previous assistance model, the hospital-centric one. The construction of teamwork is made necessary and it is shown to be efficient throughout the time. This new scene of performance for the nurse sends him to a place of search and creativity as well as of innovative instruments in the professional practice. In this new attention scenario the assistance must be given individually and humanistically, respecting the person, the way she lives and how she deals with mental suffering.

KEYWORDS: Psychiatric Nursing; Mental health services; Nursing Care.

El artículo presenta un estudio que propone una reflexión sobre la actuación del enfermero a partir de nuevas actitudes y nuevas propuestas de trabajo en la asistencia al usuario del Centro de Atención Psicosocial. Las nuevas propuestas presentadas en este estudio señalan la necesidad de un trabajo en equipo interdisciplinario, como instrumento principal, para la transformación de la muestra de asistencia anterior hospitalario central. La construcción del trabajo colectivo es necesaria y resulta eficaz a lo largo del tiempo. Ese nuevo escenario de actuación para el enfermero lo lleva a buscar creatividad e instrumentos innovadores en la práctica profesional. En ese nuevo contexto, la asistencia debe darse de manera individualizada y humanística, respetando al individuo en su forma de ser y convivir con su sufrimiento mental.

PALABRA CLAVE: Enfermería Psiquiátrica; Servicios de salud mental; Atención de Enfermería.

¹ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)/ UFRJ/Brasil. Pesquisador do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras). End. Rua General Polidoro, nº 58, apart. 1306 – Botafogo – Rio de Janeiro/ RJ – Brasil. E-mail: ajafilho@terra.com.br

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/ UFRJ/Brasil. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras). End. Rua Padre Francisco Lana, nº 146, apart. 403 – Vila Isabel – Rio de Janeiro/ RJ – Brasil. E-mail: aguanda@uol.com.br

³ Mestre em Enfermagem pela EEAN/ UFRJ/Brasil. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde do município de Volta Redonda – RJ. Pesquisadora do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras). End. Rua General Polidoro, nº 58, apart. 1306 – Botafogo – Rio de Janeiro/ RJ. Brasil. E-mail: anaemiliacardoso@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem ao cliente com transtorno mental no Brasil vem, ao longo dos anos, se desenvolvendo e procurando atender as propostas oriundas da Reforma Psiquiátrica, que exige dos profissionais de saúde uma prática contrária àquela iniciada com a psiquiatria tradicional, caracterizada pelo isolamento e pelo tratamento punitivo, voltado para a contenção física e química desses clientes.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada na década de 1980, implementou novas propostas e possibilidades de assistência ao cliente com sofrimento psíquico, assegurando o exercício de seu direito a cidadania. A reorganização do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil se deu através da construção de uma rede de assistência extra-hospitalar que permitisse ao paciente psiquiátrico ser cuidado, também, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses centros são serviços substitutivos extra-hospitalares, criados através da Portaria nº 224/92 pelo Ministério da Saúde que têm como um dos objetivos a redução de internações psiquiátricas, com vista ao resgate do paciente psiquiátrico nos espaços sociais^(1,2).

Estudos históricos mostram que a transformação da prática assistencial psiquiátrica vem ocorrendo de forma lenta e gradual, mesmo quando implicações éticas e legais evidenciam a necessidade de aceleração deste processo. Um dos desafios que se destaca no campo psiquiátrico é a busca de novos caminhos em que se possa (re) pensar os cuidados de enfermagem de uma forma ampliada, indo de encontro ao modelo biologicista/organicista, que se mostrou insuficiente para dar conta das questões complexas que envolvem este campo na atualidade.

Assim, o objetivo deste artigo é suscitar reflexão acerca da atuação do enfermeiro na assistência ao paciente psiquiátrico em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Breve histórico da assistência ao cliente com transtorno mental

No final da década de 1970 e início da década de 1980 surgem novas propostas de assistência no campo da

Saúde Mental, exigindo mudanças no saber e no fazer da área. Diante dessa nova realidade, a enfermagem psiquiátrica buscou explicações sobre a loucura e a forma de lidar com ela, através de dois discursos: o psiquiátrico e o psicológico. A concepção psiquiátrica predominante até então era organicista, partindo do pressuposto de que a doença mental é uma doença orgânica, se instalando no organismo, independentemente de outros fatores. Por outro lado, os fatores psicossociais incorporados ao discurso psiquiátrico são compreendidos como agravantes de um processo de adoecimento interno, inconsciente do sujeito, de modo que a origem da doença possa ser identificada na sua história individual e em uma perspectiva mais ampliada das relações interpessoais⁽³⁾.

No entanto, não se pode negar a importância dessas duas concepções na compreensão do processo de adoecimento psíquico. Para tanto, houve a necessidade de uma discussão aprofundada, levando-se em consideração o legado histórico da enfermagem psiquiátrica. Inicialmente, a concepção orgânica foi preponderante no ensino e na prática da enfermagem, baseada em regras de ações técnicas predeterminadas, adequadas àquele momento histórico, que culminavam com o surgimento do manicômio no Brasil, o qual se estruturou com os princípios difundidos na obra de Michel Foucault, denominada “Microfísica do Poder”, através do tripé: punição, controle e isolamento⁽³⁾.

Uma pesquisa envolvendo 22 conteúdos programáticos da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica de escolas de Enfermagem das esferas federal, estadual e privada, relativos ao período de 1930 a 1964, permitiu constatar que o ensino era realizado com ênfase nos aspectos clínicos da doença mental, encerrando no modelo biológico a explicação de causalidade da loucura, e, portanto, tendo no hospital o centro de suas ações⁽⁴⁾.

O modelo biologicista foi constatado também nas literaturas nacional e internacional sobre assistência de enfermagem em outras áreas. Uma análise dos saberes da enfermagem, procurando caracterizar sua historicidade, mostra que, até a década de 1950, predominava o delineamento de fundamentação para os procedimentos técnicos de enfermagem, cujas bases se alicerçavam fortemente na área biológica. Com isso, esses saberes, ao buscarem sua cientificidade, tentavam uma aproximação com o saber da

medicina, com sua autoridade⁽⁵⁾. Esses saberes cumpriam funções técnicas e ideológicas. Visavam um trabalho em contradições entre o harmônico e humanitário⁽³⁾.

Dessa forma, havia coincidência entre o saber-prática da enfermagem e o modelo da medicina em geral, sobretudo calcado no poder do médico, alicerçado em uma visão biológica do processo de adoecimento.

O grande equívoco da enfermagem teria sido acreditar que a administração do ambiente hospitalar e o controle burocrático de formulários institucionais fariam das enfermeiras profissionais imprescindíveis no cuidado aos clientes⁽³⁾. Acrescenta-se, todavia, que a grande consequência por ocupar o maior tempo do trabalho com atividades de cunho administrativo é o distanciamento do paciente, fato que leva o enfermeiro a uma falta de reconhecimento por parte da clientela e de outros profissionais⁽⁶⁾.

Embora em 1952 tenha emergido nos Estados Unidos da América a Teoria das Relações Interpessoais para a Enfermagem, através da observação sistemática das relações enfermeira-paciente⁽⁵⁾, foi apenas em 1979 que a proposta de uma relação de pessoa-a-pessoa, como essência da enfermagem psiquiátrica, começou a se expandir. Essa relação é também conhecida como relação interpessoal, relação de ajuda ou relação terapêutica, e se sustenta na interação enfermeiro-paciente, com a finalidade de ajudar o indivíduo a encontrar suas próprias soluções. Para a autora, a doença ajuda as pessoas a compreender sua limitação e condição humana. Essa concepção está embasada na crença de que a experiência de doença ajuda o ser humano a crescer e se fortalecer, identificando sua limitação e potencialidade. A experiência de doença leva a pessoa a compreender sua própria vida, fazendo com que encontre, a partir dela, as forças interiores necessárias para a luta travada na recuperação ou adaptação a uma situação que não pode ser mudada. Mas esse adaptar-se não teria o sentido de conformismo, e sim de compreender e aceitar sua realidade e seus limites⁽⁶⁾.

Com essa abordagem, o enfermeiro, ao colocar o paciente psiquiátrico como centro de sua atenção profissional, deveria considerar o contexto coletivo, e assim, seu desempenho poderia resultar em maior objetividade, maturidade, segurança, flexibilidade, criatividade e reconhecimento⁽⁷⁾.

É necessário fecundar a ideia de que as teorias são importantes e devem dialogar entre si, sem perder de vista que, em saúde mental, a questão mais importante é “a pessoa que sofre”, inserida em sua complexa rede comunitária. Quando se tem essa compreensão, podem-se, então, usar várias linguagens, inventar novos vocabulários, criar novas práticas subjetivas e compreender o paciente, em um sentido multidimensional, como sujeito plural, histórico, social e dotado de linguagem. É preciso, portanto, pensar sua singularidade, seu desejo, sua verdade, em uma perspectiva ética de construção de cidadania.

A questão que mais se evidencia no relacionamento interpessoal diz respeito a problemas pouco explorados, no tocante à relação enfermeira-paciente e seu contexto social como espaços legítimos de exercício de cidadania. A cidadania não implica apenas reconhecimento de direitos, mas um processo de ampliação da capacidade de autonomia e liberdade, de modo que o transtorno mental não implique apenas limitações e incapacidades.

A importância do referencial humanístico para a Enfermagem, em detrimento dos ideais biologicistas, tão valorizados nos estudos até a década de 1980, é possibilitar o resgate da subjetividade do sujeito, isto é, a mudança de um olhar clínico para um olhar compreensivo, tendo como princípio o humanismo que envolve interação e diálogo enfermeiro-paciente. Além disso, essa abordagem trouxe para a arena das discussões os aspectos da relação familiar e noções de dinâmica de grupo.

O ser humano não vive sozinho, mas em um contexto social em que a família é sua rede de suporte mais próxima. Por isso, para cuidá-lo, não se pode deixar de vê-lo como um todo e integrante desse contexto. Desse modo, com vista a um cuidado mais efetivo, já não se cuida mais somente da pessoa, mas também da família^(1,8).

O atendimento ao cliente com sofrimento psíquico no Brasil ainda tem o hospital psiquiátrico como uma das referências, embora já tenhamos muitas experiências embasadas no modelo da Reforma Psiquiátrica.

A prática manicomial contraria todas as possibilidades de assistência centrada no humanismo ético, uma vez que os princípios norteadores do manicômio, de vigiar, controlar e punir, não se adequam a tal prática. Como se

poderia estabelecer uma relação interpessoal enfermeiro-paciente fundamentada em uma ética humanística em hospitais com estruturas fechadas e hierarquizadas, centradas no poder hegemônico médico? A convivência com um cenário em constante transformação coloca o enfermeiro diante de novos e importantes desafios, permitindo que se faça uma análise crítica dos saberes que fundamentam sua prática profissional. Contudo, o campo das relações interpessoais não pode ficar circunscrito à relação enfermeiro-paciente. As múltiplas dimensões sociais, culturais, políticas e econômicas devem ser também contempladas⁽³⁾.

Ao contrário disso, o manicômio se caracteriza como um espaço que, historicamente, tem contribuído para o paciente adoecer de outros males, que não o transtorno mental, provocados pela cultura manicomial, que, de modo geral, se expressa em uma série de rebai-xamentos, degradações, humilhações impostas ao cliente com transtorno mental⁽⁹⁾. Nesse tipo de atendimento, as trocas sociais e a comunicação interpessoal entre profissionais e clientes são contaminadas por esta estrutura doentia presente na cultura manicomial. A imposição de papéis característicos do paradigma manicomial impede relações intersubjetivas, tais como: afeto, diálogo, acolhimento, conforto, entre enfermeiro-paciente, uma vez que o manicômio “é o lugar zero de trocas sociais”^(10: 61). Com isso, a prática assistencial no modelo hospitalocêntrico tem como objeto de trabalho a doença com seu quadro clínico, e não a pessoa em seu sofrimento. Dessa forma, o olhar da enfermagem não encontra o cliente, mas sua patologia; em seu corpo não se lê uma história, mas uma doença na qual a subjetividade desaparece atrás da objetividade dos sintomas.

Inserção Profissional do Enfermeiro no CAPS

A luta pela implantação da Reforma Psiquiátrica e pelo processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos está em construção no Brasil e busca, como saída, construir espaços de produção de encontro, solidariedade, afetividade, enfim, espaços de atenção psicossocial. Portanto, exige de todos os profissionais a necessidade de rever conceitos, métodos e formas de lidar com o sofrimento psíquico, o que os torna agentes de mudanças

para novos hábitos e atitudes dentro desse novo contexto de atuação.

Para isso, é imprescindível refletir criticamente sobre nossas concepções de sujeito. Urge que se pense a prática assistencial da enfermagem, não apenas fundada nos modelos tradicionais de assistência, mas, sobretudo, integrada ao movimento da Reforma Psiquiátrica, em espaços de reinvenção da saúde, como em alguns projetos inovadores já existentes em alguns municípios brasileiros, para os quais foram idealizados os Centros de Atenção Psicossocial. Esses Centros devem dar conta da nova modalidade de assistência, a “extra-hospitalar”, e assim atender as novas demandas desse sujeito, construídas com uma nova forma de viver, com autonomia e liberdade.

Em estudo realizado em um CAPS no estado do Ceará, observou-se que o enfermeiro encontrava dificuldades em iniciar seu trabalho nos novos modelos de assistência naqueles espaços, pois a formação desse profissional, em grande parte, também era centrada no modelo tradicional de psiquiatria, sendo o início do trabalho permeado por medos, dúvidas, incertezas e conflitos⁽³⁾.

Essa nova realidade evidencia as limitações na atuação profissional; para superá-las, algumas estratégias poderiam ser desenvolvidas, como: participação em seminários, jornadas, simpósios e grupos de estudo. Tais iniciativas permitiriam intercâmbios de experiências com outros profissionais, favorecendo o trabalho interdisciplinar.

Realizar assistência de enfermagem em serviço aberto não é tarefa fácil, exige alternativas e propostas inovadoras, e, principalmente, sensibilidade para que o gesto de cuidar aproxime, ao invés de afastar⁽¹¹⁾.

As novas práticas precisam de conhecimento criativo e reflexivo que habilite os profissionais a fazerem invenções competentes no seu objeto de trabalho. A competência é entendida como a capacidade inteligente de fazer dialogar teoria e prática, ou seja, teorizar práticas e praticar teorias, sem que se reduza uma à outra⁽¹⁰⁾. Isso leva à capacidade de propor estratégias, participar como sujeito crítico e inventivo. A teoria pode ser entendida como a arte de criar competências explicativas para os problemas que se enfrenta no cotidiano; é a habilidade de construção; é o questionamento de práticas⁽¹²⁾.

No entanto, é fundamental, entre outras coisas, que as equipes do CAPS se articulem com os Conselhos Municipais de Saúde e exerçam pressão ao poder público municipal, para que se promova a aquisição de profissionais cuja qualificação atenda à especificidade dos serviços de Saúde Mental.

A proposta de trabalho no CAPS possibilita a participação ativa em diversas atividades desenvolvidas fora e dentro dos serviços, como: reuniões de equipe; supervisões institucionais; triagem; grupo de recepção; grupos de estudos; oficinas produtivas e terapêuticas; oficinas informativas e educativas sobre o cuidado com o corpo; oficinas informativas sobre sexualidade e doenças transmissíveis, imagem e autoestima; visita domiciliar; reuniões com as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF); visitas hospitalares; passeios com usuários dos CAPS; palestras na comunidade; reuniões com as famílias; administração e orientações sobre medicações; convivência e formação de vínculos terapêuticos com os usuários, sendo em algumas circunstâncias o elemento de referência para ele.

Diálogos, tensões, invenções, responsabilidades e mudanças começam a fazer parte do modo de trabalhar do enfermeiro. Diferentemente do paradigma manicomial, em que os papéis profissionais são mais rígidos, preestabelecidos, dirigidos ao controle dos pacientes e aos sintomas da doença, as ações terapêuticas desenvolvidas em serviços abertos são mais flexíveis, conforme descrito anteriormente, e possibilitam a construção de um projeto coletivo, não mais determinado por uma única prática profissional, mas pela articulação com todas, em um projeto terapêutico único.

Uma assistência de enfermagem psiquiátrica ampliada

O projeto desenvolvido coletivamente amplia a responsabilidade dos profissionais, uma vez que esses participam de todo o processo de trabalho, desde a sua formulação até a sua implementação e avaliação. A construção deste projeto implica também a participação da pessoa em sofrimento mental e seus familiares, que deixam de ser vistos como objetos de estudo ou de tratamento e começam

a ser abordados como co-construtores de práticas, como pessoas que compartilham significados⁽¹⁾.

O trabalho com famílias não pode ser definido de forma rígida e sem espaço para a criatividade e respeito às individualidades e diferença. Apesar de existirem problemas comuns, as pessoas que os vivenciam e o ambiente em que eles acontecem são diferentes, por isso devem ser conduzidos também de forma distinta e individualizada, de preferência com base na realidade de cada um, considerando as crenças, valores, cultura e o conhecimento específico daquela família^(1,8).

É neste sentido que acreditamos que a proposta de relação interpessoal propõe a compreensão do outro como um todo, ou seja, como ele é nas suas potencialidades e limitações⁽¹¹⁾. Nesse sentido, é preciso distinguir o papel desempenhado pelos seres humanos, quer sejam profissional, cliente ou família, e perceber que a diferença entre eles é que um precisa de ajuda e o outro pretende ajudar.

A prática do enfermeiro no CAPS parece seguir esse horizonte, não se baseando apenas em normas, em rotinas, mas sendo construída/desconstruída nesses cenários, a partir de comunicações intersubjetivas estabelecidas entre todos os atores sociais envolvidos nesse processo e entre esses e a comunidade. Diálogos e mudanças começam, portanto, a fazer parte do modo de trabalhar, tornando-se o campo efetivo da ação terapêutica do enfermeiro.

Para trabalhar coletivamente, é necessário, em muitos momentos, dividir responsabilidades, desestruturar a lógica de organização do trabalho, centrada na divisão de funções⁽¹³⁾. Os profissionais devem rever posições, desconstruir a forma de pensar o trabalho como fragmentos hierarquizados. As formulações e interrogações são necessárias para rever o conhecimento que norteia o trabalho.

A realidade não é natural e autoevidente, mas, construída desse modo, ela pode ser interrogada, desconstruída e reconstruída a partir de novas bases. Isso requer a disposição de se trabalhar menos com as definições, com as verdades, e mais com as incertezas, as dúvidas, os questionamentos e as estratégias. O espaço de atuação do enfermeiro nas novas modalidades de atenção em saúde mental vai se construindo a partir de vários caminhos, de

diferentes mapas. É uma tomada de consciência em permanente conflito, que somente podemos visualizar fazendo apostas aleatórias, o que, necessariamente, traz à tona, a nossa condição de sujeito de sentir-se partícipe/autor da construção de uma nova realidade. Trabalhar nessa perspectiva é desafio, e não resposta⁽²⁾.

O espaço do enfermeiro no CAPS não está dado, devendo ser conquistado a partir de sua inserção nos projetos terapêuticos, de sua participação nas discussões de equipe⁽¹⁴⁾, dentre outras possibilidades já relatadas. Também é importante explorar as condições de possibilidades dessa inserção, de modo que as interrogações/respostas que emergem no cotidiano se tornem instrumentos importantes para desconstrução de práticas silenciadoras e construção voltada para a criação, que nos permite revisitar com qualidade a vida. Isto só se faz à luz do desejo, a partir do engajamento profundo dos profissionais que compõem a equipe do CAPS.

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

Ao falar sobre a prática como um processo em construção, estamos demonstrando a recusa do modelo hospitalocêntrico que tem como ponto basilar a concepção cristalizada em funções, papéis e normas. No vínculo que o enfermeiro estabelece com o usuário no cotidiano terapêutico é que tem se afirmado como profissional co-participante de um projeto coletivo⁽¹⁵⁾.

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

Assim, as formas de acesso à existência-sofrimento devem ser as mais diversificadas possíveis, levadas por diferentes profissionais e seus diferentes "olhares". A partir desta diversidade, se poderão constituir práticas que ousem imaginar o ainda não imaginado e o ainda não ex-

perimentado. Enfim, desenvolver formas de cuidado que atendam a globalidade da pessoa em sofrimento psíquico.

Não podemos deixar de ressaltar que para um funcionamento mais adequado, a equipe interdisciplinar não deve apenas ter profissionais com competências diversas, mas integrá-los a partir de valores éticos que sustentem a prática e não perca de vista o compromisso terapêutico⁽¹³⁾.

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

O enfermeiro pode criar espaços de produção de modo que o cliente possa encontrar respostas para as suas distintas demandas. Assim, as atividades no cotidiano com os clientes assumem um papel revelador, guiando os enfermeiros em seus passos, garantindo a desmontagem de inúmeras idéias preconcebidas de lidar e compreender a loucura. Escutar, conviver, criar vínculo, ser solidário e criativo começam a fazer parte da nova maneira de cuidar do doente.

É importante pensar o cuidar a partir da atenção psicossocial. O conceito de atenção dá ao enfermeiro uma dimensão do tipo de cuidado que busca proporcionar ao cliente: um cuidado não no sentido caritativo e com a conotação de dever e obrigação que ainda persiste, um cuidado que não visa apenas suprimir os sintomas, mas, sim, que busca o desafio de criar espaços de acolhimento e tolerância para as pessoas em sofrimento psíquico.

A convivência diária, o diálogo e a escuta têm sido importantes no cuidar proporcionado pela enfermagem⁽¹⁶⁾. Portanto, é imprescindível reconhecer a distinção entre ouvir e escutar, pois ouvir é basicamente um ato fisiológico e escutar requer uma disposição interna de acolher e buscar alcançar algum registro que viabilize algum campo de troca. O desejo de fazer, ajudar, ser solidário e

afetar e ser afetado, como um cuidar criativo, é exercício diário, lapidado por profissionais inquietos, que fazem de sua inconformidade sua melhor ferramenta para aliviar o sofrimento de pessoas com transtornos mentais⁽¹⁷⁾. Essa prática é exercida por fracassos e sucessos, contradições, tentativas, erros e aprendizagens, desse exercício diário.

Estamos em tempo de reinventar a prática de enfermagem e devemos fazê-lo em uma perspectiva criativa e imaginativa. Saberes e práticas que estão se desenhando recusam as regras, os determinismos, o que possibilita redimensionar o trabalho do enfermeiro, que, ao invés de exercer o controle do paciente, busca a relação de reciprocidade com o usuário e família, e assim resgatar laços afetivos e sociais. As práticas devem ter como solo ético tudo aquilo que se refere ao bem, ao belo, ao justo. É preciso trazer de volta a expressão: a arte de cuidar em enfermagem, proposta na década de 1960 por Wanda Horta. A arte é indispensável para a descoberta científica, uma vez que o sujeito, suas qualidades e estratégias terão nela papel mais reconhecido.

São necessárias mudanças no ensino de Enfermagem em Saúde Mental, que deve ser ministrado incluindo-se a criatividade, a intuição, o imaginário e a sensibilidade na construção do conhecimento. Um conhecimento que estimule não apenas a aprender, mas aprender a pensar e reaprender a aprender. Enfim, o enfermeiro atual precisa navegar, cada vez mais, em um pensamento aberto, que convide à reflexão, à curiosidade, e não à certeza, procurando explorar as múltiplas possibilidades e a abertura de novas potencialidades. Essa abertura exige de todos criatividade, ousadia e paixão. Devemos aprender a ser, partilhar, comunicar, a ver que o outro, o cliente com transtornos mentais, é outro de nós.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

A partir da criação de novos espaços de trabalhos nos CAPS, o enfermeiro se viu responsável por uma assistência inovadora e promissora em suas práticas. Partindo dessa nova realidade, o enfermeiro participa de atividades grupais; grupos de estudos; reuniões de famílias e de equipe; visitas domiciliares e excursões; e escuta, acolhe e estabelece vínculos com o cliente. As responsabilidades com o cuidado da pessoa em sofrimento mental aumentam, pois o enfermeiro tem que se permitir viver uma nova proposta que envolve convivência afetiva com o usuário/gente, aquele que precisa não só de uma prática de técnicas mecânicas, mas, acima de tudo, de técnicas inovadoras e humanizadas.

É fundamental que o enfermeiro esteja aberto a várias possibilidades, participe das discussões sobre o processo de reforma psiquiátrica, aprenda a dialogar com discursos diversos sobre a loucura, aprenda a pensar, saiba conviver com o objetivo e o subjetivo, com a razão e a paixão. Procure multiplicar as perguntas e se desalojar dos limites confortáveis das verdades únicas já produzidas, que seja, sobretudo, crítico, inventivo para trabalhar com a pessoa em sofrimento mental. Os profissionais de enfermagem, antes de tudo, têm que estar seduzidos pelo trabalho, para desconstruírem representações sobre o cliente com sofrimento psíquico, oriundas, sobretudo, do paradigma psiquiátrico que tem noções de periculosidade e de incapacidade como eixos definidores das ideias de louco e loucura. É preciso ter um projeto definido e, ao mesmo tempo, se permitir à experimentação, através do exercício cotidiano e permanente da reflexão crítica e autocrítica.

A produção de nova cultura, de novas relações entre o enfermeiro e a pessoa em sofrimento mental, deixa de ser direcionada para a cura do doente e passa para a invenção de saúde, a produção de vida, de subjetividade e de afetividade e a construção de cidadania. A cidadania é entendida não só como um conjunto de direitos sociais, jurídicos e

políticos do cliente com transtorno mental, também compreendida como o direito desse sujeito de ser diferente dos demais e de ser respeitado em sua diversidade. Essa nova assistência proporciona o direito a um tratamento de qualidade, tendo como eixo norteador o aumento do grau de sua autonomia e liberdade. Dessa forma, a prática cotidiana da enfermagem pode configurar-se como um projeto de vida, no sentido do reconhecimento de novos sujeitos de direito, de novos direitos para os sujeitos.

Na realidade, este trabalho é um convite à abertura para novas reflexões, novas propostas, novas atitudes. É muito mais um ponto de partida do que de chegada. O conhecimento, ao invés de produzir certezas é, notadamente, uma estratégia de desmontá-las. O conhecimento vai se construindo e nunca se esgota, sendo uma aventura difícil e incerta, um desafio contínuo. Talvez o momento ainda não seja o de superar a crise, mas o de suportá-la de forma a possibilitar pensar as incertezas. O esforço será aprender a pensar, saber pensar e inventar novos saberes e práticas de cuidar em enfermagem psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

- Schrank G, Olschowsky A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1):127-34
- Wetzel C, Kantorski LP, Souza J. Centro de atenção psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. *Rev Enferm UERJ* 2008; 16(1):39-45
- Oliveira FB. Construindo saberes e práticas em saúde mental. João Pessoa (PB): Universitária; 2002.
- Fernandes JD. O ensino de enfermagem e enfermagem psiquiátrica no Brasil [dissertação]. Salvador (BA): Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia; 1982.
- Alemida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.
- Bertoncello NMF, Franco FCP. Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade administrativa da enfermagem em Saúde Mental. *Rev Latino-am Enferm* 2001; 9(5):83-90
- Rodrigues ARF. Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental [tese – Livre Docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1993.
- Waidman MAP, Elsen I, Marcon SS. Possibilidades e limites da tória Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. *Rev Eletr Enferm* 2008; 8(2):282-291.
- Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1990.
- Rotelli F. et.al. Desinstitucionalização: uma outra via. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p.17-59.
- Gonçalves SPMG, Tavares CMM. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extras-hospitalares. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007; 11(4):586-92.
- Travelbee J. Intervencion en enfermeria psiquiátrica: el proceso de la relación da persona a persona. Washington: OPAS/OMS; 1979.
- Rocha RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. *Texto & Contexto Enferm* 2005; 14(3):350-7.
- Aguiar MGGZ. Reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da Casa de Saúde José Anchieta e Núcleos de Assistência Psicossocial [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, USP; 1995.
- Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Guimarães JMX, Lima MPO, Pinto AGA. Saúde Mental no contexto do Programa Saúde da Família: representações sociais de usuários e familiares. *Rev Rene* 2008; 9(3):9-18.
- Pitta AME. Os centros de atenção psicossocial/espacos de reabilitação? *J Bras Psiquiatr* 1994; 43(12):647-8.
- Reinaldo MAS, Pillon SC. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2007; 11(4):688-93.

RECEBIDO: 22/07/2008

ACEITO: 16/05/2009