

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Katiusse Rezende Alves

**FILOSOFIA, VALORES E CONCEITOS DA CLÍNICA AMPLIADA NA PRÁTICA DE
ENFERMEIROS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**

Juiz de Fora
2012

Katiusse Rezende Alves

**FILOSOFIA, VALORES E CONCEITOS DA CLÍNICA AMPLIADA NA PRÁTICA DE
ENFERMEIROS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Ciências da saúde; Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Prof.Dr. Marcelo da Silva Alves

Juiz de Fora

2012

REZENDE-ALVES, Katiusse.

Filosofia, valores e conceitos da clínica ampliada na prática de enfermeiros da rede de atenção à saúde mental. Katiusse Rezende Alves 2012.

95f.

Dissertação de mestrado (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Filosofia em enfermagem. 4. Cuidados de enfermagem. 5. Assistência centrada no paciente.

À minha família.
Aos meus mestres.
Aos meus amigos.

AGRADECIMENTOS

A Deus e à Espiritualidade.

Ao meu orientador Marcelo da Silva Alves pela confiança, parceria, incentivo e convivência amistosa e agradável durante o período que estivemos juntos.

Às professoras Cristina Maria Douat Loyola, Teresa Cristina Soares e Geovana Brandão Santana Almeida por terem aceitado fazer parte da minha banca.

À coordenação do Curso de Pós-Graduação e à Faculdade de Enfermagem/UFJF.

Aos professores do Curso de Mestrado.

Às professoras Cristina Arreguy Senna, Mariléia Leonel e Arlete Moreira do Amaral por terem contribuído em diferentes momentos com a minha formação acadêmica.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem Ana Beatriz, Fábio, Fabíola, Fernanda, Flávia, Gisele, Juliana, Raquel e Sibely por compartilharem da realização deste sonho que foi o mestrado para todos nós e pelas amizades que surgiram.

Aos pacientes que encontro pela vida através da atuação na saúde mental pelo carinho e pelo muito que aprendo com eles a cada dia.

Aos profissionais que me receberam e me concederam entrevistas.

Aos amigos que estiveram ao meu lado pelas contribuições, apoio e incentivo e ao Ricardo pela parceria.

RESUMO

REZENDE-ALVES, Katiusse. **Filosofia, valores e conceitos da clínica ampliada na prática de enfermeiros da rede de atenção à saúde mental**. 2012. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

Os movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica ocorridos na segunda metade do século XX no Brasil impulsionaram mudanças no pensar e no fazer das práticas em saúde mental. Desde então, a Enfermagem passou a ter o desafio cotidiano, nos serviços, de superar suas dificuldades na assistência aos usuários portadores de transtornos mentais oriundas da visão social da loucura e cristalizada pelos estigmas sociais que essa parcela da população carrega, historicamente, de serem indivíduos alienados, perigosos e agressivos. Assim, este estudo sobre a filosofia, valores e conceitos de clínica ampliada na visão de enfermeiros que atuam nos serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental de um município da Zona da Mata mineira teve como objetivo analisar qual é a filosofia e quais são os valores e conceitos de clínica ampliada na visão destes profissionais à luz do referencial teórico e filosófico da microssociologia compreensiva proposto por Michel Maffesoli. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória que teve como sujeitos da investigação 30 enfermeiros. Adotou-se como perspectiva de investigação a compreensão da vivência social em profundidade. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada e os dados foram transcritos, tratados e categorizados em unidades de significados, em seguida, foram triangulados a fim de alcançar o máximo possível de abrangência na descrição, explicação e compreensão do objeto de estudo. A investigação mostrou que o cuidado da Enfermagem na área da saúde mental ainda necessita ser fundamentado na filosofia, nos valores e conceitos da clínica ampliada e da Reforma Psiquiátrica, a fim

de garantir que a assistência seja centrada na pessoa e não apenas no enfoque biológico das doenças, ou seja, no sujeito singular, social, histórico, cultural e subjetivo, que, em algum momento de sua vida, apresenta alguma necessidade relacionada à saúde mental. Além disso, foi constatada a necessidade de investimentos na formação dos profissionais para o manejo desta população e na organização de uma rede de serviços de saúde mental resolutiva. O estudo mostrou a Enfermagem, conforme está posta, mergulhada nos pressupostos da modernidade, que delimitam o fazer como um “deve ser” e um “deve fazer” interligado ao trabalho médico, que não harmoniza com as ideias da pós-modernidade. Este espaço-tempo encerra a existência, no cotidiano, de pequenas, mas importantes coisas que vão dando contorno ao cuidado humano, construindo as relações interpessoais e sociais entre sujeito-profissional e sujeito-paciente e também a esperança de uma Enfermagem capaz de superar suas fragilidades e contribuir para a transformação do contexto social no qual convive, sobretudo no campo da saúde mental. Assim, fazem-se necessárias, na Enfermagem, a adoção de bases filosóficas que deem suporte a este fazer da ótica pós-moderna e que sejam capazes de considerar o contexto das interações e os aspectos humanístico e subjetivo que cercam cada encontro de cuidado. Para que se vejam sujeitos em vez de loucos, drogados, alienados destituídos de razão e de capacidade de convívio social, é necessário “trocar os óculos” e buscar o humano, colocando-o como centro do processo de cuidado.

Palavras chave: Enfermagem.Saúde mental.Filosofia em enfermagem. Cuidados de enfermagem. Assistência centrada no paciente.

ABSTRACT

REZENDE-ALVES, Katiusse. **Filosofia, valores e conceitos da clínica ampliada na prática de enfermeiros da rede de atenção à saúde mental.** 2012. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

The sanitary and psychiatric movements that happened in the 2nd half of the 20th century impelled changes in the way of thinking and mental health practicing. Since then Nursing started having a daily working challenge, of overturning its difficulties in assisting at those who carry mental disturbances, difficulties that sprung up from the social stigma that became a burden to those who, along history, carry the fame of being insane, dangerous and aggressive. This way, this study on the philosophy, merits and concepts of a widened clinic, under the vision of the nurses who work at a net of mental health care of a city of a Zona da Mata region, state of Minas Gerais, had as an aim the analysis of what is the philosophy and what are the merits and concepts of a widened clinic, under the vision of those professionals, following the theoretical and philosophical reference of understandable “microsociology” placed by Michel Maffesoli. It deals with an exploring, descriptive and qualifying survey which had 30 nurses as the aim of investigation. The comprehension of social living, in its deepest, was adopted as the perspective of investigation. The gathering of information was done through a semi-structured interview, transcription, explanation and understanding of the object of the study. The investigation has shown that the nursing care in the mental area still needs to be based on the philosophy, merits and concepts of the widened clinic as well as the Psychiatric Reformation, in order to assure an assistance focused on the person not on the biological aspects of the sicknesses, in other words, on the singular, social, historical, cultural and subjective being that, at any time of its life, has shown any need related to mental health. Furthermore, it was verified the need of investing in the graduation of professionals for the handling of this population and the organization of a defining mental health service net. This study has shown that nursing, in its present context, is dove in the modernity conjectures that delimit the acting as a “must be” and a “must do”

connected to the doctor's work, what doesn't match with the post-modernity ideas. This space-time encloses the existence, in our daily life, of small but important things which keep giving boundaries to human care, building social and inter-personal relations between the professional –being and the patient-being and, also, the hope of a nursing able to surpass its weaknesses and contribute to the transformation of its living, social context, moreover in the field of mental health. Thus, nursing requires a philosophical basis that supports this post-modern option and are able to consider the context of the interactions and the personal and humanistic aspects that surround every meeting with a lot of care. In order to see human beings, instead of madmen, addicts, mindless lunatics, unable of social intimacy, it's necessary a "changing of glasses" and a searching of the human as the center of the caring process.

KEYWORDS: Nursing. Mental health. Philosophy nursing. Nursing care. Patient-centered care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
2.1	A FILOSOFIA COMO FORMA EXPLICATIVA DO PENSAR HUMANO.....	14
2.2	CONCEITOS E VALORES: Contextualizando os modos de ser no mundo.....	16
2.3	A MICROSSOCIOLOGIA COMPREENSIVA DE MICHEL MAFFESOLI.....	18
2.4	SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	20
2.5	A CLÍNICA AMPLIADA E A REDE DE SERVIÇOS.....	29
2.6	A ENFERMAGEM E A SAÚDE MENTAL.....	35
3	MÉTODOS E TÉCNICAS.....	41
3.1	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	41
3.2	SUJEITOS DA PESQUISA.....	41
3.3	CENÁRIO DE ESTUDO.....	43
3.4	A COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS.....	44
4	RESULTADOS.....	46
4.1	O CUIDADO PENSADO E VIVIDO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: Valores, conceitos e filosofias inespecíficas descontextualizando o atendimento.....	47
4.2	O CUIDADO PENSADO E VIVIDO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: Relativizando valores, conceitos e filosofias específicas na contextualização do atendimento.....	51
4.3	CONCEPÇÕES DE CLIENTES NA CLÍNICA VIVIDA NO DIA A DIA: Sujeitos das práticas de saúde como um valor da atenção.....	57
4.4	CLÍNICA AMPLIADA: Concepções, valores e conceitos correlatos aos aspectos humanísticos da enfermagem.....	65
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	80
	APÊNDICE.....	92
	ANEXO.....	93

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem acompanhado, ao longo do tempo, mudanças nas concepções filosóficas, ideológicas e teóricas na área da saúde mental que têm refletido no âmbito da assistência praticada no país. Através da história, observa-se que o trabalho da Enfermagem em saúde mental esteve atrelado à prática médica, voltado, sobretudo, para a atenção hospitalar. A partir dos movimentos das Reformas Psiquiátrica e Sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde foram introduzidas novas formas de pensar e implementar a assistência a uma parcela da população até então relegada aos espaços asilares.

Com a introdução dos pressupostos teóricos e filosóficos dos movimentos reformistas, a atenção dos profissionais da Enfermagem necessitou mudar de uma atuação voltada para a vigilância, o controle e a centralização na doença para outra que necessita ser reinventada no cotidiano dos cenários de prática. Estes passaram de serviços fechados para espaços abertos e comunitários em que pacientes, famílias e comunidades constituem atores importantes.

Nesta perspectiva, a relação não deve ser marcada pelo poder do profissional sobre o paciente, como ocorria no modelo asilar, surgindo a necessidade de estabelecer uma relação de vínculo e confiança entre profissionais e usuários a fim de desenvolver uma assistência baseada na corresponsabilidade e implicação de ambos no tratamento.

A escuta do que está nas entrelinhas, do que é dito e do não dito pelo paciente e a observação do que é objetivo e subjetivo são ferramentas indispensáveis à modalidade de cuidado do modelo psicossocial. O cuidado não demanda procedimentos com alta densidade tecnológica para ser implementado, ao contrário, utiliza pouca tecnologia pesada, pois é atravessado, a todo momento, pela relação humana e pela concepção do paciente como sujeito possuidor de subjetividade, história, cultura, vivências e não como mero objeto.

O meu contato com tais concepções ocorreu durante a graduação e, posteriormente, ao desenvolver as minhas atividades como enfermeira em um serviço substitutivo. Inicialmente, percebi a falta de uma definição do papel e das

atribuições do enfermeiro nestes serviços, no meu caso, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I).

A experiência de trabalhar em um CAPS facultou-me articular meus conhecimentos teóricos com os adquiridos no cotidiano, o que favoreceu a consolidação da concepção de sujeito como um ser integral, já vista na graduação, pois, na área da saúde mental, convocavam-me, rotineiramente, a resolver questões outras dos usuários, além das referentes à saúde mental.

Assim, aprendi a conceber o paciente como um sujeito único, histórico, social, cultural e protagonista de sua história e sua vida, visão que vai ao encontro da abordagem da clínica ampliada.

Entretanto, através da minha atuação, no referido serviço, foi possível verificar que ainda há lacunas na assistência de Enfermagem na área da saúde mental. Muitos enfermeiros da rede de serviços de saúde do município onde desenvolvia minha prática relatavam dificuldades em lidar com a clientela, a abordagem quase nunca existia e, na visão da maioria dos profissionais, a internação psiquiátrica era o principal recurso e deveria ser adotado para grande parte dos casos.

No cotidiano dos serviços, era comum as queixas dos clientes, relacionadas à saúde em geral serem negligenciadas e interpretadas como decorrentes de sintomas como delírios e alucinações. Os pacientes eram encaminhados para o CAPS como se este serviço tivesse que, sozinho, dar conta de todas as necessidades de saúde dos sujeitos.

As dificuldades por mim encontradas no percurso da assistência sempre versavam sobre: a inexistência de uma assistência que considerasse o sujeito e não fosse centralizada na doença; a falta de acompanhamento e seguimento na atenção ao paciente por parte da Enfermagem nos serviços da rede do município; conhecimento limitado dos profissionais; assistência marcada pelo preconceito e pelo medo do paciente em sofrimento psíquico e quase nenhuma ação de Enfermagem voltada para a atenção em saúde mental.

No contexto da minha prática, pude observar que ainda há dificuldade em estabelecer o relacionamento entre enfermeiro e sujeito, quando este possui necessidades relacionadas à saúde mental e que os enfermeiros se distanciam desta clientela.

Observa-se que existe a centralização na figura do médico e da medicação (ALVES, 1999). Consequentemente, trabalha-se pouco com promoção e educação em saúde, há pouca inserção do enfermeiro nas práticas reformistas, o cuidado ao paciente com transtorno mental fica centralizado no CAPS e, em muitos municípios, nos hospitais psiquiátricos, os usuários não têm voz nem vez quando se trata do controle social.

Foi a partir da constatação dos problemas existentes no cotidiano dos serviços em relação à clínica praticada, dos avanços na mesma decorrentes da mudança de paradigma após a reforma psiquiátrica, da observação da evolução das políticas de saúde mental e da necessidade de expansão das ações de saúde mental para a toda a rede, que surgiram meus questionamentos acerca da clínica e do cuidado que os enfermeiros estariam prestando aos sujeitos em sofrimento psíquico. Para tanto, foi adotado o conceito de clínica ampliada por dar sustentação a esta abordagem de sujeito que defendo.

Considerando que a atenção em saúde mental, no paradigma psicossocial, tem como foco o indivíduo com sua singularidade e unicidade, surgiu a necessidade de compreender se a prática dos enfermeiros está em concordância com o conceito de clínica ampliada. Os enfermeiros estão conscientes da importância de assistir estes sujeitos no cotidiano da prática? Estes estão sendo compreendidos enquanto sujeitos ou apenas como objetos das ações de saúde? O alvo da assistência são os sujeitos ou as doenças? As ações são direcionadas pelo modelo psicossocial ou pelo biológico? Os enfermeiros conhecem a filosofia, os conceitos e valores de clínica ampliada?

Assim, a realização do estudo se justifica pela necessidade de buscar respostas cientificamente obtidas para o problema, a fim de contribuir para a reflexão dos profissionais de Enfermagem e para a construção do conhecimento da profissão e por constatar teoricamente, e também na prática, que não são desenvolvidas muitas ações específicas da Enfermagem em saúde mental na maioria dos serviços de saúde, que estes ainda estão organizados com base no modelo biomédico e, em geral, de forma burocratizada e não integrada em rede, levando à descontinuidade do cuidado.

Diante do exposto, esta investigação teve como objeto a compreensão da filosofia, dos valores e conceitos de clínica ampliada no atendimento em rede de atenção em saúde mental a partir da visão dos (as) enfermeiros (as).

Por acreditar que é possível prestar a assistência centrada na pessoa e não na doença, decidi fazer este estudo que teve a seguinte questão norteadora: qual é a filosofia e quais são as concepções e valores de clínica ampliada que permeiam o cuidado prestado por enfermeiros que atuam nos dispositivos de atenção em saúde mental?

O objetivo geral da pesquisa foi analisar qual é a filosofia e quais são os valores e conceitos de clínica ampliada na visão de enfermeiros que atuam nos serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental, à luz do referencial teórico e filosófico da microssociologia compreensiva proposto por Michel Maffesoli.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A FILOSOFIA COMO FORMA EXPLICATIVA DO PENSAR HUMANO

A palavra filosofia tem origem grega e, literalmente, significa amor à sabedoria. A filosofia usa um determinado saber em proveito do ser humano e isso implica a existência dos seguintes elementos: a posse, a busca, a revelação e/ou a aquisição de um conhecimento e o uso deste com finalidade de melhorar a vida do homem na terra. Seja na obtenção de bens espirituais ou materiais, ou na realização de mudanças no mundo, tais elementos estão comumente presentes nas diversas conceitualizações de filosofia ao longo do tempo (ABBAGNANO, 1998).

McEwen e Wills (2009, p. 53) definem filosofia como “[...] uma declaração de crenças e valores sobre os seres humanos e seu mundo [...]”; ocupa-se com a finalidade da vida do homem, bem como com a natureza do ser e da realidade, a teoria e os alcances do conhecimento, tendo como métodos filosóficos a intuição, a introspecção e o raciocínio.

Este campo do saber se preocupa com o estudo de problemas mais gerais e abstratos e com as explicações últimas das essências das coisas, em geral, relacionadas à natureza da existência, do conhecimento, dos valores morais, da razão e finalidade do existir (TEICHMAN; EVANS, 2003). Existem subcategorias como a metafísica, a ética, a lógica, a epistemologia, a filosofia da religião, a filosofia política ou sociopolítica, a filosofia da arte ou estética, entre outras (SOLOMON; HIGGINS, 2010).

Como métodos, não são utilizados procedimentos empíricos ou experimentos, mas isso não isenta a filosofia de critérios rigorosos na produção do saber. Há necessidade de um conceito filosófico estar fundamentado na argumentação lógica e racional e na análise conceitual, além de conter uma articulação precisa de conceitos para que se obtenha consistência em suas afirmações e conclusões.

Essa preocupação com o rigor na filosofia pode ser exemplificada pelo critério de falseabilidade proposto por Popper (1994) em seus estudos acerca da

filosofia das ciências, segundo o qual o que distingue uma afirmação, um fato, uma teoria ou um princípio científico é a possibilidade de serem submetidos a testes empíricos capazes de corroborá-los ou refutá-los. Através das testagens, busca-se comprovar que as hipóteses são falsas, ou seja, se não houver a comprovação da falseabilidade ou da refutabilidade, elas são consideradas verdadeiras.

Solomon e Higgins (2010) citam quatro características principais da filosofia: a articulação, que trata da clareza das ideias; o argumento, que se refere à sustentação das mesmas por outras ou princípios; a análise, quando são compreendidas e há a distinção de seus componentes; e síntese, que engloba o agrupamento de ideais diferentes a fim de alcançar uma visão unificada.

Conceituar filosofia é uma tarefa difícil, não há um conceito único, exato e universal, pois este está relacionado ao período em que foi escrito e à escola ou movimento filosófico a que pertence e, com o tempo, veio sofrendo modificações, bem como os objetivos e a abrangência desta disciplina (SIMMEL, 1959).

Não se conceitua filosofia fora da filosofia, o que a difere da física, por exemplo, que não se ocupa da natureza de si mesma, mas da óptica, da eletrostática, entre outras; a própria filosofia é o primeiro de seus problemas. Simmel (1959) já considerava que o único procedimento da filosofia parte de um esforço fundamental que é pensar sem pressupostos. Para ele, é impossível ao homem começar essencialmente do começo, já que ele sempre encontra dentro ou fora de si uma base na realidade ou no passado para a sua conduta, ou seja, um ponto de partida. Assim, o conhecimento é sempre condicionado por algo que já existe, por realidades ou leis internas.

Strawson (2002) faz uma analogia entre a gramática e a filosofia. Para ele, o fato de um indivíduo ser capaz de desempenhar uma atividade, como falar, fazer uso de uma linguagem, não implica que ele seja capaz de dizer como é que se faz isso. Ele pode possuir o domínio prático da gramática sem saber como enunciar sistematicamente as regras gramaticais e, vale ressaltar, que a estruturação teórica da linguagem veio após a prática da fala. De maneira similar, na filosofia, mesmo não compreendendo de forma clara e explícita os princípios que ordenam a estrutura conceitual, o que cabe ao filósofo, somos capazes, a partir da prática, de entender significados, pois dominamos certos conceitos e aprendemos como utilizá-los sem termos recebido uma instrução explícita sobre os mesmos.

Ferrater-Mora (2005) aponta que há divergências entre os filósofos sobre o fazer da filosofia. Assim, os problemas filosóficos se avolumam indefinidamente e os métodos são variados de acordo com a concepção do que concerne ao filosofar. Quando é adotada determinada concepção e método, a fim de conhecer um problema, há que se ter claro que existem outros pensadores que possuem o direito de produzir saber filosófico a respeito do mesmo tema; com isso, não se deve ter o objetivo de produzir um saber único, verdadeiro e definitivo.

Para esse autor, a reflexão filosófica não ocorre de forma isolada. Ela acompanha a evolução das ciências, das artes, da religião e da política e isso conduz ao surgimento de novos problemas que, quando escapam do campo de saber dessas disciplinas, passam a configurar como filosóficos.

Neste estudo, será adotada a definição de Deleuze e Guattari (1992, p. 12), segundo a qual a filosofia é a “[...] disciplina que consiste em criar conceitos [...]”, ou seja, trata-se de uma ação, um ato de pensamento, uma atividade essencialmente criativa de vivenciar a produção de conceitos novos. Cabe ao filósofo empenhar-se em fabricá-los e em não acatar, sem a devida análise, explicações tradicionais e históricas, consideradas verdades irrefutáveis; ao contrário, deve manter sempre a desconfiança acerca de conceitos não fabricados por ele (NIETZSCHE, 1970).

2.2 CONCEITOS E VALORES: Contextualizando os modos de ser no Mundo

Conceitos, para Deleuze e Guattari (1992), não se referem apenas à definição ou noção de algo, pois, após obter uma definição ou uma resposta, acabam-se o movimento e a ação que envolvem o ato de filosofar, e a filosofia não é algo estático, mas dinâmico. O ato de pensar é constante acerca de problemas filosóficos, que não possuem soluções rápidas, objetivas e definitivas. Portanto, o conceito não é uma descrição ou representação mental, é um ato e produto do pensamento simultaneamente, uma forma de equacionar um problema que motiva a experiência filosófica, porém não tem o intuito de eliminá-lo ou resolvê-lo.

O conceito é o resultado da experiência de pensar, argumentar e analisar uma temática, como também um fator motivador e propulsor de novas vivências,

pensamentos e criações. Segundo os autores, conceitos apenas são produzidos por filósofos. O que os cientistas fazem eles chamam de “prospectos” (proposições ou funções científicas) e o que é produzido pelo artista eles denominam de “affectos” ou “perceptos”, sendo a filosofia, a ciência e as artes consideradas as três potências do pensamento (DELEUZE; GUATTARI, 1992).

Na teoria deleuzo-guattariana, o conceito não se ocupa em falar de um fato, de uma essência ou de uma coisa em si, mas de um acontecimento, uma experiência paradoxal que ocorre em um determinado estado de coisas. Os acontecimentos não são considerados como noções gerais ou universais, mas como singularidades e tratam da consistência entre um conceito e a construção do sentido. Todos os conceitos remetem a um problema, pois, sem este, não teriam sentido e os problemas são originários da realidade, da prática cotidiana (DELEUZE; GUATTARI, 1992).

Na Enfermagem, a necessidade de produção e também da clarificação de uma base própria de conhecimentos que desse suporte à prática, à teoria e à pesquisa, deflagrou o interesse pelo desenvolvimento de conceitos, o que também implica a construção e atenção às abordagens metodológicas empregadas para alcançar a clareza conceitual. Porém, não estão consolidados os fundamentos filosóficos e as implicações da realização de uma análise conceitual, bem como não há nenhuma filosofia ou sistema de crenças estruturado e nem um consenso sobre o conhecimento já disponível na Enfermagem (RODGERS, 1989 apud MCEWEN; WILLS, 2009).

Os conceitos são criados a partir de fenômenos ou problemas da realidade e podem ser comparados a tijolos em uma parede, ou seja, são partes de um todo que é a ciência (HARDY, 1973; WUEST, 1994 apud MCEWEN; WILLS, 2009). Os conceitos na Enfermagem, como para Deleuze e Guattari (1992), são mais do que termos. Eles partem de visões de mundo adquiridas através das experiências vivenciadas, as quais dão sentido aos fenômenos da natureza ou do pensamento e são vitais à construção da teoria (CHINN; KRAMER, 2004 apud MCEWEN; WILLS, 2009).

Os conceitos podem se referir a fenômenos concretos ou abstratos e ser compostos por uma palavra, duas ou por frases que formam ideias. Estas são utilizadas como representações de experiências, que são a base para a elaboração

do significado conceitual, o que é fundamental para a construção da teoria (CHINN; KRAMER, 2004; HARDY, 1973; WUEST, 1994 apud MCEWEN; WILLS, 2009).

A conceitualização de valores, assim como a de conceitos, pode ser abordada a partir de várias perspectivas. Inicialmente, o termo “valor” foi empregado para descrever preços de bens materiais na área das ciências econômicas e valores morais ou a dignidade das pessoas.

Sanchez-Vazquez (1996) fala de subjetivismo e objetivismo axiológico como características dos valores. O primeiro refere-se ao valor que o ser humano imprime aos objetos e está ligado aos desejos e às emoções que despertam e o segundo refere-se ao valor implícito que os objetos possuem independentemente da relação com os sujeitos, o valor subsiste por si próprio. O valor

[...] não é somente a preferência ou o objeto da preferência, mas é o preferível, o desejável, o objeto de uma antecipação ou de uma expectativa, não é um mero ideal que possa ser total ou parcialmente posto de lado pelas preferências ou escolhas efetivas, mas é guia ou norma (nem sempre seguida) das escolhas e, em todo caso, seu critério de juízo. Conseqüentemente, a melhor definição de valor é a que o considera como possibilidade de escolha, isto é, como uma disciplina inteligente das escolhas [...](ABBAGNANO, 1998, p.993).

A prática da Enfermagem está atravessada por valores, já que as ações implicam tomada de decisões e escolhas, que, entre outros aspectos, estão ligadas ao conjunto de valores que cada profissional traz subjetivamente construído em consequência da vivência no meio profissional, familiar, histórico e sociocultural em que está inserido. Tais valores podem ser considerados como um dos paradigmas que norteiam a prática e definem condutas, comportamentos bem como formas de olhar ou identificar o mundo (KUHN, 2007; SILVA; SILVA, 1998).

2.3 A MICROSSOCIOLOGIA COMPREENSIVA DE MICHEL MAFFESOLI

A natureza filosófica e conceitual de toda a metodologia empregada nesta pesquisa se origina nos marcos teóricos da microsociologia compreensiva de Michel Maffesoli, cuja perspectiva de investigação está na compreensão da vivência social em profundidade.

Michel Maffesoli é um sociólogo francês, professor e diretor do Centro de Estudos do Atual e do Quotidiano (CEAQ) da Universidade René Descartes, Sorbonne, Paris. Antigo aluno de Gilbert Durand, Maffesoli tornou-se conhecido por construir uma obra que aborda a pós-modernidade, a questão do laço social comunitário e por suas análises da vida cotidiana nas sociedades contemporâneas.

Para Maffesoli (1988), o saber sociológico distancia-se do cientificismo positivista e não se contenta com a lógica dos conceitos, redutora e totalitária, pois o conhecimento empírico vai além das construções racionalizadoras. Toda experiência tem poder cognitivo, tudo é método, tudo é caminho e tudo serve à sociologia. A sociologia compreensiva interessa-se também pela transdisciplinaridade e procura como método de investigação trivializar as fronteiras fixas e preestabelecidas de domínio e atuação de cada campo do saber.

Na abordagem da temática da clínica ampliada, é necessário “[...] buscar o sensível, mas... racionalmente; uma razão sensível, isto é, capaz de elaborar sobre os dados da sensibilidade intuitiva [...]” conforme aponta Maffesoli (1984 apud ALVES, 1999, p.34). Na lógica da razão sensível, há a

[...] preocupação em defender a flexibilidade e a sensibilidade ao se desenvolver o conhecimento, mesmo que se utilizem termos que se contraponham para se referir a mesma ideia e vice-versa [...](NITSCHKE, 1999 apud ALVES, 1999, p. 34).

Maffesoli (2008) destaca a intuição como parte do processo de investigação. Para ele, o pesquisador busca o que está oculto, para tanto pode utilizar a intuição. Intuir é ver o que está por dentro, ou seja, a essência. Assim, cabe ao pesquisador buscar a compreensão íntima dos objetos de estudo, o que se concretiza por meio da interação na vida cotidiana. Ele precisa ver o que está escondido como o que está evidente, pois o alcance da profundidade se dá através do exame da superfície das coisas.

Assim, considerando o objeto de estudo da investigação em tela, a amicrosociologia compreensiva de Michel Maffesoli constituiu um suporte teórico-filosófico adequado para a análise da prática de Enfermagem em saúde mental, por ser capaz de ajudar no entendimento dos momentos de cuidado eficazes e dos ineficazes, bem como de contemplar a complexidade que envolve o cotidiano das vivências e das relações enfermeiro-paciente (PEREIRA, 2005).

A microssociologia possui quatro premissas básicas: 1) a supremacia do vivido no cotidiano e da “socialidade” (enfoque à comunhão entre os sujeitos e destes com a natureza oriunda do “ser/estar junto com”) sobre o representado (em laboratório, por exemplo); 2) preponderância da criação de noções pelo cientista social que considerem a diversidade e especificidade das vivências do homem comum, sobre a criação de conceitos redutores e totalitários; 3) na concepção maffesoliana do saber e do método sociológico, trabalha-se com verdades aproximativas, com o banal, com o plural que acontece no cotidiano na busca da compreensão do ato societal, distanciando-se da inflexibilidade do método científico de inspiração positivista e do teste empírico de hipóteses; 4) existe a negação do historicismo e do projeto político, sustentada pela afirmação das invariantes da condição humana (MAFFESOLI, 1988; PEREIRA, 2005; PITTA, 1997).

O cotidiano é um espaço-tempo próprio da pós-modernidade, no qual os sujeitos estão unidos por uma espécie de laço social que é construído a partir da atração do ser/estar junto, promovendo a socialidade (MAFFESOLI, 1993;1996). Ocupa-se, sobretudo, com o banal, o trivial, o que escapa à lógica, o imaginário, o sensível, a paixão e a subjetividade (PEREIRA, 2005).

Esta noção maffesoliana está em concordância com a concepção de clínica do sujeito, pois, em ambas, o sujeito é concreto, social e subjetivamente constituído (CAMPOS, 2003), assim como se busca concebê-lo no âmbito ideológico do movimento da reforma psiquiátrica.

2.4 SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O arcabouço de conhecimentos valores e conceitos implícitos na prática de Enfermagem atual vem sendo construído ao longo da história da profissão, das práticas de saúde e da sociedade, assim como influenciado pelo momento histórico, pelo aspecto socioeconômico e cultural de cada período.

Através de uma breve incursão pela história da assistência em saúde mental, pode-se depreender que foi a partir das mudanças nos modos de produção promovidas pela Revolução Industrial no século XVII que a Europa presenciou o progressivo enclausuramento de todos os indivíduos que viviam à margem da

sociedade, entre eles o louco, como forma de ocultar toda a miséria da sociedade. O número de pessoas hospitalizadas, gradativamente, foi crescendo assustadoramente, chegando a oito mil na *Salpêtrière*, um dos estabelecimentos que compunha o Hospital Geral de Paris (DESVIAT, 1999).

Nesse ínterim, o manicômio representou a libertação da sociedade do perigo da loucura que constituía uma ameaça ao exercício da razão, um castigo de Deus ao louco, que era considerado um sujeito mau e moralmente inadequado, sendo, então, essencial a internação/institucionalização. A institucionalização da loucura constituiu, sobretudo, uma reação da sociedade à miséria e uma forma de relacionamento do homem com o que considerava inumano na existência. O internamento não era instituído por razões de cura, mas como medida de detenção de pobres, desempregados, mendigos e visava “[...] impedir a mendicância e a ociosidade, bem como todas as formas de desordens [...]” (FOUCAULT, 2005, p.110).

Nesta época, iniciam os trabalhos de Pinel, que, por meio de investigações empíricas, desenvolveu o tratamento moral, através do qual o paciente era isolado do meio que lhe causava perturbações e distúrbios a fim de “[...] distrair a loucura, ocupando o corpo e o espírito do louco em lugares isolados [...]” (DESVIAT, 1999, p. 17). Esta clínica, praticada pela psiquiatria nascente, fundava-se na crença da cura do louco e na “[...] confiança na razão e no sujeito humano [...]” (DESVIAT, 1999, p. 19).

A loucura, durante o século XVIII, esteve situada como um problema que oscilava como responsabilidade de três poderes, o da família, o judiciário e o do rei. No entanto, com a introdução do saber médico que começava a se estruturar, surge uma nova justificativa para a tutela do louco, embasada na esperança de cura e na crença da prevenção, entendida como a intervenção antes da repressão pelas forças públicas ou familiares. A inserção deste quarto poder (saber médico) contribuiu para a permanência e a consolidação do modelo asilar. O louco vai, paulatinamente, deixando de ser um problema de polícia, de ordem pública, tornando-se uma questão médica, o que reforçava a necessidade de enclausuramento justificado pela necessidade de tratamento (CASTEL, 1978).

Apesar das críticas ao modelo de assistência centrado no asilo desde o surgimento, ele, progressivamente, se consolidou durante os séculos XIX e XX e, apenas após a segunda metade do século XX, surgiram iniciativas mais organizadas

para questioná-lo e propor alternativas de mudanças na atenção em saúde mental. Essas iniciativas foram influenciadas por fatores como o crescimento econômico, a reconstrução social, os movimentos civis e sociais, a descoberta dos psicofármacos e a introdução de novos saberes, entre eles a psicanálise, nos serviços. Esses elementos podem ser considerados como os propulsores dos movimentos da reforma psiquiátrica, que, em cada país, obedeceram às características sociais, políticas e sanitárias específicas (DESVIAT, 1999).

Na França, a Psicoterapia Institucional e a Política de Setor não romperam com o asilo, ao contrário, constituíram uma tentativa de melhorá-lo e torná-lo um local terapêutico. Na Inglaterra, a Psiquiatria Comunitária e a Antipsiquiatria negavam o hospício como local terapêutico e pregavam a vida em comunidade, a negação do uso de medicações, a ausência de regras rígidas e a recusa de liderança, bem como a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos e o aumento nos hospitais gerais, o tratamento comunitário e as residências protegidas para egressos de internação (DESVIAT, 1999).

A Psiquiatria Anti-institucional e a Psiquiatria Democrática, na Itália, criticavam toda forma de controle e sujeição imposta ao doente, sobretudo a exercida pelo manicômio, assim como a psiquiatria como teoria e prática que gerava exclusão, suspensão do exercício da cidadania e neutralização da experiência subjetiva do sujeito (DESVIAT, 1999).

A desinstitucionalização nos Estados Unidos, influenciada pelas noções de preventivismo e história natural das doenças, cujo trabalho envolvia identificar e corrigir fatores ou práticas de risco que estavam na gênese dos transtornos mentais, propunha que a intervenção ocorreria na comunidade, não mais nos hospitais, sendo criados centros comunitários de saúde mental com foco na prevenção e no tratamento. Contudo, como consequência, a desinstitucionalização americana gerou desospitalização em massa, e não desinstitucionalização, e uma profunda desassistência a essa parcela da população constituindo um grande equívoco (DESVIAT, 1999).

A história brasileira de exclusão e isolamento dos loucos apresenta semelhanças com a europeia, pois, desde o século XIX, o Estado ocupava-se, unicamente, de construir um espaço político para o desvio do comportamento e da atitude. Datam desta época as preocupações da saúde pública, sobretudo com as

endemias (varíola, febre amarela, entre outras) e com a loucura nos grandes centros urbanos portuários como Rio de Janeiro, Salvador, Recife (LUZ, 1994).

Com o desenvolvimento econômico, o surgimento da indústria e o crescimento das cidades, surge, gradualmente, a preocupação em manter a ordem social e a necessidade de conservar as ruas limpas do risco de epidemia oriunda da falta de saneamento e planejamento e do grande número de mendigos e desempregados que vagavam pelas ruas. As epidemias e a doença mental comprometiam as relações comerciais, as exportações, bem como o equilíbrio do Estado, o que colocou em evidência a necessidade de organizar um sistema sanitário. O interesse do Estado pela loucura deriva do fato de a loucura atravessar todas as classes sociais, não só as menos favorecidas, e exigir uma resposta institucional que atenda a diversidade desses setores da sociedade (LUZ, 1994).

Assim, na segunda metade do século XIX, foram criados os primeiros hospícios no Brasil. Até então, os loucos ficavam nas ruas, mas, a partir de denúncias na imprensa solicitando local para os mesmos, eles passaram a ser amontoados nos porões dos hospitais, sobretudo das Santas Casas de Misericórdia. As condições desumanas em que eram tratados foram alvo de denúncias. Foi construído, então, o Hospício Pedro II, em 1852, com donativos da Coroa, entre outros recursos (LUZ, 1994).

No início do século XX, ocorre a expansão dos asilos e hospitais-colônia públicos por todo o país como proposta de unificar e centralizar as decisões e serviços nas mãos daqueles considerados qualificados para lidar com a loucura – os psiquiatras – já que a sociedade não conseguia.

Observa-se que a clínica foi se estruturando com base no modelo hospitalar, no isolamento e no tratamento moral, apesar de aparentemente constituir tentativa de oferecer tratamento especializado aos chamados “loucos curáveis” e acabou se consolidando como forma de banir das cidades a loucura e indivíduos com problemas mentais de toda ordem, não sendo alvo de preocupações o sofrimento e as vivências do louco (LUZ, 1994).

Até o início do século XX, os médicos não encontraram agentes etiológicos como vírus ou bactérias para a loucura, como os sanitaristas os encontraram para as epidemias, então passaram a buscar relações entre hereditariedade, crime, raça e loucura, chegando a propor soluções eugênicas que não se consolidaram. Entretanto, justificavam na conduta moral do sujeito as origens da doença mental, o

que explicava impetrar o tratamento, buscando uma solução moral como educação, formação de sentimentos nobres, a conduta nobre e reta no trabalho, na família, entre outros, perdurando as instituições asilares devido à crença de que estas seriam capazes de reformar os indivíduos com desvios e os loucos (LUZ, 1994).

Contudo, essas práticas manicomiais agressivas, excludentes e, em geral, ineficientes foram apontadas desde então, mas foi no fim da década de 1970 que se iniciou o movimento a favor da reforma da atenção em saúde mental no Brasil, após profissionais de saúde realizarem greves e denúncias de agressão, de estupro, de trabalho escravo e demortes com causas desconhecidas ocorridas nas instituições psiquiátricas.

Estes episódios deflagraram a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que era um subsetor de saúde mental do Ministério da Saúde. Em decorrência da crise e também pelas influências das reformas ocorridas na Europa e nos Estados Unidos, nasce o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que, inicialmente, visava, ainda de forma muito heterogênea, uma transformação na assistência psiquiátrica e uma organização corporativa dos profissionais.

O MTSM fazia exigências que enfocavam os aspectos salariais, a formação de recursos humanos e criticava o autoritarismo das instituições, o modelo médico assistencial e as condições precárias de atendimento. O movimento passou por uma fase de enfraquecimento, período que estava em destaque o movimento dos residentes médicos, que contava com maior número de adeptos e por conseguirem parar atividades essenciais (AMARANTE, 1995).

Outro evento importante, ocorrido em 1978, foi a realização do I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, pois proporcionou a vinda ao país de atores importantes das reformas europeias como Franco Basaglia, Felix Gattarri, Robert Castel, Erving Goffman, dentre outros, e constituiu um espaço de debates e polêmicas, muitas provocadas por Basaglia ao criticar o caráter elitista do evento e da psicanálise (AMARANTE, 1995).

Em 1979, foi organizado o I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em São Paulo, que deixou claro que a luta pela transformação do sistema de saúde estava ligada à dos demais setores sociais por constituir, em última análise, uma luta pela democracia, por uma organização mais justa da sociedade e pelo fortalecimento dos movimentos sociais.

Outro aspecto importante foram as críticas ao modelo manicomial apontando para a necessidade de formular diretrizes legais e políticas para melhorar a assistência psiquiátrica, refletindo uma mudança no direcionamento do movimento que foi deixando de focar os interesses corporativos (AMARANTE, 1995).

No I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em 1980, entraram em debate os problemas sociais ligados à doença mental. Foram enfocadas políticas para a área, a defesa dos direitos dos pacientes, as condições laborais dos trabalhadores da área e as condições político-sociais da população.

Além disso, foram criticadas as privatizações na área da saúde, envolvendo a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE) e empresas multinacionais ligadas à saúde, a ingerência do poder público e foram feitas denúncias dos abusos ocorridos nas instituições psiquiátricas (AMARANTE, 1995).

Ainda no início da década de 80, tendo como contexto a crise previdenciária, o sucateamento do sistema público de saúde e a insatisfação da população, os Ministérios da Saúde (MS) e da Previdência e Assistência Social (MPAS) estabeleceram um convênio denominado cogestão, em que o MPAS deixa de ser mero comprador de serviços do MS e passa a participar do processo administrativo dos serviços. Assim, é criada a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), que elaborou diretrizes para serem cumpridas pelos ministérios, entre elas a universalização do atendimento à saúde (AMARANTE, 1995).

Segundo Amarante (1995), o debate que, a partir daí, se instaurou entre a FBH e a cogestão significou uma luta entre modelos de assistência, o primeiro totalmente privatista voltado para a produção e o lucro e o segundo, um modelo assistencial público e eficiente. Para a assistência psiquiátrica, a cogestão fez ampliar o número de atendimentos e de leitos nos hospitais da DINSAM, o que, a princípio, contrariava uma das preocupações do MTSM que era desconstruir a assistência centrada no manicômio. Com a inserção do MTSM no setor público de saúde, gradualmente, vai ocorrendo uma fusão entre MTSM e Estado e o movimento vai perdendo seu caráter modernizante ou reformista para adquirir uma postura cada vez mais estatizante (AMARANTE, 1995).

Este cenário passou por mudanças a partir de 1985, quando foi organizado o I Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental da Região Sudeste, em que vários

dirigentes se reuniram para debater e revisar as práticas do movimento, bem como para elaborar estratégias de ajuda recíproca, o que culminou com a realização de outros eventos e, finalmente, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) em 1987. Esta conferência foi um desdobramento da 8.^a Conferência Nacional de Saúde (CNS), durante a qual foram propostas as realizações de outros eventos com temas como a saúde do trabalhador, saúde da criança e da mulher, recursos humanos em saúde e saúde mental (AMARANTE, 1995).

Teve destaque na I CNSM a participação de usuários no evento, bem como a recomendação da participação da população nos processos de elaboração, implementação e decisão acerca das políticas na área da saúde mental. Outros aspectos importantes foram: 1) a proposta de investimento em atenção extra-hospitalar; 2) a preocupação em envolver a sociedade civil no processo de democratização das instituições, participação no campo decisório das políticas e criação de espaços comunitários de promoção da saúde mental e 3) a necessidade de investimentos em educação profissional a fim de que pudesse atuar no combate da tendência de “psiquiatrização” presente na sociedade (AMARANTE, 1995).

Assim, o movimento foi deixando de ser apenas uma luta em busca de mudanças na assistência prestada nas instituições, de modernização destas, para tornar-se um processo mais abrangente, que envolvia o campo teórico-ideológico, a sociedade, a política, a justiça e a cultura (AMARANTE, 1995).

A I CNSM representou um marco histórico para a Reforma Psiquiátrica brasileira devido à aproximação de usuários e familiares, o gradual distanciamento que se daria com o Estado e a reconstrução política e ideológica do movimento (AMARANTE, 1995).

A abertura para associações organizadas de usuários e familiares que estavam surgindo foi um avanço para a Reforma, pois, a partir daí, passaram a ser envolvidos na elaboração de projetos, na luta pela transformação na assistência e no cuidado até então centrado no asilo. O II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru, foi o grande cenário para a inserção destes novos atores ao movimento (AMARANTE, 1995).

No fim da década de 1980 e, sobretudo, na década de 1990, instaura-se um período de mudanças na assistência e, conseqüentemente, reorientação do modelo assistencial quando se inauguram novos serviços, inicialmente alternativos ao asilo (Centros de Atenção Psicossocial e Centro de Convivência em São Paulo, Núcleos

de Atenção Psicossocial em Santos), mas trazendo a expectativa de serem realmente substitutivos ao hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1995).

Assim, o Ministério da Saúde adotou como estratégia de mudança a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços abertos e comunitários, que têm como objetivo melhorar a qualidade do cuidado às pessoas portadoras de transtornos mentais para que possam prescindir da internação psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

O bom resultado, obtido com as experiências de São Paulo e Santos, atravessa o campo jurídico-político, culminando na elaboração do projeto de Lei 3.657/89 do deputado Paulo Delgado, em 1989, que deu início à discussão sobre a regulamentação das políticas na área da saúde mental. Abriram-se, gradativamente, as portas dos hospitais para as saídas dos sujeitos e dos serviços substitutivos para recebê-los nas comunidades, uma vez que este projeto propunha a extinção progressiva daqueles e sua substituição por outros recursos assistenciais (AMARANTE, 1995).

A partir da criação dos serviços substitutivos no Brasil (CAPS ou Núcleos de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, etc.), foi necessário ocorrer, gradualmente, mudanças nas relações entre trabalhador e objeto de trabalho, já que o usuário passa a ser mais importante que a doença. Surge a necessidade de avaliar e inserir uma nova forma de se produzir cuidado e clínica na assistência e no processo de organização dos serviços especializados e não especializados em saúde mental, que também fazem parte da rede de assistência em saúde (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

A noção de rede implica a operacionalização do conceito de integralidade, que, na prática, significa a integração e cooperação entre os serviços assistenciais e está embasada nas ações de promoção da saúde, garantia da assistência na baixa, média e alta complexidade, articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde e abordagem integral do indivíduo e das famílias; todavia ainda não há eficácia na aplicação deste princípio (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Franco (2006) aponta para a existência de micro redes de cuidado que independem da estrutura e organização formal da rede, pois se dão ao nível da micropolítica que é uma variedade de redes funcionando interligadas, em várias direções e sentidos, arquitetando linhas de produção do cuidado. Ou seja, o trabalho

em saúde ocorre através de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários; são fluxos constantes entre sujeitos e estes são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e formam uma rede de relações em que os produtos do cuidado ganham materialidade e condições de consumo. Os saberes e fazeres, tecnologias e subjetividades se encontram e o trabalho passa a ser configurado como um amálgama, tornando os atos de saúde produtivos e implementando o cuidado.

Portanto, fundamental é a articulação, o diálogo e o envolvimento dos atores para trabalharem no projeto terapêutico dos usuários que têm em comum, mas que cada um desses atores ou serviços se destaquem em determinados momentos, a fim de sustentar as ações, as relações e manter a rede viva, atuante e em constante movimento (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2008). Assim, a saúde mental seria um saber transversal e não apenas uma especialidade.

Contudo, em consequência de hábitos cristalizados em práticas históricas e excludentes, cujo enfoque estava na negação da autonomia do sujeito, ainda hoje vive-se com a dificuldade de diálogo entre saberes e atores envolvidos no processo saúde-doença mental e de percepção da multidimensionalidade do ser humano inserido na história, na cultura, na família e na sociedade (TERRA et al., 2006; MORIN, 2004).

Essencial para o avanço do processo de desinstitucionalização e ampliação da rede em saúde mental é o comprometimento dos trabalhadores com a promoção da vida e saúde desta parcela da população, pois o usuário tem direito de receber atenção fundamentada nos princípios de integralidade, universalização, equidade e descentralização. O paciente acometido em sua saúde mental traz em sua bagagem o peso do estigma da periculosidade e da necessidade de exclusão do meio, o que tem como consequência o asilamento e isolamento (TERRA et al., 2006).

O CAPS, no município, deve ser parte de um cuidado que abrange um território (campo de abrangência do serviço) no qual está inserida uma rede (linhas que preenchem o território) de atenção clínica, social e comunitária (DELGADO; LEAL, 2007). A rede deve ser composta pela Atenção Primária à Saúde (APS), os serviços residenciais terapêuticos (SRT), os centros de convivência, os pontos de cultura e lazer e os serviços de baixa, média e alta complexidade (BRASIL, 2003).

Além disso, deve envolver também outras áreas como educação, justiça, cultura, entre outras, visando aumentar o poder de contratualidade do portador de

sofrimento psíquico (ALVES; GULJOR, 2006), bem como contribuir para se construírem ou reconstruírem laços sociofamiliares perdidos. Enquanto dispositivo substitutivo, os CAPSs não podem ser organizados de forma que as relações interpessoais e as atividades dos usuários e trabalhadores ocorram apenas no interior do serviço, com uma dinâmica que gira em torno das intervenções medicamentosas e psicoterápicas, pois isso produz a cronicidade dos usuários e, sobretudo, desses profissionais.

Onocko-Campos (2001) fala em mudança do cenário, pois essa clínica que se almeja tem que ser construída dentro e fora dos serviços de saúde mental. Daí a necessidade de criar uma rede de suporte e sustentação social para acolher os usuários, o que os pode levar a experimentar o novo, novas vivências e transferências.

Vale ressaltar que, por desinstitucionalização, não podemos entender apenas como a transferência do usuário do hospital psiquiátrico para o CAPS ou outro serviço, mas como um “[...] processo de desconstrução/construção de saberes, práticas, aparatos científicos e códigos de referência, buscando a produção de vida, de sentido, de sociabilidade[...].” (ROTELLI, 2001, p.30). Esse processo se reflete no cotidiano dos serviços através da prática de cuidados embasados nessa clínica da atenção psicossocial, dentro e fora dos CAPSs.

2.5 A CLÍNICA AMPLIADA E A REDE DE SERVIÇOS

A criação dos serviços de base comunitária, pautados na lógica da não institucionalização e da territorialização, produziu grande impacto na assistência à saúde mental praticada no país. Viu-se cair o número de leitos em hospitais psiquiátricos e crescer o número de serviços substitutivos (BRASIL, 2007a).

Não basta, entretanto, a introdução e ampliação do número de serviços substitutivos para obter mudança no fazer dos profissionais. Além de diretrizes de mudança estrutural dos serviços, a reforma psiquiátrica trouxe concepções ideológicas valiosas que deram suporte para a elaboração de propostas de mudanças na assistência. Com isso, ficou evidente a necessidade de mudar o enfoque da clínica praticada nas instituições psiquiátricas, historicamente marcada

pela segregação e exclusão da loucura, para um modelo voltado para o cuidado humanizado e respeito aos direitos dos portadores de transtornos mentais.

Aqui são consideradas como práticas clínicas não somente as médicas, mas as de todas as profissões que lidam no cotidiano de seu trabalho com diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção da saúde (CAMPOS, 2003).

A clínica praticada no CAPS tem sido definida como clínica ampliada, clínica da atenção psicossocial e clínica da reforma (DELGADO; LEAL, 2007) para diferenciar esta nova concepção de fazer do olhar até então direcionado à doença, “ao estudo médico no corpo doente” (LUFT; FERNANDES; GUIMARÃES, 1995, p.). O indivíduo passa a estar no foco, bem como seus modos de ser e estar no mundo, seus valores e crenças sobre a própria vida e saúde.

Este é o enfoque da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), que tem por objetivo a mudança de um modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico para outro extra-hospitalar, baseado na manutenção das relações afetivas e sociais dos sujeitos.

A assistência, no modelo psicossocial, além de contribuir para a recuperação dos quadros agudos e prevenção das reagudizações, visa aumentar a autonomia e, conseqüentemente, o poder contratual dos sujeitos. Isso se aplica, por exemplo, aos pacientes com quadros psicóticos, pois se acredita que, para estabelecer uma condição de trabalho e cidadania não é preciso ser plenamente saudável. A saúde do louco não está na ausência da loucura, já que não há como removê-la, e sim na instrumentalização do sujeito para vivenciar a doença como parte da existência (COSTA-ROSA, 2000).

Assim, a reforma tem buscado, ao longo dos anos, a melhoria da qualidade na atenção à saúde oferecida aos cidadãos em sofrimento mental. Este processo foi favorecido com a criação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, sendo os CAPSs os serviços que devem gerir a rede. A construção da rede de saúde mental de base comunitária deve ser constituída por dispositivos articulados que respondam à complexidade das demandas e possibilitem construções coletivas de intervenções (BRASIL, 2007a).

Figueiredo e Onocko-Campos (2008) propuseram, em um estudo, uma noção de rede multicêntrica e o CAPS como agenciador das necessidades em saúde mental. Assim, todos os serviços (APS, CAPS, ambulatórios, residências terapêuticas, associações e pontos de cultura) se destacariam em algum momento,

desenvolvendo ações de acordo com as demandas do projeto terapêutico de cada usuário.

Estas ações, tendo em vista o princípio da integralidade das práticas da clínica dentro e fora dos CAPS e a ampliação da rede de assistência, não excluem a participação ativa do usuário, na medida do possível, no próprio cuidado e a responsabilização da família, a fim de que a assistência não se interponha na manutenção dos laços familiares e comunitários.

Os CAPSs são os principais dispositivos, mas não os únicos e, de acordo com a Portaria n.º 336 do Ministério da Saúde, devem responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território, como também desempenhar o papel de reguladores da porta de entrada da rede assistencial (BRASIL, 2004a).

Estes serviços representam ferramentas fundamentais para a desinstitucionalização, mas devem sustentar-se sobre um tripé composto pela rede, a clínica e o cotidiano, imprescindível para dar suporte ao modo CAPS de operar o cuidado; sem esse tripé, estes serviços não poderão constituir estratégia eficaz de desinstitucionalização (DELGADO; LEAL, 2007).

Através de portarias vêm sendo estabelecidas, recentemente, as diretrizes que tratam da implantação e organização da rede de saúde mental. De acordo com a Portaria n.º 3.088, de dezembro de 2011, a rede de atenção psicossocial é composta pelos seguintes serviços: a) atenção primária em saúde (apoiada por equipes de consultório de rua, equipe de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório, centro de convivência e núcleo de apoio à saúde da família); b) atenção psicossocial especializada (CAPS I; CAPS II; CAPS III; CAPS AD; CAPS ad III 24 horas; CAPS i); c) atenção de urgência e emergência (SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades básicas de saúde, CAPS); d) atenção residencial de caráter transitório (unidade de acolhimento adulto e infantil); e) atenção hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral e serviço hospitalar de referência para internação de curta duração); f) estratégias de desinstitucionalização (serviços residenciais terapêuticos e programa de volta para casa); g) reabilitação psicossocial (engloba cooperativas que promovem ações de inclusão e reabilitação) (BRASIL, 2011a).

A rede é o resultado da interação dos serviços com a comunidade e com o sofrimento psíquico do paciente e desta relação será produzida a intervenção terapêutica. Nesta perspectiva, podem ser utilizados recursos do paciente, da família, da comunidade, do serviço e do território. A assistência em rede tem como objetivo levar o paciente a encontrar acolhimento em seu meio, para experimentar um modo diferente de relação consigo e com o outro, não devendo ser a clínica praticada restrita aos consultórios e aos serviços (DELGADO; LEAL, 2007). Exige a superação da concepção de cuidado centrado em procedimentos e a adoção de formas de organização do cuidado conectado com a realidade e contexto de cada usuário.

Conforme afirma Boff (2004), cuidado é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro, envolve mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Assim, o cuidado e a clínica ultrapassam os muros dos serviços e somente são possíveis se incorporarem as noções de território e rede, que vão inserir conceitos importantes como as dimensões sociais e políticas da cidade (DELGADO; LEAL, 2007).

Delgado (1997apud TENÓRIO, 2002, p. 42) aponta, em relação ao cuidado psicossocial, que “[...] o território não é apenas o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo [...]”. Já em Pitta (1996), encontramos a noção de território como um espaço familiar, organizado, que promove um sentimento de segurança e proteção contra qualquer ameaça. A organização do cuidado no território tem se mostrado um importante instrumento de estruturação da rede, pois engloba a atenção integral ao indivíduo em todos os níveis e a parceria entre os serviços, o que dá sustentação a uma clínica embasada no princípio da integralidade.

A ação no território implica que haja permeabilidade entre os serviços e regiões, que sejam definidos pontos de contato, edificadas alianças, além de implicação nos conflitos, articulação de alternativas de inserção dos usuários no território, produção e elaboração conjunta de respostas às demandas, que são por ações da rede de serviços e não, exclusiva e unicamente, dos serviços de saúde mental (NICÁCIO, 1994).

Outro aspecto a ser analisado é o cotidiano, ou seja,

[...] o mundo de vida, é o lugar de existência para todos nós, lugar de vida feito de heterogeneidade de atividades, espaços e movimentos modulados pela especificidade de interesses de seus protagonistas[...] (DELGADO; LEAL, 2007, p.144).

Considerar o cotidiano do CAPS é indispensável para fazê-lo um dispositivo eficaz na desinstitucionalização. Entretanto, como isso poderia ser feito? Esta questão nos leva a pensar nesse “lugar de existência” tanto da instituição, quanto dos usuários e em como administrar esse “lugar de heterogeneidade” para produzir efeitos terapêuticos capazes de dar suporte aos usuários para que possam prescindir da internação em hospitais psiquiátricos e não reproduzir modos diferentes de institucionalização (DELGADO; LEAL, 2007).

A ampliação da atenção em saúde mental para rede é um passo importante para a continuidade da reforma psiquiátrica brasileira, pois as intervenções podem se tornar mais sólidas a partir do momento que exista maior articulação entre os diversos profissionais e serviços. Neste ínterim, é imprescindível a qualificação das equipes de atenção primária à saúde e as dos demais serviços para uma assistência integral considerando a subjetividade, a singularidade e o conjunto de relações sociais que determinam desejos, interesses e necessidades (CAMPOS, 2003).

Assim, caberá aos serviços, sobretudo aos CAPSs, cuidar do aspecto clínico, médico e psíquico da doença mental e também do agenciamento social da loucura, que abarca vários níveis de intervenção e tem como responsabilidade mediar as relações do usuário com o mundo (ALVES; GULJOR, 2006). Portanto, são necessárias transformações no fazer dos trabalhadores que lidam com saúde mental em seu cotidiano de forma que seja implementado um modo de atuar na clínica que envolve, além de cuidados, as relações.

Nesta perspectiva, Campos (2003) aborda três modelos de clínica. Primeiramente, fala do que denomina de clínica degradada, que está embasada na queixa-conduta, que não faz tratamento, apenas alivia os sintomas, realizada em pronto-atendimentos e em grande parte dos atendimentos à demanda nos demais serviços. O autor a chama de clínica da eficiência, que produz muitos procedimentos e pouca eficácia, pois não reflete acerca do grau de saúde que se produz nestas consultas. A partir da noção de acesso, inaugurada com a criação do Sistema Único de Saúde, observa-se ainda mais a degradação da clínica, devido, primeiro, à preocupação em garantir o acesso e a eficácia sem questionar se há produção de

cuidado e, segundo, em decorrência de os usuários terem a noção de saúde enquanto direito do cidadão e dever do estado, mas vê-la meramente como um bem de consumo.

De acordo com Cunha (2005), isso gera, por um lado, pressão nos municípios por atendimento médico e remédios e, por outro, os médicos e os gestores possuem interesses em manter tal modelo como forma de inserção dos profissionais nos serviços, com manutenção de vários vínculos empregatícios simultâneos, a fim de obter maior remuneração, maior independência e maior poder de negociação. Para os gestores, esta resolução é politicamente viável e contenta também população e profissionais.

O segundo modelo é o da clínica tradicional, que tem ênfase no curar, não se ocupa com a prevenção nem com a reabilitação; nela o sujeito é tratado como uma doença, não se tratam os doentes, mas as doenças. Trata-se da clínica das especialidades, em que a evidência está no corpo, no biológico, ficando amarrada às prescrições técnicas, o que acaba limitando as possibilidades de ampliação e de fazer uma práxis na prática (CAMPOS, 2003).

E, por último, a clínica ampliada, que é a clínica do sujeito, em que a doença não sobressai a ponto de praticamente ignorar o sujeito, sendo considerada apenas uma parte da vida. O sujeito não é reduzido a objeto, pois é biológico, social, histórico e subjetivo. Vale ressaltar que não se trata de negar a existência da doença, dos diagnósticos, mas de ampliar o enfoque na medida em que utiliza vários saberes articulados a serviço da clínica.

As demandas dos usuários são consideradas, também, como manifestações de necessidades sociais produzidas através das vivências/experiências sociais e históricas. Esta clínica estimula o trabalho em equipe que agrega saberes diversos, mas não visa alcançar a equipe transdisciplinar, que acaba sendo utópica e inatingível para a realidade dos serviços públicos (CAMPOS, 2003).

Conforme Amarante (1996), a constituição da clínica na saúde mental assemelha-se à dos serviços públicos de saúde, entretanto, com algumas especificidades decorrentes de influências como a da crítica ao modelo manicomial. Neste caso, a doença é colocada entre parênteses, não o doente, pois a ênfase está na produção social do paciente e na invenção da saúde, o que não significa negar a existência da doença e do sofrimento.

A clínica ampliada traz à tona o sujeito histórico, cultural, biopsicossocial, não como objeto submetido a várias intervenções em seu corpo e sua mente. Cabe aqui o sujeito operante, ativo no seu processo de existir, viver e adoecer, porém, quando lidamos com uma clientela que aparentemente vive alheia a tudo isso, compete aos profissionais trabalhar para obter um mínimo de autonomia, a que for possível, considerando a singularidade, a unicidade de cada pessoa (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Dessa forma, se a clínica constitui uma práxis que visa à produção de sujeitos autônomos o quanto possível, não se pode ter como objetivos apenas ações em saúde, mas compreender estas ações como meio de produção de saúde, de cidadania, promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, como também satisfação e autonomia dos profissionais (ONOCKO-CAMPOS, 2001).

Neste contexto, os enfermeiros que atuam nos serviços que compõem a rede, sobretudo na APS, encontram-se em posição favorável para estabelecer o primeiro contato, para promover a continuidade do cuidado visando à integralidade na atenção, para a coordenação da atenção, que pode ser favorecida por informações acerca dos problemas de saúde captadas no território e pela possibilidade de agregar familiares e estabelecer parcerias na implementação do tratamento.

Além disso, o estabelecimento de vínculos com usuários e famílias, o conhecimento da situação socioeconômica, dos dispositivos comunitários que podem ser utilizados na reabilitação psicossocial, constituem instrumentos valiosos para oferecer uma atenção de qualidade à parcela da população acometida em sua saúde mental. Para tanto, os enfermeiros precisam se implicar e estar cientes da importância do papel que podem desempenhar no campo da saúde mental.

2.6 A ENFERMAGEM E A SAÚDE MENTAL

Os enfermeiros têm papel preponderante no contexto da Reforma Psiquiátrica. Para tanto, precisam estar implicados com o movimento antimanicomial, a fim de imprimir no cuidado cotidiano as mudanças de paradigma contidas no modelo psicossocial.

O trabalho da Enfermagem, historicamente, esteve ligado ao do médico desde o início da organização das instituições de assistência psiquiátrica no Brasil, em meados do século XIX, com a criação do Hospital Pedro II no Rio de Janeiro, como também esteve centralizado no cuidado direto, na aplicação de procedimentos de disciplina e controle, a fim de manter a ordem no interior do espaço asilar (KIRSCHBAUM, 1997).

Nestas instituições, cabia ao psiquiatra a função administrativa, pois detinha o saber acerca do doente, da doença e do tratamento e, à Enfermagem, ser o instrumento para a implementação das ações propostas pela administração. Com isso, o trabalho da Enfermagem teve grande importância na constituição e consolidação do modelo asilar (KIRSCHBAUM, 1997).

Os primeiros trabalhadores da Enfermagem que atuavam nesta modalidade de assistência, em sua maioria, não contavam com uma formação profissional. Eram treinados nos próprios hospitais pelos psiquiatras para aplicarem os preceitos do tratamento moral. Este tinha o objetivo de levar os doentes a modificarem suas condutas e manifestarem obediência e adaptação ao espaço asilar (KIRSCHBAUM, 1997).

Esta situação começou a se modificar a partir do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), ocorrido na segunda metade do século XX, após uma série de denúncias de profissionais de saúde e serviços acerca dos maus-tratos a que eram submetidos os doentes nestas instituições (RESGALLA, 2004).

O enfermeiro, em sua prática clínica, necessita apreender que a tarefa da reforma é tentar dar ao problema da loucura outra resposta social, uma resposta não asilar e agenciar o problema da loucura de modo a permitir ao louco manter-se na sociedade (TENÓRIO, 2002), portanto, cabe aos profissionais imprimir essa filosofia em sua prática cotidiana.

A Enfermagem necessitou mudar o paradigma e, conseqüentemente, a forma como desenvolvia o cuidado em saúde mental, ou seja, passou da vigilância, do controle e da disciplina para a necessidade de se aproximar e de se envolver com aquele que constituía a representação social da agressividade, da periculosidade e da alienação mental. No âmbito da assistência em saúde mental, área, historicamente, marcada pela exclusão e isolamento dos sujeitos, a introdução das concepções teóricas, ideológicas e filosóficas do movimento da reforma

psiquiátrica, fez reacender a necessidade de inserir o vínculo na relação com o paciente e, alicerçada neste vínculo, construir uma relação de confiança e cuidado.

No âmbito da abordagem da relação interpessoal, a Enfermagem possui um corpo de conhecimentos já estruturados e, neste trabalho, destacamos as contribuições das teóricas Joyce Travelbee e Hildegard Peplau, que apontaram a relação enfermeiro-paciente como ferramenta fundamental ao cuidado.

As ideias centrais de Travelbee versavam sobre a construção da relação interpessoal como meio para alcançar os objetivos do cuidado, para tanto, é importante que enfermeiro e paciente transcendam os limites de seus papéis, a fim de estabelecer o relacionamento, sendo a comunicação o meio que torna isso possível. O papel do enfermeiro envolve ajudar o paciente e a família deste a enfrentar e a ressignificar suas experiências com a doença e com o sofrimento. A doença é vista como uma experiência humana que ultrapassa o aspecto biológico.

Para esta autora, o enfermeiro e o paciente são concebidos como sujeitos, ou seja, seres humanos únicos e interdependentes, portanto, considera os aspectos subjetivos, como a capacidade de percepção do enfermeiro e do paciente, como fatores influenciadores do cuidado (TRAVELBEE, 1979; WAIDAMAN; ELSÉN; MARCONI, 2006).

Assim, para Joyce Travelbee, a enfermagem psiquiátrica é

[...] um processo interpessoal através do qual o enfermeiro ajuda a uma pessoa, uma família ou uma comunidade, a fim de promover a saúde mental, prevenir ou lidar com a experiência da doença e do sofrimento mental, se necessário, ajuda a descobrir um sentido para estas experiências... É um processo interpessoal que lida com as pessoas. Essas pessoas podem ser indivíduos, famílias ou grupos que precisam da ajuda que o enfermeiro pode oferecer [...] (TRAVELBEE, 1979, p. 5, tradução nossa)¹.

As famílias de pacientes com transtorno mental têm dificuldades em manejar o relacionamento com o parente doente, com isso o enfermeiro deve oferecer apoio a estas famílias a fim de ajudá-las nesta tarefa. Travelbee (1979) considerava o transtorno mental além da dimensão biológica, pois o concebia como parte da

¹ “[...] un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera ayuda a una persona, familia o comunidad con el objeto de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y, si es necesario, contribuye a descubrir un sentido a estas experiencias... constituye un proceso interpersonal que se ocupa de personas”. Estas personas pueden ser pacientes individuales, familias o grupos que necesitan la ayuda que la enfermera puede ofrecer [...] (TRAVELBEE, 1979, p. 5).

experiência humana em que o doente precisa ser respeitado e aceito como ele é, uma individualidade com possibilidades e limitações.

Para Travelbee (1979), o enfermeiro é um profissional capacitado, com conhecimentos que lhe facultam intervir nas condições de saúde da população, na prevenção de doenças, na promoção da saúde, e também capaz de ajudar os sujeitos doentes a encontrarem um sentido na vida. Travelbee (1979) enfoca a busca de um sentido na doença e na vida e a relação terapêutica como pontos centrais de sua teoria.

A concepção de paciente e profissional de saúde desta autora vai ao encontro das propostas da clínica ampliada, já que considera ambos como seres humanos únicos, que possuem necessidades humanas e biológicas importantes para a sobrevivência e para a manutenção da saúde mental (TRAVELBEE, 1979; WAIDAMAN; ELSEN; MARCONI, 2006). A autora considera que a comunidade tem papel importante na reabilitação dos sujeitos por ser o local onde o paciente e a família deste estão inseridos.

O cuidado prestado deve estar embasado no relacionamento humano, constituindo este a meta a ser alcançada, o que se dará a partir de um planejamento das interações através da definição dos objetivos e das ações e também visando que enfermeiro (a) e paciente obtenham mudanças de comportamento e crescimento por meio do relacionamento interpessoal (TRAVELBEE, 1979). O crescimento ocorre a partir do aprendizado experienciado durante a interrelação que propicia ao humano estar em contato com pensamentos, sentimentos, comportamentos e conceitos do outro.

No campo do cuidado, a autora destaca a importância do envolvimento e implicação de profissional e paciente no bom andamento do relacionamento. Isso envolve o compromisso de ambos, o que significa dizer que há o interesse pelo bem-estar do outro, a ocupação com a pessoa integralmente, ou seja, todas suas dimensões, incluindo física, espiritual e relacional com o meio que a rodeia (TRAVELBEE, 1979).

Travelbee (1979) aponta para o relacionamento as fases de pré-iteração (identificação e levantamento de informações), introdutória ou de orientação (momento em que profissional e paciente se conhecem e iniciam o relacionamento, estabelecendo compromissos e reconhecendo cada ser humano como único), identidades emergentes (começa com a resolução dos problemas encontrados na

fase anterior e termina quando os objetivos são alcançados) e, por fim, a quarta fase ou término (validação do compromisso estabelecido, além de análise dos objetivos alcançados, demonstração dos motivos de término do relacionamento e motivação para a continuidade do autocuidado independentemente do profissional).

Em suma, a teoria de Travelbee enfatiza a necessidade de o enfermeiro ajudar o sujeito a encontrar um sentido na doença, ressignificando a própria existência. Segundo ela, a doença deve ser vista como uma possibilidade de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento como ser humano, partindo de uma vivência de sofrimento, sendo atribuição do enfermeiro dar o suporte necessário a fim de ajudar o sujeito na vivência e enfrentamento desta fase (TRAVELBEE, 1979; WAIDAMAN; ELSEN; MARCONI, 2006).

Outra teórica que ocupa lugar de destaque na abordagem interpessoal é Hildegard Peplau, enfermeira norte-americana que introduziu um novo paradigma na enfermagem ao desenvolver uma teoria cujo enfoque está no estabelecimento da relação interpessoal entre enfermeiro-paciente (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

Segundo a teoria interpessoal de Peplau, o relacionamento se caracteriza por um processo de aprendizagem, tanto para o paciente como para o profissional, ou seja, durante o cuidado, o desenvolvimento do relacionamento enfermeiro e paciente experimenta certo grau de aproximação e de trocas de experiências que favorecem o crescimento pessoal de ambos (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005; PEPLAU, 1991). Esta teórica define que a existência de três fatores é essencial para a relação: o enfermeiro, o paciente e os contextos de vida de ambos (CARDOSO; OLIVEIRA; LOYOLA, 2006).

Peplau embasou sua teoria em três eixos teóricos. Ela considerava que o enfermeiro deveria conhecer a si mesmo para conhecer o outro e compreender o ambiente com todo o contexto físico, psíquico, socioeconômico e cultural no qual os sujeitos estão inseridos (CARDOSO; OLIVEIRA; LOYOLA, 2006).

A relação interpessoal pode ser desenvolvida em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. A orientação envolve a constatação de que o paciente tem alguma necessidade de saúde. Na fase seguinte, como a interação já vai se estabelecendo, o paciente é capaz de identificar e selecionar os profissionais que lhe oferecem o suporte de que necessita. A exploração constitui uma fase em que a relação e o vínculo devem ser explorados a fim de alcançar resultados. Na

resolução, o paciente tem condições de retornar ao domicílio, com isso, vai afastando os laços construídos na relação interpessoal (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005; MORAES; LOPES; BRAGA, 2006; PEPLAU, 1980).

Para Peplau (1968; 1991; 1993), a construção do relacionamento terapêutico tem como objetivo a manutenção da saúde do paciente. Ressalta que cada um desses sujeitos tem suas peculiaridades, diferenças e formas particulares de reagir ao adoecimento e, para conhecê-las, o enfermeiro deve apreender o contexto familiar e comunitário em que seus clientes estão inseridos e, na implementação do cuidado, considerar a coparticipação do usuário.

Peplau considerava a necessidade da escuta a fim de que o enfermeiro possa obter informações e conhecer o sujeito do qual cuida. Esta escuta não envolve apenas a obtenção de dados acerca do paciente, ela é ampliada e vai além do palpável, do objetivo, pois tem como finalidade alcançar as necessidades concretas como também as subjetivas (CARDOSO; OLIVEIRA; LOYOLA, 2006).

Apesar do enfoque psíquico da teoria de Peplau, ela reconhece o cuidado com o corpo como oportunidade para avançar na relação interpessoal e de ajuda devido à proximidade que é propiciada (ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

A relação interpessoal, elemento fundamental sobre o qual está apoiada a teoria de Peplau, será influenciada e determinada pela personalidade do enfermeiro que irá imprimir em sua prática as características que o definem como ser humano singular, como também a experiência alcançada pelo enfermeiro irá contribuir substancialmente para que compreenda as vivências da doença pelo paciente (CARDOSO; OLIVEIRA; LOYOLA, 2006; PEPLAU, 1980; 1991).

Para Peplau, a atuação do enfermeiro possui limitações, uma vez que a interação não é capaz de gerar mudança instantânea de comportamento e posicionamento do paciente diante da vida e da doença. Tais mudanças são influenciadas pelo ambiente em que o sujeito está inserido, ou seja, a família, a sociedade e a cultura têm papéis importantes neste processo. A teoria aborda que, durante o cuidado, há momentos em que podem ser utilizadas técnicas e aplicada a teoria a fim de influenciar, positivamente, os sujeitos, as famílias e as comunidades a implementarem ações que produzam mudanças em suas vidas (O'TOOLE; WELT, 1996 apud ALMEIDA; LOPES; DAMASCENO, 2005).

As teorias de Travelbee e Peplau constituem suporte teórico-científico importante para melhorar a qualidade do trabalho do enfermeiro na área da saúde

mental, pois valorizam as relações, o estabelecimento de vínculos e a relevância do componente subjetivo dos sujeitos, elementos fundamentais na realização do cuidado. As concepções das autoras vão ao encontro da noção de clínica ampliada ao colocarem o sujeito, o ser humano como a entidade primordial e não a doença.

3 MÉTODOS E TÉCNICAS

3.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO

O método de investigação utilizado foi a pesquisa descritiva exploratória de natureza qualitativa por esta ser pautada no exame dos fatos da realidade, considerando que nada é trivial e que os mesmos têm capacidade de fornecer pistas para o investigador desvendar a realidade em questão, através da apreensão do objeto de estudo em suas diversas facetas (BOGDAN; BIKLEM, 1994).

Segundo Minayo (2008, p. 22), este método torna possível “[...] incorporar a questão do significado e da intencionalidade [...]”, que são fatores importantes para a pesquisa, por permitirem a identificação e compreensão das possibilidades e dificuldades para o cuidado de Enfermagem, com base no conceito de clínica ampliada presente no cotidiano dos serviços de atenção em saúde mental, e, neste estudo, não se pretende que sejam quantificáveis.

A pesquisa qualitativa permite entender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2008).

3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Foram sujeitos da investigação 30 enfermeiros que concordaram em participar da pesquisa, mediante autorização por escrito através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O perfil requerido dos enfermeiros informantes do estudo incluiu: atuar em unidades de atenção primária à saúde (UAPS) com equipes de saúde da família, UAPSs tradicionais, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), CAPS infanto-juvenil, CAPS álcool e drogas ou hospitais psiquiátricos de um município da Zona da Mata Mineira; ter disponibilidade de tempo para encontrar com o pesquisador e para ser entrevistado, capacidade para expressar-se acerca da temática do estudo, bem como sobre a vivência e experiência na área da assistência em saúde mental e envolvimento com o fenômeno estudado.

Os profissionais selecionados foram de, no mínimo, uma instituição de cada modelo de atenção da rede de saúde mental, o que ocorreu por sorteio aleatório, e tinham no mínimo um ano de atuação nos referidos serviços, para que o desconhecimento e a pouca experiência não fossem obstáculos à fonte de informações pretendidas nesta investigação. A inclusão de modelos assistenciais antagônicos como CAPS e hospitais psiquiátricos no estudo, enquanto cenários de pesquisa, se deu em virtude de os hospitais psiquiátricos ainda serem utilizados no município como recurso de atenção em saúde mental e pela inserção do enfermeiro nestes serviços.

O recrutamento dos enfermeiros foi feito por meio de contato telefônico com o objetivo de convidá-los a participar da pesquisa. Não houve recusa de nenhum enfermeiro em participar da pesquisa e as entrevistas foram realizadas no local escolhido pelo entrevistado, em sua maioria, no local de trabalho. Entretanto, foi necessário sortear 35 participantes, devido a dificuldades de disponibilidade de tempo dos participantes. No caso de agendamento de uma entrevista e do comparecimento da pesquisadora ao local agendado e verificada a impossibilidade de o enfermeiro participar da entrevista por duas vezes, o mesmo era excluído do estudo.

Fizeram parte do estudo 28 enfermeiras (93%) e dois enfermeiros (7%), sendo que três enfermeiras atuavam em hospitais psiquiátricos, três em CAPS e duas em unidades de atenção primária tradicionais (sem o Programa Saúde da Família), e 22 em unidades de atenção primária com Programa Saúde da Família implantado; a média de idade dos participantes foi de 40,6 anos e a do tempo de formado foi de 16,2 anos.

Os cursos de especialização que os enfermeiros disseram possuir foram: saúde mental (seis enfermeiros), saúde da família (seis), administração hospitalar

(um), enfermagem do trabalho (um), obstetrícia (um), estomaterapia (um), saúde coletiva (um), formação pedagógica (um), gestão da clínica (um) e unidade de terapia intensiva (um). Ao serem questionados se receberam capacitação durante o tempo que estão atuando no serviço, apenas seis informaram ter recebido capacitação em saúde mental, cinco na política nacional de humanização, que aborda a questão da clínica ampliada e um em dependência química.

3.3 CENÁRIO DE ESTUDO

Os cenários foram escolhidos em virtude de os serviços comporem a rede de assistência em saúde mental do município. Para Mendes (2008), as redes de atenção à saúde são

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada - e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população. (MENDES, 2008; p. 6).

Embora a rede de serviços do município esteja organizada da maneira ainda incipiente, refletindo o que Mendes (2008) denominou de crise contemporânea dos sistemas de saúde, constituiu cenário capaz de atender os objetivos deste estudo. O município conta com um sistema fragmentado voltado para a atenção a condições agudas e com comunicação ineficiente entre os três níveis de complexidade. No entanto, a implantação das redes envolve a implicação de cada nível com uma assistência prestada de forma cooperativa e interdependente, tendo como elementos fundamentais a população, o modelo de atenção e a estrutura operacional (MENDES, 2008).

Entende-se que a assistência em saúde mental deve ocorrer em todos os níveis de complexidade, sendo fundamental a cooperação e o diálogo entre os serviços, visando o acompanhamento e seguimento contínuos dessa clientela a fim de promover a saúde, articular ações de promoção, prevenção e reabilitação, bem como a abordagem dos indivíduos, das famílias e das comunidades com vistas a

uma prática cujo suporte seja a integralidade do cuidado prestado, o que, atualmente, não ocorre efetivamente no município onde o estudo foi realizado.

3.4 A COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

Após a avaliação e aprovação, emitidas no parecer 303/2010, do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora sede do mestrado, os dados foram colhidos, utilizando-se entrevistas semiestruturadas (Apêndice), gravadas em aparelhos mp3, com enfermeiros que atuam nos cenários de estudo.

Neste estudo, foi utilizada a captação de dados centrada no sujeito através de realização de entrevistas com os enfermeiros. Em seguida, foram destacadas as ideias principais contidas no material. Cada entrevista teve o tempo médio de 20 minutos e, a fim de resguardar o anonimato os sujeitos, estes foram identificados por números de acordo com a ordem das entrevistas.

Após a coleta de dados, foi realizada a transcrição na íntegra das entrevistas e uma leitura recorrente das mesmas para organização do material, seguida de exploração intensiva para identificar as unidades de significados. Em seguida, os dados foram agrupados em categorias analíticas a partir dos sentidos e dos significados das falas dos sujeitos, que expressaram os conceitos de clínica ampliada como aponta o objetivo geral desta investigação.

Os achados oriundos das unidades de significados foram triangulados por meio do cruzamento dos dados com as proposições e reflexões da pesquisadora, em contraposição com os marcos teóricos, estudos e conhecimentos apresentados pelos estudiosos do tema proposto, apresentando, assim, uma interlocução entre o novo conhecimento apreendido na pesquisa e os conhecimentos anteriormente estudados.

De acordo com Triviños (2007), a triangulação dos dados tem como objetivo alcançar o máximo possível de abrangência na descrição, explicação e compreensão do objeto de estudo, pois os fenômenos sociais são históricos, culturais e estão ligados à macrorrealidade social. Representa uma estratégia de utilizar dados de fontes variadas, não apenas fazendo comparações entre eles, mas

também utilizando técnicas de coleta de dados e métodos diversos na investigação do mesmo fenômeno, o que contribui para a redução das falsas interpretações dos dados (WHO, 2009).

A técnica de triangulação de dados está baseada na captação de dados através de três formas, a saber: 1) processos e produtos centrados no sujeito, em que os dados são oriundos da coleta feita pelo pesquisador através de suas percepções, entrevistas, questionários, observações, entre outros, ou de fontes próprias do sujeito entrevistado como autobiografias, diários, livros, entre outros; 2) elementos produzidos pelo meio, que podem ser documentos internos de uma instituição, instrumentos legais como leis, portarias, decretos, instrumentos oficiais representados por diretrizes, códigos de ética, atas de reuniões, etc., e estatísticos, que são as porcentagens, informações quantitativas, taxas, etc.; 3) processos e produtos originados a partir da estrutura socioeconômica e cultural da sociedade que forma o contexto em que o sujeito se insere, que são os modos de produção (capitalismo, feudalismo) e as forças e relações de produção, propriedade dos meios de produção e as classes sociais.

No processo de pesquisa qualitativa, a coleta de dados e a análise não são duas etapas separadas, pois, a todo o momento, se relacionam e se retroalimentam, ou seja, as ideias contidas no material coletado são, em geral, descritas, explicadas e compreendidas prontamente e não em fases distintas. Isso pode gerar mudanças tanto nas coletas de dados seguintes como na análise dos dados (TRIVIÑOS, 2007).

Após a separação e análise dos dados, as categorias devem ser definidas, partindo da classificação e organização das entrevistas coletadas, do estabelecimento das relações existentes entre os dados e dos pontos de convergências e divergências, das tendências e regularidades apresentadas, das possibilidades de generalizações e dos princípios de causalidade (PÁDUA, 2004).

No presente estudo, os dados encontrados foram agrupados em quatro categorias e a análise das mesmas se deu considerando os objetivos da investigação em tela, os relatos apresentados pelos sujeitos, a interpretação da pesquisadora, a fundamentação teórica já apresentada no capítulo II, bem como

outros saberes e conhecimentos que foram buscados para atender aos sentidos e significados encontrados nas categorias analíticas.

As categorias foram organizadas respeitando a sequência lógica e a ordem em que os dados se apresentaram nas entrevistas, para não se correr o risco de desordenação dos mesmos no sentido e na ordem em que se apresentaram para a pesquisadora. Assim, chegou-se às seguintes categorias de análise: 1) o cuidado pensado e vivido na rede de atenção à saúde mental: valores, conceitos e filosofias inespecíficas descontextualizando o atendimento; 2) o cuidado pensado e vivido na rede de atenção à saúde mental: relativizando valores, conceitos e filosofias específicas na contextualização do atendimento; 3) concepções de clientes na clínica vivida no dia a dia: sujeitos das práticas de saúde como um valor da atenção; 4) clínica ampliada: concepções, valores e conceitos correlatos aos aspectos humanísticos da enfermagem.

4 RESULTADOS

A pesquisa revelou que, devido à supremacia do modelo biomédico direcionando as ações dos enfermeiros e constituindo o sistema de crenças e valores que imperam na prática, as ações desenvolvidas são voltadas para atender as necessidades orgânicas e não psíquicas dos sujeitos. Em consequência disso, há muito a avançar no que se refere ao cuidado de Enfermagem ampliado, sistematizado e planejado para atender aos sujeitos históricos, socioculturais e subjetivamente constituídos e não apenas trabalhar a favor da extirpação de doenças.

As concepções de sujeito único e singular, conforme o paradigma da clínica ampliada, aparecem nas falas dos entrevistados como diretriz muito incipiente e inespecífica que não é refletida em ações na prática destes profissionais. Embora os participantes tenham ressaltado a importância do estabelecimento de relações e vínculos terapêuticos, estes conceitos ainda não representam um sistema de valores e filosofias capazes de dar suporte à prática. Assim, os resultados encontrados

atenderam às expectativas da pesquisa, bem como aos objetivos propostos e serão apresentados nas categorias que se seguem.

4.1 O CUIDADO PENSADO E VIVIDO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL:

Valores, conceitos e filosofias inespecíficas descontextualizando o atendimento

O saber filosófico tem a propriedade de ajudar o homem na busca e construção do conhecimento acerca da existência humana e de suas formas de ser e estar no mundo e tem como finalidade melhorar e realizar mudanças na vida do homem. Assim, nesta categoria, foi analisado o cuidado de Enfermagem e seus conceitos, valores e filosofias.

É notável que o movimento da Reforma Psiquiátrica e a introdução da Estratégia Saúde da Família, no cenário das políticas públicas de saúde, têm gerado mudanças na assistência praticada no país, bem como reforçado e defendido os princípios básicos do SUS.

Tais mudanças envolvem, sobretudo, reorientação e reformulação dos modelos assistenciais que passam a ser orientados para a atenção comunitária, considerando a família, o meio onde está inserido o usuário, o vínculo e a corresponsabilização entre profissionais e sujeitos no desenvolvimento do cuidado, o que transpõe o modelo hospitalocêntrico até então vigente (PEREIRA, 2007; RIBEIRO et al., 2010).

Os paradigmas de atenção à saúde propostos tanto pela Reforma Sanitária como pela Reforma Psiquiátrica são antagônicos à concepção de sujeito fragmentado e à centralização do processo terapêutico, unicamente, na doença, na hospitalização e na medicalização. É considerada a dimensão de indivíduo orgânico, mas sociocultural também, pertencente a um ambiente familiar e social (COSTA-ROSA, 2000).

As concepções desses movimentos trouxeram novas reflexões ideológicas para os campos da saúde geral e mental, cuja base está no encontro de pessoas e estabelecimento de relação dialógica com finalidade terapêutica e na consideração da subjetividade dos sujeitos (BRÊDA et al., 2005).

Agora há um caminho mais subjetivo a ser trilhado e este configura o “[...] desafio de quem pensa numa ordem inflexível para o processo saúde-doença, convive com os procedimentos e protocolos dos cuidados e está sob a égide das normas e regimes impostos pelos programas institucionais [...]” (PEREIRA, 2005, p. 320).

Entretanto, pode ser observado, através dos discursos dos sujeitos deste estudo, que há a necessidade de avanços no fazer da Enfermagem quanto à implementação da assistência voltada para as filosofias, valores e conceitos da clínica ampliada e da Reforma Psiquiátrica. O que pode ser constatado, com o estudo, foi que as práticas dos enfermeiros aproximam-se dessas diretrizes de forma não intencional. Ao serem questionados sobre ações desenvolvidas nos serviços, voltadas para a assistência ao usuário portador de transtorno mental, os enfermeiros, em sua maioria, revelaram que não são desenvolvidas ações direcionadas para esta clientela ou que o fazer, em geral, está centrado na doença e não no doente, bem como no tratamento medicamentoso e na hospitalização.

Estas ações ocorrem, sobretudo, através da transcrição de receitas pelo médico, muitas vezes desacompanhada da avaliação do paciente, além de encaminhamentos para um nível de maior complexidade e entendimento da assistência como atribuição de especialistas da área da saúde mental (RIBEIRO et al., 2010).

Alguns discursos demonstram que não são desenvolvidas ações enfocando a atenção à saúde mental, como visto a seguir, refletindo uma inespecificidade em relação aos conceitos, valores e filosofias empregados pelos sujeitos do estudo em suas práticas na atenção aos usuários:

Não, não tem um grupo específico [...] o que tem realmente é só o acolhimento de cada equipe como o agendamento dessas pessoas para a atenção secundária. (Sujeito 6– Trabalhadora de uma UAPS).

Ação de Enfermagem está muito reduzida, a gente recebe paciente [...] ele chega, geralmente procurando renovar receita de medicamentos controlados. (Sujeito 19 – Trabalhador de uma UAPS).

Não, a gente faz assim um apanhado do quadro deles, desse usuário, coloca num livro que nós temos aqui para controle de saúde mental e, posteriormente, é encaminhado para uma consulta com psiquiatra lá em baixo no CRESAM, a gente não tem nenhum grupo aqui para atendimento especificamente de saúde mental, apesar

quenós temos vários usuários que têm essa necessidade. (Sujeito 7 – Trabalhadora de uma UAPS).

As falas acima demonstram o que ocorreu durante as entrevistas em que os enfermeiros se referiram, constantemente, a encaminhamentos para os níveis de maior complexidade e especialidade como única resposta às necessidades de saúde mental apresentadas por pacientes que buscavam os serviços.

Recorrendo a Maffesoli (1984 apud ALVES, 1999), identifica-se que o autor fala da “astúcia” que o sujeito usa para burlar e distorcer a realidade a fim de atender à necessidade do momento. A “astúcia” utilizada pelo sujeito não tem como intuito produzir resultados negativos e não está ligada a comportamentos mal intencionados a fim de prejudicar outrem. Entretanto, a atitude de encaminhar, no caso dos enfermeiros pode ser entendida como uma forma de burlar o estabelecimento de uma relação, de não estar junto com o louco no cotidiano. Revela um distanciamento do profissional do louco, indivíduo que traz consigo o estigma social da agressividade e da fuga da razão. Neste contexto, como cuidar e desenvolver um relacionamento terapêutico entre esses sujeitos? (ALVES, 1999).

As falas dos entrevistados denotam que alguns serviços de atenção primária não desenvolvem ações voltadas para a saúde mental e não referem que fazem a integração do paciente nas ações já desenvolvidas, como os grupos educativos. No relato que se segue, percebe-se que a atenção está centralizada na assistência médica, não há intervenção ou atenção sistematizada de Enfermagem, permanecendo esta ligada a e dependente da prática médica, como historicamente tem ocorrido (ALVES, 1999):

A ação da saúde mental ela é bem específica. O paciente vem, consulta, faz controle com o médico, a gente não faz trabalho em grupo, pra saúde mental. [...] o que a gente tem aqui são trabalhos manuais, tem um grupo de convivência, mas pra acompanhamento não, especificamente, consultas com o médico (Sujeito 16 – Trabalhadora de uma UAPS).

Observa-se, através dos discursos, que ainda há uma supremacia do modelo biomédico na assistência à saúde, que reflete no fazer dos enfermeiros na área da saúde mental quando estes não conseguem destacar o sujeito da doença, conforme o paradigma da clínica ampliada preconiza. De acordo com Pinheiro (2001), a medicina contemporânea ou biomedicina esforça-se sistematicamente em

destacar a doença do indivíduo, sendo considerada como objeto de intervenção e não como experiência na vida de sujeitos únicos.

Para Mendes (1999), a concepção de modelo biomédico surgiu no século XX após a divulgação do relatório Flexner, que se tratava de um documento no qual o funcionamento do organismo humano foi comparado ao de uma máquina, a doença foi enfatizada em sua concepção biológica com destaque aos aspectos curativos, diagnósticos e terapêutica. A saúde foi considerada como um objeto individual e o sujeito percebido de forma fragmentada e parcial. O enfoque estava na especialização do conhecimento e na divisão técnica do trabalho.

Maffesoli (1996) aborda o que denomina de “sociedade somatófila”, em que predomina a exaltação do corpo, do biológico e trata-se de um fenômeno que afeta a vida social de forma coletiva em todas as partes do Globo. Aspecto relacionado à pós-modernidade, ele atravessa a prática de Enfermagem em todas as suas multifacetadas (educacional, assistencial, administrativa, gerencial), demonstrando que ainda prevalece a supremacia do biológico sobre a subjetividade. Os relatos a seguir mostram a preocupação com o controle da doença (e do paciente):

Um psicótico tem que ter acompanhamento do psiquiatra [...] e você não tem pra onde referenciar esse paciente [...] um esquizofrênico compensado só renova receita, não tem um profissional especialista nisso avaliando a conduta. Na verdade, eles ficam abandonados do acompanhamento de saúde mental, na nossa área, a gente pode falar isso, o paciente chega, pede ajuda e não tem como referenciar (Sujeito 22 – Trabalhadora de uma UAPS).

Hoje nós não temos médico em CAPS [...] o médico pediu demissão, então os nossos pacientes estão todos sem consultar [...] Na realidade, a Enfermagem pouco faz com a saúde mental, porque funciona da seguinte forma, você pega o paciente, ele vem no médico, o médico encaminha o paciente pra psiquiatria, você agenda consulta e ele vai lá pra baixo (ambulatório/média complexidade), muitas vezes, ele fica lá fazendo tratamento e outras [...] eles retornam esse paciente pra unidade pro médico simplesmente transcrever a receita, então, na realidade, nós não temos trabalho nenhum com a saúde mental, [...] assim de reunir o paciente, de saber alguma coisa mais, às vezes, você sabe por que o paciente comenta com você, não que a saúde mental (serviço) venha e te repasse esses dados (Sujeito 27 – Trabalhadora de uma UAPS).

Esse distanciamento dos enfermeiros em relação à assistência em saúde mental, demonstrado também através da inexistência de consulta de Enfermagem que privilegie a subjetividade, do excesso, segundo as falas, das referências a encaminhamentos e da assistência voltada para o biológico, denota que há

dificuldade em “ser/estar junto” com o cliente acometido por transtornos mentais. Foi possível observar que muitos enfermeiros, aparentemente, se escondem atrás dos encaminhamentos, sendo poucas as intervenções que desenvolvem na área da saúde mental, o que revela as fragilidades na assistência da Enfermagem e a falta de um referencial teórico que dê suporte ao fazer no campo da saúde mental.

O estudo demonstrou que a relação dos enfermeiros com os clientes portadores de transtornos mentais é superficial, pois ainda há dificuldade em lidar com a subjetividade e a alteridade quando o outro da relação é um louco (FOUCAULT, 1995; GUERRA, 2007). A escuta está voltada para os aspectos biológicos. O enfermeiro precisa descobrir que, para estabelecer a relação, é necessário “estar junto com” o outro, compartilhando o cotidiano, vivendo a banalidade, incluindo o afeto, pois, através deste, o cuidado torna-se mais fácil (ALVES, 1999, p. 104).

4.2 O CUIDADO PENSADO E VIVIDO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: Relativizando valores, conceitos e filosofias específicas na contextualização do atendimento

Os resultados da pesquisa demonstraram que, em algumas unidades de atenção primária à saúde e nos CAPSs, os enfermeiros têm a concepção de que há a necessidade de implementar ações alternativas, como a criação de grupos de convivência, que se preocupam com a inclusão do paciente portador de sofrimento mental nos grupos educativos já desenvolvidos pelos serviços, a fim de não segregar. Ao mesmo tempo, atender um tipo de demanda, que não se refere apenas ao biológico e ao físico, mas à vida emocional, social, familiar, ao aspecto subjetivo do sujeito. Este, mais complexo, está relacionado com a forma de ser e estar no mundo, e os problemas daí oriundos não são resolvidos apenas com a farmacoterapia.

Os relatos, a seguir, demonstram isso, quando os enfermeiros vislumbram que é importante não medicalizar questões da vida do sujeito e promover/estimular atividades ou oficinas como recursos terapêuticos:

[...] a gente tem GAPS aqui, GAPS é grupo de apoio psicossocial, então, apesar de ser só uma equipe que tá realizando ele, é aberto aos usuários da unidade toda, a gente tem oficina de retalho, a gente tem um tear, que são atividades sem fim terapêutico, pra pessoas que estão com alguma, algum transtorno, emocional, aí a gente encaminha (para o GAPS) e tem pessoas que melhoram, chegam até diminuir o uso de medicação, sabe? Melhoram o relacionamento em casa e tem as consultas médicas, tem o atendimento do enfermeiro a gente faz o acolhimento desse usuário, faz o agendamento pra saúde mental, tem grupo de climatério, que a gente percebe que as mulheres nessa fase pré-menopausa e pós-menopausa ficam meio transtornadas, então a gente acaba abordando essa parte [...] desvia a pessoa só de atendimento voltado pro médico, centrado no médico, na medicação (Sujeito 9–Trabalhadora de uma UAPS).

As oficinas terapêuticas são estratégias assistenciais socializantes, uma forma de subsistência, autorrealização e reinserção social, que vem contribuir para substituir o isolamento imposto pela internação psiquiátrica. São capazes de promover novas relações entre os sujeitos, criando, assim, as redes sociais. Além disso, quando geradoras de renda, as oficinas buscam dar uma resposta social à desqualificação de muitos pacientes, sobretudo os egressos de internações de longa permanência (GUERRA, 2004; LEAL, 2004).

Sobre esta integração social entre sujeitos, Maffesoli (1993) traz como um valor para a vida cotidiana a “ética da estética”, que parece permear a sobrevivência desses grupos educativos ou de apoio mútuo, definida como a cultura dos sentimentos, ou simbolismo ou lógica comunicacional. A cultura dos sentimentos não tem um objetivo particular ou específico, almejando apenas desfrutar o prazer e o desejo de estar junto.

Outro aspecto que foi destacado por uma enfermeira foi a concepção do cuidado em saúde mental como uma prática transversal. A transversalidade incorpora a lógica do cuidado integral que articula ações preventivas, curativas e de reabilitação, bem como propiciando o acesso aos recursos tecnológicos que englobam desde as visitas domiciliares e a escuta qualificada na Estratégia Saúde da Família até os que possuem alta complexidade.

Na Enfermagem, o cuidado integral tem o objetivo de assistir o ser humano como um ser total, único, considerando seus aspectos biopsicossocioespirituais e, para tanto, a sistematização da Enfermagem é o método de trabalho a ser utilizado (SILVA; CIAMPONE, 2003). O cuidado, na visão de uma participante, é:

Transversal, ao mesmo tempo que eu atendo uma gestante além de eu ouvir BCF, verificar ganho de peso, de saber a pressão dela eu também presto atenção no humor, em como ela tá vivenciando aquela situação, coisas que podem ser prevenidas, no caso do hipertenso a mesma coisa, no caso de uma criança, o relacionamento entre mãe e ela, no caso de uma senhora no climatério, a gente oferece os grupos de ginástica, o grupo de viver com arte pra facilitar mesmo, pra realmente promover qualidade de vida, pra evitar essa coisa de ficar remoendo, de desenvolver coisas, mas é muito comum o uso de medicação [...] então existe este esforço no meu atendimento, eu procuro ter esse tema (Sujeito 23 – Trabalhadora de uma UAPS).

O cuidado, na lógica da integralidade, é amplo e acolhedor, baseado no estabelecimento de vínculos e na corresponsabilização frente às necessidades de saúde, embora, nestas falas, seja possível perceber certo esvaziamento de sistematização dos métodos aplicados nestas iniciativas, reforçando que o valor central das práticas é o passar o tempo, sem um objetivo terapêutico bem delineado.

No relato abaixo, fica clara a preocupação do profissional com o componente subjetivo e humano do paciente, como também a preocupação em oferecer um cuidado não fragmentado e gerador de segregação.

A gente não tem grupo específico pra saúde mental, mas a gente trabalha muito em dois pontos [...] que eu acho que são o maior nível de intervenção, de possibilidade de intervenção [...] o primeiro é de promoção da saúde mental, de promover hábitos, de facilitar a escuta, de ter uma escuta qualificada, de identificar essas questões a possibilidade de uma depressão ou uma ideia mais delirante, alguma coisa assim e encaminhar, da promoção através de estimular exercícios físicos, estimular habilidades manuais, a gente tem um grupo para isso, então eu incluo isso na parte da promoção da saúde mental e outro ponto que pra mim é muito claro é a intervenção em crise, são os pacientes que chegam aqui delirantes, [...] com o pensamento completamente dissociado, são pessoas que chegam muito deprimidas [...] a gente também atende gestantes onde a gente presta muita atenção é com relação a humor, a depressão pós-parto (Sujeito 23 – Trabalhadora de uma UAPS).

A gente tem alguns grupos que a gente procura integrar, que é o grupo do artesanato [...], o grupo do alongamento e a gente não tem um grupo específico, segregado, só pra trabalhar com esse tipo de paciente não, a gente entende que não deveria existir essa segregação, então eles estão presentes dentro de todos os grupos que a gente desenvolve (Sujeito 26 – Trabalhadora de uma UAPS).

Estudar o cotidiano em saúde, a partir da sociologia compreensiva implica investigar a subjetividade dos sujeitos, em valorizar o casual, o banal, as ações subjetivas dos sujeitos nos seus ambientes de relação, assim como focar o que foi

vivido, os acontecimentos triviais, as pequenas coisas banais do dia a dia (MAFFESOLI, 1984 apud ALVES, 1999; NASCIMENTO, 1995; PEREIRA 2005).

Em uma unidade, o enfermeiro relatou que há uma tentativa de estruturar o fluxo da atenção em saúde mental e, em relação à Enfermagem, o começo de um trabalho organizado a partir da lógica da sistematização da assistência:

A gente tem [...] uma proposta de um fluxograma onde tá previsto o atendimento do médico, do enfermeiro e do assistente social [...] o usuário chega, é acolhido, quando necessário, ele é encaminhado pra referência do segundo nível da saúde mental, lá a psiquiatra define se vai ficar com ela, se vai ser encaminhado pra algum CAPS ou se retorna pra unidade. Assim que ele retorna pra unidade, o primeiro atendimento é do enfermeiro, depois, daí a dois meses, ele volta com o assistente social ou com o médico ou, a qualquer momento que ele tenha qualquer problema, o sistema tá aberto (Sujeito 26 – Trabalhadora de uma UAPS).

A organização de um fluxograma de atendimento constitui uma iniciativa de organizar a assistência dentro de uma rede de cuidados. Nesse caso, os serviços de saúde inseridos na comunidade devem fazer parte de uma rede social de cuidado, bem como assumir a responsabilidade com a assistência à saúde em nível local, porém não isentando o sujeito, a família e a comunidade da corresponsabilidade, mas acolher, cuidar e estabelecer contratos (BRÊDA et al., 2005). Em relação à assistência de Enfermagem, a mesma participante revelou:

[...] no atendimento do enfermeiro [...], tem uma pré-proposta de uma consulta de Enfermagem elaborada já com alguns diagnósticos, já teve uma turma de residentes aqui que trabalhou os principais diagnósticos, que são frequentes no nosso meio (Sujeito 26 – Trabalhadora de uma UAPS).

A Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) deve ter como base estrutural uma teoria de Enfermagem que a sustente. Para ser materializada na prática, é necessária uma metodologia e o processo de enfermagem (PE) é um método que pode ser utilizado para implementar a teoria na prática cotidiana (TANURE; GONÇALVES, 2009). Além disso, capacita o enfermeiro para oferecer um cuidado organizado e individualizado/personalizado a cada cliente, que é único, singular inserido na sociedade, na cultura e na história, que vai ao encontro da proposta da clínica do sujeito e da concepção maffesoliana.

Por fim, nos questionamos: será possível dissociar mente e corpo, biológico e não biológico quando reconhecemos o sujeito único? Na sociedade pós-moderna,

não há espaço para estes tipos de dicotomias, pois a diversidade e o pluralismo imperam, não importa a ideologia dominante, neste caso, a do corpo, pois, para Maffesoli (1996, p. 57), “[...]um valor não vale por si mesmo [...]”, precisa ser dotado de um sentido que se dá no âmbito das relações, que é valorado no encontro, no estar junto e na diversidade.

Através deste estudo, foi possível observar que o enfoque das ações privilegia o cuidado centrado no corpo e nas doenças, assim como a vinculação da Enfermagem ao trabalho e ao conhecimento médico, e outros, aos quais essas classes de profissionais têm se curvado ao longo da história. Os enfermeiros ainda possuem valores, conceitos e filosofias que acabam negando o cotidiano, conseqüentemente, a clínica do sujeito, como pode ser visto no relato abaixo acerca da relação do entrevistado com o sujeito portador de transtorno mental:

[...] relação de pouco convívio porque o que a gente faz agora é receber a pessoa, ver a necessidade dela de medicamento e encaminhamento, [...] então o que a gente faz é isso, a relação fica assim pouco tempo de convívio, a gente logo encaminha essa pessoa (Sujeito 19– Trabalhador de uma UAPS).

Difícil de falar (da relação), não sei, eu tenho um certo medo, medo mesmo de paciente psicótico né? Então, às vezes, eu prefiro dar uma certa distância deles, eu procuro não me envolver, eu, o XXXX, não me envolver muito com essa clientela, sei que é uma demanda importante, mas, de certa forma, eu não me envolvo muito, até porque existem outras atividades na UBS que requerem, outras demandas, então eu tô mais envolvido com a saúde da mulher, com o tratamento de feridas [...] não é uma área que me atrai, digamos, eu não me envolvi nesses anos assim com afinco, com paixão por saúde mental não (Sujeito 18 – Trabalhador de uma UAPS).

Como sujeitos sociais, tanto o enfermeiro como o seu cliente vivem a partir dessa perspectiva e buscam em seu cotidiano desenvolver as ações que lhes sejam mais agradáveis. Lidar com a doença mental ainda remete o homem a se relacionar como o que considera inumano no outro. Quando se trata de loucura, não se encontra uma relação de alteridade, o homem não se reconhece no outro homem, por este ser louco ou possuir alguma alteração socialmente inaceitável (FOUCAULT, 2005; GUERRA, 2007).

Maffesoli (1996) nos fala que a perspectiva hedonista impera na pós-modernidade, ou seja, busca-se e cultua-se o prazer no aqui e agora. Isso faz com que não haja um valor, seja ele intelectual, moral ou religioso, intangível e único ao

qual a sociedade deve se curvar, mas uma pluralidade de opiniões convivendo no mesmo ambiente social através de suas dimensões relacional e comunicacional (MAFFESOLI, 1996).

Além disso, vive-se na sociedade e, conseqüentemente, na área da saúde mental, o que Maffesoli (2004) denomina de politeísmo de valores em que o “bem” como valor primordial convive com o que é considerado “mal” no “messianismo judaico-cristão”, mas “[...] está chegando ao fim um ciclo, o que foi inaugurado com o bem como valor absoluto [...]” (MAFFESOLI, 2004, p.13).

Esse sincretismo de valores que permeia a sociedade e o trabalho da enfermagem na saúde mental encontra-se na convivência entre o modelo biológico, ainda hegemônico, e o psicossocial que, gradativamente, vai se consolidando. As falas a seguir demonstram a supremacia do aspecto biológico nas ações desenvolvidas, mas, em contrapartida, os enfermeiros entrevistados afirmaram que os elementos mais significativos ao cuidado referem-se aos aspectos humanísticos, mostrando incongruência entre concepção e prática do cuidado:

Eu sou responsável técnica [...] e desenvolvo a parte assistencial [...] aqui é dividido por...por... patologia, então eu fico com a dependência química (Sujeito 4 – Trabalhadora de um Hospital Psiquiátrico).

A gente faz assim um apanhado do quadro deles, desse usuário, coloca num livro que nós temos aqui para controle de saúde mental e, posteriormente, é encaminhado para uma consulta com psiquiatra lá em baixo no CRESAM (Sujeito 7– Trabalhadora de uma UAPS).

De acordo com os dados colhidos, os hospitais psiquiátricos do município vêm convivendo com a demanda crescente por tratamento para paciente com problemas relacionados ao consumo de drogas ilícitas, e o município ainda não conta com número de CAPS ad suficiente para atender toda a demanda, que acaba chegando ao meio hospitalar.

Com o estudo, ficou explícito que os (as) enfermeiros (as) possuem valores que se aproximam dos da clínica ampliada e do modelo psicossocial, pois compreendem a necessidade de humanizar o atendimento, de buscar inserir o vínculo e a escuta no cuidado e destacam a importância da integralidade na assistência, mas não imprimem tais valores e conceitos no fazer cotidiano em saúde mental. A presença destes conceitos pode ser identificada nas falas a seguir:

Acho que é pensar na humanização mesmo né, no sentido de inclusão, porque a tendência nossa, né, sempre colocar esse sujeito

a parte da sociedade [...] mesmo eu não tendo um certo envolvimento, né, eu procuro ver essa pessoa como uma pessoa que tem todas as potencialidades (Sujeito 18 – Trabalhadora de uma UAPS).

A integralidade é o mais importante, acho que é o elemento mais importante, porque o paciente não é só esquizofrênico, ele pode ter hipertensão [...] (Sujeito 1 – Trabalhadora de um CAPS).

Você tem que ter paciência, tem que gostar, tem que ouvir, tem que incentivar (Sujeito 3 – Trabalhadora de um CAPSIIJ).

[...] mais tempo pra poder tá sentando com as pessoas e dando assim a escuta, porque grande parte do que eles usam de medicamento tá na escuta que eles não têm na casa deles (Sujeito 20 – Trabalhadora de uma UAPS).

Tentar abordar a causa, o que levou a essa patologia [...] tem muitos casos lá que é do comportamento mesmo, são conflitos familiares, conflitos internos (Sujeito 21 – Trabalhadora de uma UAPS).

O primeiro cuidado é estabelecimento de vínculo (Sujeito 23 – Trabalhadora de uma UAPS).

Continuidade da assistência, sabe, essas coisas assim de assistir pontualmente, focar só naquele pedido de renovar a receita, isso aí eu acho que não funciona (Sujeito 27 – Trabalhadora de uma UAPS).

Neste contexto, a enfermagem transforma, ainda que muito lentamente, o seu saber e seu fazer, passando de uma prática punitiva e centralizadora no espaço hospitalar para uma socializadora, embora as práticas ainda não estejam bem alinhadas com os valores do movimento reformista. Isso pode ser demonstrado pela falta de conhecimento especializado, inadequação das metodologias assistenciais, fragilidade em relação aos conceitos e valores aplicáveis ao trabalho da enfermagem como prática socialmente construída, e, por consequência, um produto inespecífico da atenção à saúde mental, aparentemente desprovido de uma intencionalidade centrada em evidências.

4.3 CONCEPÇÕES DE CLIENTES NA CLÍNICA VIVIDA NO DIA A DIA: Sujeitos das práticas de saúde como um valor da atenção

Esta categoria teve como proposta abordar as concepções de sujeito a partir dos pontos de vista dos enfermeiros participantes a fim de esclarecer inquietações que nos moviam, como: quem são os sujeitos que recebem os cuidados dos enfermeiros na área da saúde mental no cotidiano dos serviços de saúde? Estes profissionais, inseridos em uma profissão que parte, também, da lógica humanística do cuidado, que é a enfermagem, conseguem perceber o sujeitos assistidos como históricos, culturais, sociais e biológicos ou apenas por esta última perspectiva? A doença ainda sobressai mais que a pessoa? A categoria surgiu a partir dos relatos dos participantes quando questionados acerca de como viam os pacientes que possuíam algum comprometimento relativo à saúde mental assistidos por eles.

Os dados coletados para o estudo demonstraram que os enfermeiros têm concepções de que os sujeitos que necessitam de cuidados na área da saúde mental e estão presentes no cotidiano dos serviços são: desassistidos, ficando à deriva na rede; carentes de atenção e de escuta; dependentes de medicação; vítimas do preconceito e estigma por terem uma doença; desenvolvem alguma doença a partir da influência do aspecto social e das consequências de um meio familiar desestruturado; sujeitos como os demais que não possuem uma doença que afeta a mente e sujeitos singulares.

Nos relatos a seguir, pode ser observada a concepção de sujeito como único e singular:

Cada um tem sua especificidade, seu tempo, sua resposta que não vai ser a mesma um do outro, pode até responder positivamente, mas cada um da sua maneira (Sujeito 5 – Trabalhadora de um CAPS).

Primeiramente, é um ser humano que está com problema ou está sentido mal, precisa de ajuda. Eu estou aqui no papel de ajudá-lo da melhor forma que eu posso, cem por cento não vai ser, mas eu pelo menos tento me aproximar disso e quero resolver rápido (Sujeito 8 – Trabalhadora de uma UAPS).

A ênfase deixa de estar na doença para estar no doente, ou seja, o encontro entre profissional e paciente abre possibilidades para explorar os aspectos contextuais deste último, assim, o olhar está voltado para os sujeitos únicos e singulares, que são mulheres, homens, crianças e idosos, inseridos em contextos sociais e culturais, e que, em algum (ns) momento (s) de sua existência, são acometidos por uma doença. Isso é colocar a doença entre parênteses e

fundamentar a assistência na lógica da cidadania e do protagonismo dos sujeitos (AMARANTE, 1996; CAMPOS, 2003).

A perspectiva da clínica ampliada considera que o sofrimento, as dores, os riscos e a doença fazem parte da existência. Assim não se pode deixar de considerar que “[...] a doença está lá, dependendo dos médicos e da medicina, é verdade, mas também independente da medicina; dependente da vontade de viver das pessoas, com certeza, mas também independente da vontade dos sujeitos [...]” (CAMPOS, 2003, p. 55). A seguir, uma das participantes aborda o sofrimento que a doença pode causar:

No geral, a visão que eu tenho é de algum sofrimento muito intenso quando a pessoa chega aqui eu consigo identificar, me identificar, ter uma empatia suficiente pra saber que essa pessoa sofre, que ela não está legal, mesmo os psicóticos, que, às vezes, estão muito eufóricos e tal [...] o que é marcante num paciente de saúde mental, que eu me solidarizo muito com eles, é a questão do sofrimento, que eu compreendo que eles têm (Sujeito 23 – Trabalhadora de uma UAPS).

Outro aspecto abordado pelos participantes foi a necessidade de escuta a esta clientela conforme explicitado nos relatos a seguir:

A pessoa que vem aqui, ela precisa de escuta. Às vezes, é mais um problema de falta de comunicação em casa, procura só pra gente está escutando, orientando alguma coisa e é, nesse momento, que a gente orienta uma terapia, procurar uma ajuda de trabalhos manuais, uma ginástica, uma coisa que tire ele daquele ambiente que está ocasionando isso (Sujeito 24 – Trabalhadora de uma UAPS).

São mais carentes que os outros. Carentes de atenção, carentes de escuta. É essa a minha visão, tem que ter mais paciência com eles, um pouquinho mais que já tenho normal tem que ter com eles (Sujeito 10 – Trabalhadora de uma UAPS).

A escuta configura-se uma ferramenta essencial para os trabalhadores da área da saúde no contexto da Reforma Psiquiátrica, pois, através dela, é possível ao profissional se colocar no espaço objetivo externo e subjetivo interno do sujeito assistido, participando e compartilhando o vivido (HIRDES, 2000; SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003).

Contudo, indispensáveis se tornam a ética de escuta e a ética da responsabilidade nesse processo. A primeira corresponde à capacidade do profissional se tornar disponível, internamente, e se esforçar de forma ativa, em compreender os significados, de se comprometer e não ser indiferente com o que vem do outro, neste caso, do paciente. A segunda está relacionada à tomada de

responsabilidade pelos agentes do cuidado do ponto de vista técnico, administrativo e jurídico, mas também cuidar do aspecto humano e subjetivo, praticando o cuidado ativo, dinâmico, reflexivo, criativo no tocante ao aprimoramento das intervenções. Tais concepções implicam um comprometimento do enfermeiro que transcende o cuidado exclusivo com o corpo, visa ao bem-estar dos sujeitos, vistos enquanto seres humanos complexos, envolvendo o aspecto relacional entre o paciente e o mundo que o cerca (MAFFIOLETTI; LOYOLA; NIGRI, 2006; PITTA, 1996, 2001; SOUZA; PEREIRA; KANTORSKI, 2003; TRAVELBEE, 1979).

Para as participantes seguintes, não há diferenciação entre os sujeitos afetados em sua saúde mental e os demais que possuem alguma patologia como hipertensão ou diabetes, pois, independentemente da doença que apresente, trata-se de um sujeito inserido em um contexto e que necessita ser cuidado:

Eu não vejo o paciente da saúde mental tão diferente de como eu vejo um hipertenso, um diabético, ele (paciente SM) tem um tratamento contínuo, por exemplo, medicamentoso. O hipertenso também tem, o renal tem. Ele tem uma patologia igual todas as outras patologias, com as interfaces dela, com os problemas dela, com remédio que dá certo, com remédio que não dá certo, com família que cuida e que não cuida (Sujeito 6 – Trabalhadora de uma UAPS).

São usuários como outro qualquer, mas que necessita de uma atenção especial nessa área de saúde mental. Cada caso é um caso e tem épocas também. É um paciente que tem que fazer um preventivo, tem que ser encaminhado pra uma urologia caso seja homem, tem que tomar a medicação da pressão. A gente não pode estar vendo só a questão da saúde mental, ele é um ser como um outro qualquer com uma patologia específica, mais direcionada [...] precisa de atenção como disse anteriormente em todos os sentidos (Sujeito 16 – Trabalhadora de uma UAPS).

O cuidar, além de sanar uma necessidade orgânica ou não, também oferece possibilidade de troca e de crescimento entre o profissional e o usuário, o que implica a existência de uma relação e um vínculo, porém cabe questionar se nós, enfermeiros, estamos dispostos a avançar neste sentido.

Girondi e Hames (2007) perguntam se não seria conveniente, em muitos momentos, ao profissional permanecer na relação dominador-dominado, pois sair dela significa arriscar-se, ou seja, dos profissionais demanda-se que, no cotidiano dos espaços dos serviços, deixem a condição confortável propiciada pela postura autoritária e enérgica, como ser detentor do saber acerca do corpo, da saúde e da doença do outro, para imergir no contexto dinâmico do cotidiano caótico, diverso e,

consequentemente, assustador dos serviços. Espaço em que está presente o conflito, por sua incompletude enquanto local de promoção da vida, mas que poderá *vir a ser*. Do sujeito, que recebe o cuidado, espera-se uma atitude mais autônoma sobre o corpo e sua vida.

Os enfermeiros também abordaram a questão do preconceito e estigma direcionados aos sujeitos acometidos em sua saúde mental, o que gera dificuldade para que estes recebam assistência de forma equânime. Além disso, para os enfermeiros, muitos pacientes apresentam limitações para a interação social e os profissionais, conhecimentos insuficientes para a abordagem, como pode ser observado nos relatos seguintes:

Ele é marcado da mesma forma como era antes, “chegou o paciente da saúde mental”. Quando chega um hipertenso, chega o Sr. Fulano, que tem hipertensão, então isso me incomoda (Sujeito 6 – Trabalhadora de uma UAPS).

Interação social e tudo eu acho que é difícil pra certos pacientes ter esse tipo de interação social. Acho que, por ele mesmo, às vezes, nem é pela sociedade, mas eu acho que a sociedade tem realmente uma dificuldade de aceitar um paciente com problema mental [...] a própria sociedade tem um preconceito muito grande, porque você vira e fala o seguinte: “ah, eu fui ao psiquiatra” a pessoa já te olha diferente [...] as pessoas não tão acostumadas a tratar da cabeça, as pessoas estão acostumadas a tratar do pescoço pra baixo, doença é aqui (corpo) a cabeça da gente não adoce. (Sujeito 27 – Trabalhadora de uma UAPS).

Eu acho que ninguém está estruturado ainda pra isso não, sabe, pro problema da mente mesmo, porque a gente não conhece a mente da gente. Você conhece uma parte da sua mente, é uma incógnita, difícil, eu acho difícil, o tratamento não, a gente lidar mesmo com o doente mental, eu acho, dificuldade de você lidar, do próprio paciente também e da sociedade aceitar esse paciente, porque é um tabu um paciente que é doente mental, é um tabu. (Sujeito 27 – Trabalhadora de uma UAPS).

Nestes fragmentos de fala, aparecem situações que são exemplos da dificuldade que indivíduos e sociedade têm em acolher o que é diferente. Para Goffman (1988), o estigma tem como características sociológicas a presença de um indivíduo com um traço que o afasta das relações sociais quotidianas, por distanciar aqueles que ele encontra, extinguindo a possibilidade desses outros se atentarem para outros atributos que o sujeito possui. O agir diferente e a forma própria de vivenciar as experiências associados à loucura ainda geram estranheza e aversão no espaço social, levando à perda de credibilidade e autonomia do sujeito diante da

sociedade. A marca da loucura irá permear toda a existência, pois, uma vez considerado louco, ele o será sempre, não existem ex-loucos.

O aspecto social foi relacionado pelos participantes como um dos fatores que contribuem para o adoecimento físico e psíquico, ou seja, o estado saúde-doença recebe a influência do meio sociofamiliar, econômicos, cultural e biológico em que está inserido (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA, 1998), como pode ser observado nos relatos a seguir, mostrando uma indelével marca de como esse cidadão doente mentalmente ainda está em trânsito para ser visto e encarado como um sujeito:

O nosso usuário é muito massacrado, porque tem muito problema social, então o adoecimento físico vem muito do social, se ele está desempregado, se tem um filho usuário de droga, tem um alcoolista na família, se mora de aluguel naquele mês não pôde pagar, ele adocece, porque é psicossomatização. (Sujeito 9 – Trabalhadora de uma UAPS).

É então essas duas vertentes: o usuário realmente muito massacrado, mulheres chefiando as famílias muito sobrecarregadas, isso tudo é fato, e também o usuário tirando muito proveito de sofrimento, aí, com isso, ele não quer melhorar, aí, você fica meio atada assim, porque você quer despertar a pessoa ela pra sarar. (Sujeito 9 – Trabalhadora de uma UAPS).

Como pessoas fragilizadas, carentes de tudo na vida, então assim quando se perde tudo, a única certeza que tem é a do remédio, cria-se um vínculo com essa medicação que precisa ser dosado. (Sujeito 20 – Trabalhadora de uma UAPS).

Acho que tem que ver o conflito, 99, 95% é problema social, são conflitos internos e familiar, usam droga pra poder esconder, acha que a droga vai aliviar os problemas deles [...] Tomam comprimidos e acham que remédio vai aliviar os problemas [...] então a gente, podendo, a gente tenta trabalhar isso mesmo da autoestima, tentar trabalhar conflito pra ver se não fica só dependendo do remédio. (Sujeito 21 – Trabalhadora de uma UAPS).

Alguns enfermeiros atribuíram o sofrimento psíquico a causas originadas dentro do contexto familiar, como os abusos sexuais, os traumas, a falta de suporte, de apoio, de conhecimento e de paciência dos familiares para cuidar desses sujeitos em construção:

Eu acho que esses pacientes são vítimas do que acontece no meio familiar, porque a gente vê que não é uma coisa deles que vem da infância. É uma coisa que a pessoa acaba adquirindo por alguma vivência familiar, eu já fiz preventivo de mulheres que foram estupradas por pais, entendeu? Que tiveram que fazer algum tipo de aborto por pressão de familiar ou por pressão de marido, no caso

namorado. Então a gente vê que isso afeta muito e não afeta temporariamente, isso gera na pessoa um trauma, desencadeia uma doença, depressão, alguma coisa por um longo período. (Sujeito 11 – trabalhadora de uma UAPS).

Bom, tem aqueles que, às vezes, você vê que sofreu algum trauma, alguma coisa que desencadeou alguma ... Muitos deles, às vezes, vêm aqui porque quer que você resolva um problema pra eles, eles não querem tomar iniciativa e estão tentando buscar uma solução, eles querem uma receita de bolo. Ah, tem uns que vêm aqui porque brigou com marido: “Como é que vou fazer agora?” Como é que você vai fazer? Aí você conversa: “por que você brigou? O que aconteceu?” (Sujeito 15 – Trabalhadora de uma UAPS).

Eu acho que é uma das piores doenças que tem, que uma pessoa pode ter. Eu acho muito difícil o relacionamento deles com a família, porque, normalmente, as famílias não têm estrutura que eles precisam, principalmente do apoio da família, eu acho que eles sofrem muito, a família não tem esclarecimento suficiente, não tem paciência ou, às vezes, nem tem quem cuide. Eu acho que são pacientes bem discriminados pela própria família, eles não têm o apoio que teriam que ter da família, que é onde eles complicam, muitas vezes, são abandonados.(Sujeito 16 – Trabalhadora de uma UAPS).

Estes fragmentos de falas dos participantes vão ao encontro do apontado na literatura acerca da influência do meio no processo saúde-doença, já que o intenso processo de urbanização e industrialização, a desigualdade do acesso à assistência à saúde e da distribuição de renda, o desemprego, a convivência em local com incidência de violência e criminalidade e condições precárias de habitação são fatores apontados como contribuintes na alta prevalência de transtornos mentais e estresse na população sul-americana (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Há evidências de que o aparecimento ou agravamento de muitos sinais e sintomas psiquiátricos estão relacionados a eventos traumáticos ocorridos ao longo da existência do indivíduo em experiências negativas vividas nos meios familiar e social. Como exemplo do que foi exposto, podem ser citadas as somatizações, as alterações de atenção, de consciência, de autopercepção, de impulsividade, as alterações afetivas, as queixas dissociativas e o transtorno de estresse pós-traumático, quadros que, comumente, estão ligados a histórico de abusos e negligências sofridas na infância (BREWINet al. 2009; SHONKOFF; BOYCE; MCEWEN, 2009; VAN DER KOLK et al. 2005; MCEWEN, 2007; VIOLA et al. 2011).

Ao analisar os pontos de vista dos enfermeiros acerca dos sujeitos que buscam cuidados na área da saúde mental nos serviços que compõem a rede, constatou-se que progressos já foram alcançados, mas ainda há que se avançar no que concerne aos valores e conceitos de clínica ampliada, a fim de que o fator humano ganhe relevância na assistência e não apenas o biológico.

De acordo com as concepções de clínica ampliada, o sujeito das intervenções do enfermeiro é o “[...] sujeito concreto, social e subjetivamente constituído [...]” (CAMPOS, 2003, p. 54). Esta abordagem, assim como as diretrizes da reforma psiquiátrica inovaram, no cenário das práticas em saúde mental, por tratar, fundamentalmente, do humano. Ao considerarem o aspecto humano, trouxeram para o cenário das práticas de saúde a necessidade de conviver, refletir e lidar com a complexidade do viver em família, em comunidade e em sociedade, bem como com a dor e com as limitações humanas (YASUI, 2010).

Tais abordagens contribuíram com a criação de uma ruptura, nos campos teórico, ideológico e da prática, entre sujeitos, detentores do saber e produtores de assistência em saúde, e objetos, receptores passivos do cuidado e não possuidores de conhecimento acerca do próprio processo saúde-doença. Os profissionais e os pacientes são considerados sujeitos envolvidos em um encontro de cuidado, no qual ambos devem se implicar na busca por níveis mais saudáveis de saúde (YASUI, 2010).

Ressalta-se que, nesta perspectiva, os enfermeiros são desafiados a permitir a reentrada do enfoque humanístico em sua prática, uma vez que a Enfermagem surgiu no cuidado domiciliar e consolidou-se através do tempo como uma profissão capaz de apreender o sensível, de compreender, respeitar e oferecer ajuda e acolhimento, sobretudo devido à grande presença do feminino como força de trabalho. Entretanto, influenciada pela racionalidade ocidental, que enfocou o científico maciçamente em detrimento do humano e do subjetivo, presencia-se um certo distanciamento do enfermeiro em relação ao sujeito cuidado (GIRONDI; HAMES, 2007).

A enfermagem, que já é uma prática consolidada dentro do enfoque humanístico, não necessita de mudanças neste aspecto, mas do retorno a esta essência através da inserção da humanização na prática e nas vivências quotidianas da profissão a fim de ser capaz de humanizar a relação com o outro, bem como o viver em enfermagem (GIRONDI; HAMES, 2007).

4.4 CLÍNICA AMPLIADA: Concepções, valores e conceitos correlatos aos aspectos humanísticos da enfermagem

A fim de compreender e refletir a prática quotidiana da enfermagem no campo da saúde mental na rede foram feitos questionamentos aos participantes do presente estudo acerca das concepções e entendimento dos conceitos de clínica ampliada. Os resultados deixaram claro que, embora os enfermeiros identifiquem aspectos humanísticos como eixos da clínica ampliada, eles desconhecem a definição clara, objetiva, científica e metodológica desta proposição.

Para a análise da categoria, foi considerado o cenário da pós-modernidade como pano de fundo para o fazer em saúde e em Enfermagem, que constitui prática social inserida em um contexto histórico, cultural, ideológico e socioeconômico.

O mundo social, para a microssociologia compreensiva, constitui um espaço de socialidade, resultado de uma interação contínua, em que os elementos de um ambiente social estão em constante movimento, garantindo-lhes a propriedade de reversibilidade dentro desta matriz, que é o meio social. Assim, a concepção de social ultrapassa a visão do mesmo como resultante de uma determinação político-econômica ou mero resultado da associação de indivíduos autônomos (MAFFESOLI, 1991).

A clínica e o cuidado praticados dentro dos serviços, quando é considerada a partir da lógica da socialidade, são capazes de gerar espaços de reflexão e ação que transcendem o poder totalitário e unificador do modelo cartesiano (GIRONDI; HAMES, 2007; MAFFESOLI, 1984 apud ALVES 1999).

A partir desta perspectiva, será realizada, nesta categoria, a análise dos conceitos de clínica ampliada no cotidiano dos serviços. Em geral, os enfermeiros entrevistados disseram não conhecer os conceitos de clínica ampliada na íntegra, embora tenha sido possível observar que tais conceitos estão implícitos como valores e filosofias que dão suporte/embasamento ao trabalho e ao cuidado, sobretudo para os trabalhadores que atuam em CAPS e em Unidade de Atenção Primária à Saúde.

Os conceitos e valores da clínica ampliada estão presentes em suas falas quando citam que a assistência deve buscar revelar a autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos no processo saúde-doença; os sujeitos singulares são considerados, principalmente, em sua dimensão socioeconômica e em seu contexto familiar, sendo os aspectos subjetivos menos destacados durante os atendimentos (BRASIL, 2004b; CAMPOS, 1999, 2003; CUNHA, 2005; VERGÍLIO; OLIVEIRA, 2010).

Os participantes abordaram o cuidado fragmentado, próprio do modelo flexneriano, como fator negativo, porém ainda muito presente na atenção em saúde mental. Porém, algumas mudanças no campo ideológico podem ser percebidas através dos relatos a seguir em que os entrevistados já se demonstram preocupados em lançar seus olhares além da dimensão biológica do sujeito, ou seja, para os sujeitos propriamente ditos e para o contexto em que estão inseridos:

Falar de clínica ampliada me faz lembrar de rede de serviços em que o paciente é visto de forma integral. Por exemplo, eu fui fazer uma visita domiciliar aí a gente viu onde ele morava, qual era a situação econômica, se ele recebia benefício, qual era a condição de higiene e limpeza, a saúde. (Sujeito 1 – Trabalhadora de um CAPS).

Vê a pessoa como um todo, não trabalhar, focalmente, naquele problema específico e sim, vê todo o universo que pode ter feito o usuário chegar naquele ponto, eu acredito que sim (referiu-se à utilidade da aplicação dos conceitos de clínica ampliada na prática), por trabalhar com ser humano, com núcleo familiar, com núcleo comunitário até religioso mesmo [...]. Eu acredito que clínica ampliada seja isso, ver a pessoa no universo que ela está, não ver só o problema do adoecimento, mas também prevenir o adoecimento. (Sujeito 9 – Trabalhadora de uma UAPS).

Seria a saúde pública ampliada onde você vê o indivíduo em todo seu contexto social e tudo que interfere nele como determinantes ou não de doenças. (Sujeito 20 – Trabalhadora de uma UAPS).

Olhar o cotidiano sob o prisma da clínica ampliada engloba considerar as situações de vulnerabilidade e o risco, sejam elas de cunho social, econômico, histórico ou cultural. Significa ver que só há doença em sujeitos, em pessoas. Falar em clínica ampliada é falar de clínica de sujeitos, pois estes devem estar em destaque e não ocupar o lugar de meros objetos do cuidado. O diagnóstico comporta a construção de um mapa de vulnerabilidades e não se resume apenas ao conhecimento da doença pelos seus sinais e sintomas (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Nos relatos a seguir, as enfermeiras apontam que clínica ampliada envolve enfocar o sujeito em seu contexto e relacionar o processo de adoecimento aos aspectos socioeconômicos e ao ambiente em que está inserido:

Eu penso que a clínica ampliada é essa questão de você ver o indivíduo nas várias facetas da vida dele, não é só a saúde mental. Ele é uma pessoa que convive na família e que está numa comunidade e que pode adoecer de outras coisas e que pode ter um potencial de saúde pra outras questões, então eu acho que clínica ampliada é isso, você não focar só naquela doença, mas você ter a visão de tudo que acontece na vida dele. (Sujeito 26 –Trabalhadora de uma UAPS).

É você fazer o seu procedimento, seja ele técnico ou atendimento com o usuário, focando além da doença. Compreender aquele usuário como uma pessoa, inserida numa família, numa comunidade, numa sociedade, independente da doença que ele tenha e vincular, aí sim, o processo dele de adoecimento, com toda essa relação social que ele tem e econômica, todos os vínculos que ele tem. Então é você observar enquanto pessoa inserida em um ambiente, não só o doente, a pessoa portadora, como tinha aquele hábito antigamente de chamar pela doença, o psicótico, o neurótico, ou o número, não, ele é uma pessoa.(Sujeito 29 –Trabalhadora de uma UAPS).

Quando a prática clínica se pauta unicamente na racionalidade do biológico, sem relacionar a interação sujeito-meio, ela se torna reducionista. Na perspectiva da clínica ampliada, cabe aos profissionais o compromisso ético e a responsabilidade de dar resolutividade aos casos no sentido de prevenir e tratar as doenças, mas também de ajudar na produção de sujeitos mais autônomos, que sejam capazes de vivenciar o cotidiano, mesmo convivendo com uma doença crônica (BRASIL, 2004b; CAMPOS, 2003; CUNHA, 2005; VERGÍLIO; OLIVEIRA, 2010).

Quanto ao trabalho da enfermagem no cotidiano, destaca-se que “[...] o sentido genuíno do cuidar é promover a vida[...].” (SOBRAL et al., 2003, p.1). O cuidado ocorre no cotidiano dos serviços, que é atravessado pelas dimensões do

real, do fantástico, da ficção, da criatividade, da dualidade e da banalidade. Espaço de produção de saúde e vida, que, muitas vezes, na relação com os sujeitos cuidados, é capaz de abalar as certezas de nós, profissionais, habilitados na academia para cuidar com razão e com lógica (GIRONDI; HAMES, 2007).

Para Girondi e Hames (2007), o cotidiano do processo de cuidar, a partir da óptica da pós-modernidade, está repleto de significados, o que faculta ao enfermeiro transcender o que está posto e ter oportunidade de vivenciar as várias facetas dos modos de vida e formas de ser cuidado dos sujeitos acolhidos nos serviços. Para tanto, há que se experienciar o cotidiano em sua dinâmica, pluralidade, contraditoriedade e banalidades, fazendo-se necessária a sensibilidade dos enfermeiros e demais profissionais que cuidam para apreender a essência da vida e do viver das pessoas que recebem o cuidado (GIRONDI; HAMES, 2007).

Trata-se de compreender este complexo processo como um híbrido de sensibilidade e cientificidade, devolver aos clientes a posse de seus corpos, ajudá-los a refletir a respeito de si mesmos e de sua saúde e dos significados “que trazem para si, para que o sentido do existir se faça presente”. (GIRONDI; HAMES, 2007, p. 93).

Em outra fala, a enfermeira aponta que a concepção de clínica ampliada vai ao encontro das concepções ideológicas da Estratégia Saúde da Família (ESF):

Eu acho que isso a gente já trabalha. O PSF trabalha com isso e eu acho que a enfermagem, a formação da enfermagem sempre foi essa também, pelo menos, na minha época da faculdade, a formação principal era essa, vê o paciente, escutar. E eu acho que a especialização na saúde da família foca muito isso também, a teoria que a gente trabalha do PSF é essa. (Sujeito 16 – Trabalhadora de uma UAPS).

As concepções da participante estão em concordância com o enfoque teórico da ESF, que sinaliza para a mudança de modelo assistencial, uma vez que destaca a importância da inserção das equipes nas comunidades, o conhecimento dos contextos em que os usuários estão inseridos, o acompanhamento contínuo de pacientes, famílias e comunidades, o primeiro contato, o desenvolvimento de vínculo e de responsabilização pelos casos (BRASIL, 2003; BRASIL, 2011b; STARFIELD, 2002).

No fragmento de fala a seguir, uma das entrevistadas relata um caso em que ela considerou haver a corresponsabilização entre profissionais e usuário e o enfoque direcionado ao sujeito:

A gente fala saúde mental só fica pensando na doença até eu mesma, mas [...], no PSF, dá pra você construir mais a saúde mental, é aí vou te dar só um exemplo: uma família, uma mãe, um pai e três filhos numa casa precária, uma família doente, crianças doentes, a casa totalmente desorganizada, mas doente gripado, com rinite. Não tinha ninguém com doença mental, todos prestes a ter, por quê? Se você tem uma casa toda desorganizada, tem uma criança que não tem o nome de pai e que o pai dos dois outros irmãos [...] é o que habita a casa, [...] o pai dele [...] foi embora e nunca mais apareceu, a mãe querendo organizar essa situação e não conseguindo, sem cuidado pessoal, uma mãe totalmente descuidada. Então aí você chega pra ver a saúde desse povo, o que você pode fazer pela saúde mental desse povo? Então, aí você precisa da rede, você pesa e mede essas crianças, corrige o cartão de vacinas pra eles pararem de adoecer, põem as crianças na puericultura, aciona o CRAS, que é o serviço social, [...] o que o CRAS fez? Esse menino estava sem a certidão original, além de ter só o nome da mãe, a certidão estava perdida. O CRAS tem advogado, então conseguiu-se a certidão original desse menino, [...] isso foi tudo organizado pela assistência social, que é do próprio município. Aí a gente inscreveu o que tinha baixo peso no SAD pra poder receber o leite e não permanecer sempre doentinho igual ele tava, melhorar o peso, melhorar o cuidado. A mãe, por sua vez, achou alguém que a escutasse, nunca mais chegou desarrumada, nem suja, o relacionamento até pessoal dela com marido você vê que mudou. Então, quer dizer, aí eu acho que é construir saúde mental. Não tinha ninguém doente mental naquela família, mas prestes a ter, porque era muita a desorganização da própria vida, da própria estrutura familiar. Ah! a inscrição... é certo ou errado a bolsa família existe, então se eram três crianças numa casa, um marido e uma mulher e só um, nem um salário mínimo, essa bolsa família é... aí eu encaminhei, o CRAS também inscreveu e ela já tá recebendo o bolsa família. Então quer dizer, a comida melhora, tudo melhorou naquele lugar, se amanhã, junto com aquilo, ia ter uma doença mental eu não sei, mas que a saúde mental daquele lugar melhorou, melhorou. E, junto com ela, melhorou tudo, a autoestima, você não vê ela chegar, ela chegava na unidade, parecia um maltrapilho, você tem que ver ela e as crianças chegando pra fazer o controle, são outras pessoas. Por isso que eu acho que, se as pessoas gostassem mais da saúde mental e tivessem mais disponibilidade pessoal de tá pensando no cuidado de uma forma ampliada, eu acho que até ajudaria não ter tanta doença mental. (Sujeito 6 – Trabalhadora de uma UAPS).

Franco e Merhy (2006) apontam a existência de um modelo de saúde que oriente o processo de trabalho, não significa mudanças substanciais nas práticas dos profissionais e, em se tratando de assistência na área de saúde mental, pode-se observar, através desta pesquisa, que ainda há dificuldades em manejar esta assistência.

É fundamental o compromisso dos profissionais da ESF em resolver os problemas de saúde dos usuários através do acolhimento com escuta qualificada, da criatividade, da capacidade de desenvolver e manter vínculos, fatores que constituem argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde.

Outros aspectos destacados pelos entrevistados foram a construção do projeto terapêutico, o trabalho em equipe, a educação continuada e a prática multiprofissional e/ou interdisciplinar:

O que eu vejo da clínica ampliada é uma pessoa ou mais, com profissionais de vários tipos de profissões e setores em prol do cuidado, do projeto terapêutico, construção do projeto terapêutico daquela pessoa [...] a construção do cuidado de um indivíduo ou de um grupo, no caso, se forem mais pessoas juntas, com vários profissionais e com a oportunidade de vários locais de atendimento, porque também não adianta ter várias pessoas construindo o projeto [...] se não tem aonde ele fazer uma oficina terapêutica, não tem aonde ele conseguir a medicação, se não existe o familiar, se não existe o psicólogo. (Sujeito 6 – Trabalhadora de uma UAPS).

A equipe multidisciplinar, interdisciplinar que esteja contemplando as necessidades da pessoa, tanto psíquicas, quanto social [...] Eu acho que o principal dessa clínica ampliada, o que deveria ser, seria estar promovendo encontros entre os profissionais, tem a questão do matriciamento. (Sujeito 2 – Trabalhadora de uma UAPS).

O projeto terapêutico singular é uma ferramenta que as equipes podem lançar mão a fim de dar uma resposta às demandas dos sujeitos, famílias ou comunidades. Trata-se de um plano de ações articuladas construído a partir de discussões de casos de uma equipe multiprofissional e/ou interdisciplinar, a fim de colher as contribuições dos diversos campos de saber envolvidos (BRASIL, 2007b; CAMPOS; AMARAL, 2007; CUNHA, 2005).

Esta enfermeira abordou como exemplo de prática direcionada pela concepção de clínica ampliada um programa multiprofissional de atenção ao idoso existente no município:

Uma clínica ampliada tem consulta de enfermagem voltada, específica para a geriatria, eles vão ver aquele idoso de uma forma holística, exatamente pra dar o melhor de cada profissional, dá o melhor de seu conhecimento e colocar no plano de cuidado. (Sujeito 2 – Trabalhadora de uma UAPS).

As equipes multiprofissionais e/ou interdisciplinares são compostas por profissionais de várias áreas de saber que mantêm um grau de comunicação, que favorece a troca de saberes, afetos e aumento da corresponsabilidade entre seus

membros. O processo de trabalho é pautado pelas intervenções de ordem técnica, mas também pela integração e articulação dos atores envolvidos como elos de uma corrente, através de intermediação da comunicação (BRASIL, 2007b; PEDUZZI, 1998; PEDUZZI, 2001).

Todavia, o estudo mostrou que o processo de trabalho ainda ocorre de forma fragmentada, sendo as articulações entre profissionais dentro da mesma equipe e entre serviços e setores muitos frágeis e quase inexistentes. Tal fato se dá em decorrência do modelo de individualização e especialização do trabalho que se interpõem à concepção do sujeito como um ser integral, ativo e corresponsável pelo seu processo saúde-doença (BORGES; SAMPAIO; GURGEL, 2012).

Uma das participantes demonstra fragmentação da equipe em sua fala ao relatar que, no serviço em que atua, profissionais como o enfermeiro e o assistente social não são inseridos (ou não se inserem?) em todas as atividades do serviço:

Eu percebo é que a fala é clínica ampliada, mas, na hora da clínica ampliada, ela existe pra alguns, não existe pros outros que teriam que estar também na clínica ampliada, outras categorias profissionais. O acolhimento é um procedimento que tem que estar disponível a todos os profissionais e aqui não é mais assim, antigamente o médico fazia o acolhimento, o psicólogo fazia acolhimento, todos os profissionais faziam acolhimento, hoje não, duas pessoas fazem acolhimento. (Sujeito 3 –Trabalhadora de um CAPS).

A fim de superar, gradativamente, o problema da fragmentação das equipes e, para favorecer a mudança do modelo da clínica tradicional para a ampliada, é necessário que cada serviço disponha, em seu cotidiano, da ferramenta da educação continuada para facultar a reflexão, a construção e reconstrução de conhecimentos e alteração de posturas dos trabalhadores.

Para tanto, podem ser utilizados conhecimentos já estruturados em outras áreas que compõem a argamassa teórica que sustenta os conceitos de clínica ampliada, tais como: conhecimentos acerca do funcionamento do sujeito, considerado além de sua dimensão orgânica ou biológica, da saúde coletiva, da pedagogia, da psicologia, da antropologia, das ciências sociais e políticas e, também, elementos de gestão e de planejamento (CAMPOS; AMARAL, 2007).

No decorrer de uma entrevista, uma das participantes cita um caso para ilustrar sua concepção de clínica ampliada. Fica clara a prática embasada neste referencial, pois a paciente foi acolhida no serviço e teve contempladas suas

necessidades não só físicas e biológicas. O contexto em que estava inserida foi considerado e, a partir daí, foram implementadas as intervenções, sendo a terapêutica não restrita apenas à administração de medicamentos, foram também consideradas as dimensões social e subjetiva:

Chegou uma paciente aqui uma vez muito debilitada, ela não tinha nem pra onde voltar e o que aconteceu? Ela foi atendida no acolhimento, isso foi de manhãzinha, já tinha médico aqui, ela foi medicada, ela ficou na enfermaria pra desintoxicação. Nesse mesmo tempo, a pessoa que acolher entrou em contato com a casa da cidadania, casa da cidadania não [...] albergue, pra poder ter um lugar pra ela voltar, aí o albergue entra em contato com a casa da cidadania [...] resumindo [...], a menina alimentou, tomou banho [...] parecia outra pessoa. E ela estava assim, ela veio pra cá, aquela coisa [...] última tentativa, mal, pra baixo, saiu daqui com medicação, com um lugar pra ficar [...] se ela vai pra rua, não é que se perde, mas fica mais difícil de recuperar. [...]. No dia seguinte, ela voltou e tá aqui até hoje, já tá participando do grupo de tabagismo, reduzindo o número de cigarros, já engordou, sabe? Do primeiro dia que você vê a pessoa pra hoje, tão pouco tempo depois, você não acredita que é a mesma pessoa, desenvolve a técnica de bijuteria perfeitamente. (Sujeito 5 – Trabalhadora de um CAPS).

Tratou-se de um trabalho que colocou a clínica ampliada em ação e ultrapassou a questão da queixa-conduta, pois houve a participação da equipe multiprofissional, buscando dar uma resolutividade para o problema apresentado pelo usuário. As intervenções não se limitaram à consulta e ao fornecimento de receita, sem maiores implicações com o sujeito.

Uma das entrevistadas aborda que a prática cuja diretriz é a clínica ampliada envolve a organização de rede de cuidados, para que haja integração e articulação entre serviços e todas as necessidades e vulnerabilidades do paciente sejam contempladas:

Construção de rede, participação multiprofissional, envolvimento de outros setores, o que eu penso disso? Eu acho que é um pouquinho do que eu falei agora por último, é essa construção de rede, seria mais ou menos isso, que não existe. Olha, eu acho que essa clínica ampliada é essa construção de rede, eu acho que é fundamental. (Sujeito 5 – Trabalhadora de um CAPS).

Ao abordar a clínica ampliada como noção capaz de orientar o trabalho do enfermeiro e das equipes de saúde, uma das enfermeiras entrevistadas relatou que a assistência em saúde mental fica comprometida por não estar bem-estruturada,

nomunicípio, um programa de saúde mental que atenda às demandas dos profissionais e da clientela:

Eu acho que, enquanto enfermeira, a gente tem uma base até boa para se trabalhar com a questão da psiquiatria, da saúde mental, mas eu percebo que, na realidade prática, como isso ainda, eu vou te falar até discriminação, porque dentro dos programas do município é o mais capenga, será que isso também não é uma forma de discriminação com esses usuários? Por que este programa tem tão pouco investimento? Saúde da mulher está aí bombando, você consegue fluxo pra tudo enquanto é lado e o de psiquiatria está lá, é um problema do município há muitos anos a questão psiquiátrica. Eu te falo até de conseguir vaga. Sabe quantas vagas eu tenho por mês, por equipe para atendimento do psiquiatra? Oito. Tenho duas vagas por semana. Acesso ao CAPS? Praticamente nenhum. Você tem que mandar o usuário, que tem que chegar lá de 8 às 9h, se não chegar naquele horário, não for o primeiro da fila ele não consegue entrar. Então isso desmotiva. Talvez a gente pudesse utilizar os conceitos da formação e ampliar esses conceitos. A formação até dá uma base, você não consegue, porque você não tem respaldo, porque do mesmo jeito que eu tive os conceitos de psiquiatria, eu tive os conceitos de saúde da mulher, mas os de saúde da mulher eu consigo executar, os da psiquiatria está amarrado. Eu acho que o investimento maior deveria ser nos CAPS, porque tem muito caso que vai pra consulta, que ocupa uma vaga de psiquiatria que não precisava estar ali, está ali porque não tem outro lugar pra ir. E isso é uma queixa inclusive dos outros profissionais, não é só da enfermagem, dos médicos, dos assistentes sociais, de todo mundo, o entrave hoje na saúde mental é enorme, hoje e sempre foi. Não vou te dizer que piorou não, porque nunca teve bom, então é uma coisa esquecida. (Sujeito 29 – Trabalhadora de uma UAPS).

No estudo da filosofia, dos valores e conceitos de clínica ampliada para enfermeiros, pôde-se verificar que eles estão presentes no arcabouço ideológico dos profissionais, mas ainda não foram capazes de causar um impacto substancial na assistência e na visibilidade das ações de enfermagem em saúde mental. Em decorrência, a enfermagem permanece com sua prática centrada no modelo biológico e na assistência padronizada presa a normas e rotinas rígidas que não dão espaço para ampliar o enfoque do cuidado para o aspecto humanístico e transcender o modelo hegemônico.

A atenção fica engessada nos manuais e os profissionais não expandem as orientações neles contidas a fim de adequá-las às peculiaridades de cada contexto e às da clientela que assistem. Reflexos do devir da modernidade, que necessita ser superado, para favorecer o surgimento de uma nova enfermagem fundamentada na lógica da interação, como apontam os pressupostos da pós-modernidade. Este

raciocínio acerca da prática da enfermagem nos inspira a repensar o cotidiano e o quanto estamos preparados para agir a favor de uma atenção em saúde mental voltada para o cuidado com o humano e não só com a doença.

Os conceitos, valores e filosofia da clínica ampliada e os pressupostos do modelo psicossocial se mostram como paradigmas adequados para superar modelo moderno de assistência em enfermagem por inserir o cotidiano como espaço-tempo favorável ao desenvolvimento das interações entre humanos, entre sujeitos históricos, socioculturais e subjetivamente constituídos que ocupam lugares transitórios de profissionais e pacientes.

Aparentemente, os pressupostos da modernidade que delimitam a enfermagem como um “dever ser” e um “dever fazer” em função da prática hegemônica do médico não habitam mais os espaços da pós-modernidade. Esse espaço repleto de nuances e de pequenas, mas importantes coisas do dia a dia, que vão dando um contorno mais real e mais estético a um mundo que precisa de uma enfermagem que seja capaz de transformar a realidade social com a qual coexiste no tempo e no espaço mundo.

Desta maneira, uma superação se faz necessária. Precisamos reascender a lâmpada e redimensionar as bases filosóficas da enfermagem em um contexto onde a interação e a dinâmica humanística sejam as metas que darão materialidade às propostas da reforma psiquiátrica. Necessitamos “trocar os óculos” e ver o mundo do cuidado a partir do sujeito cliente que deve ser o centro do processo do cuidado humano.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo contribuiu abrindo um espaço para o avanço do conhecimento na área da Enfermagem em saúde mental, pois revelou as fragilidades, as lacunas teóricas e práticas, as inespecificidades e a falta de um referencial teórico-filosófico capaz de contribuir para a maior autonomia do enfermeiro em relação ao trabalho médico. Em contrapartida, sinalizou para a importância do conhecimento e impressão, na prática, dos conceitos de clínica ampliada como uma diretriz assistencial em consonância com o paradigma da reforma psiquiátrica.

Deste modo verificou-se que a Enfermagem já obteve grandes avanços na assistência em saúde mental, porém ainda se faz necessário ampliar o enfoque da assistência, considerando não só o aspecto biológico do cuidado, mas também o socioeconômico, histórico, subjetivo e contextual envolvido em cada ação da enfermagem em saúde mental.

Os conceitos, valores e filosofias encontrados nas categorias, de forma geral, revelaram que o trabalho dos enfermeiros é marcado, sobretudo, pelos conceitos, valores e filosofias do modelo biomédico, do modelo manicomial e da cultura da loucura como doença que incapacita e impede o exercício da cidadania e que o tratamento ainda envolve muito a segregação do sujeito da sociedade.

O estudo revelou a precariedade da assistência em saúde mental no município, que não tem serviços substitutivos suficientes para atender toda a população, conseqüentemente, não existe um sistema de referência e contrarreferência estruturado para atender às demandas, o que gera desassistência à população.

A criança ou o adulto que necessita de atenção em saúde mental pode buscar os serviços de Atenção Primária, mas, em geral, são feitos encaminhamentos para a média complexidade, tendo os mesmos que aguardar agendamento que pode demorar vários meses devido ao pequeno número de vagas disponíveis frente a demandas nesta área. Assim, os pacientes com problemas relacionados à saúde mental e, sobretudo, ao consumo de álcool e drogas ficam “à deriva” na rede desestruturada de saúde mental do município.

Acerca da clínica ampliada, os profissionais demonstraram desconhecer e outros não saber descrever de forma clara seus conceitos, valores e filosofias,

apresentando apenas deduções inespecíficas que se aproximam das concepções e que, conseqüentemente, não são capazes de causar um impacto substancial na assistência e na visibilidade das ações de enfermagem em saúde mental.

A noção de cuidado está voltada, principalmente, para a doença. Certamente, não se deve negar a doença, mas ampliar a noção de cuidado, considerando o humano como ser singular que traz implícitas suas vivências, experiências, condições de vida, história, desejos e expectativas quando busca um serviço de saúde.

O pouco conhecimento acerca da clínica ampliada, da assistência em saúde mental; a rede de saúde desestruturada; o baixo número de serviços substitutivos; a falta de apoio matricial estruturado; a falta de capacitação dos profissionais; as deficiências durante o processo de formação e os próprios desejos e relações dos profissionais com a área da saúde mental foram fatores constatados na pesquisa como geradores da ineficiência das ações em saúde mental no município. Tais fatores são entraves para o avanço do movimento da reforma psiquiátrica, bem como para a ampliação da rede de saúde mental, visando à integralidade da atenção e à humanização do cuidado.

Esses dados refletem na prática da enfermagem e no cuidado prestado de forma negativa, pois limitam as possibilidades de estes profissionais prestarem uma assistência integral e humanizada. Dentro das especificidades da atuação da enfermagem na equipe multiprofissional, contribuem para a atuação dependente do trabalho de outros profissionais, já que o modelo prioriza intervenções sobre a doença e não sobre o doente, em geral, voltadas para medicalização e hospitalização.

Na área da saúde mental, a enfermagem, sobretudo durante o século XX, presenciou as mudanças nos paradigmas em saúde mental, sendo necessário que a escola de formação nessa área acompanhe tais transformações.

Nos últimos anos, as escolas de enfermagem brasileiras vêm passando por processo de reformulação em seus currículos, pois a escola inserida em uma realidade social dinâmica necessita ajustar-se a ela. Os currículos são instrumentos que devem refletir os interesses, princípios e orientações gerais para a prática pedagógica, tendo-se em vista o desenvolvimento dos educandos.

Uma reforma curricular não é um processo rápido, já que envolve uma série de mudanças de concepções e práticas a fim de fortalecer as bases teóricas e

filosóficas sobre as quais o ensino de enfermagem está assentado. Com isso, busca-se uma profissão cada vez mais autônoma, com um corpo de conhecimento científico sólido capaz dar o respaldo necessário ao fazer do enfermeiro, visando também à valorização do trabalho deste profissional.

O estudo verificou que, para ampliar as ações de enfermagem em saúde mental na atenção primária, é fundamental que sejam ofertados programas de capacitação para os profissionais que atuam neste nível de assistência, bem como a organização da rede e a estruturação do apoio matricial das equipes.

Os enfermeiros entrevistados, em sua maioria, relataram que não se sentem capacitados para oferecer uma assistência de qualidade na área da saúde mental devido ao fato de não terem sido oferecidos programas de capacitação na implantação dos serviços substitutivos no município. A assistência encontra-se presa a programas e protocolos verticalizados e, em geral, a assistência se resume à queixa-conduta e à mera emissão de receitas pelo médico, existindo pouca ou quase nenhuma ação autônoma da enfermagem.

De acordo com os dados do estudo, o cuidado ao paciente com transtorno mental e a rede no município não estão estruturados, funcionando de forma fragmentada. Nas unidades de atenção primária, são feitos encaminhamentos para serviços especializados sem o acompanhamento e seguimento para saber se o paciente teve êxito. O tratamento dos pacientes que têm acesso aos CAPSs, aos ambulatórios especializados e dos que estão internados em hospitais psiquiátricos ocorre sem envolvimento dos serviços da rede.

Quanto à atenção hospitalar, constata-se que, ao longo da existência deste dispositivo, muitas já foram as propostas e intervenções para melhorar a assistência oferecida. Entretanto, desde sua origem, traz implícita a representação da libertação da sociedade do perigo da loucura.

Assim, o manicômio pode ser considerado um fracasso devido à função de recepção de sujeitos cujas famílias, muitas vezes miseráveis, não têm condições físicas e psíquicas de acolher, pela exclusão e destituição dos direitos sociais desses sujeitos, por constituir “solução” transitória e ineficaz de precaução social e por ainda estar ligado à razão e às regras da moral, à correção do louco, não considerado como sujeito e cidadão, mas a representação do desatino, da desrazão e da perturbação da ordem e espaço social. Essas são algumas das razões para a superação do manicômio.

É incontestável que a reorientação da atenção à saúde a partir dos enfoques das reformas sanitária e psiquiátrica favoreceu modificações no âmbito da assistência em saúde mental praticada no país, entretanto há muito a se avançar. Em se tratando da organização de serviços e fluxos, com base nas propostas do modelo psicossocial, atualmente, existem diretrizes políticas que a orientam, porém apenas a abertura de serviços e disseminação das ideologias da reforma não garantem mudanças no espaço microssocial dos serviços.

A pesquisa demonstrou que na assistência quotidiana nos serviços as ações de enfermagem desenvolvidas ainda estão focadas no aspecto biológico do ser humano e que ainda existe a centralização na figura do médico e a medicalização do tratamento. Trabalha-se pouco com inclusão dos pacientes com problemas relacionados à saúde mental em programas de promoção, de prevenção e de educação em saúde e há pouca implicação do enfermeiro com as práticas reformistas.

Não se trata de negar a existência da doença e sim ampliar a visão para a complexidade e peculiaridade de cada ser humano, considerando o contexto em que está inserido. Daí a importância de incorporar os princípios da reforma psiquiátrica e da clínica ampliada no âmbito dessas práticas como uma práxis que deve nortear as ações de planejamento da assistência, contribuir para a construção de redes integradas de cuidado e dar continuidade ao processo da reforma.

O estabelecimento de relações, a construção de vínculos terapêuticos, a corresponsabilização entre profissionais e sujeitos na elaboração do projeto terapêutico, o cuidado integrado e compartilhado e a comunicação eficiente foram aspectos citados pelos entrevistados como importantes, porém os dados mostraram que a assistência ainda não está fundamentada nestes conceitos e valores e que sua implementação na prática depende da disposição e desejo individual de cada profissional.

Assim, cabe aos trabalhadores que atuam nos serviços da rede compreender que a assistência em saúde mental deve ultrapassar os conceitos, valores e filosofias do modelo biomédico e buscar em aparatos sociais, comunitários e no estabelecimento de relações de cuidado os meios para desenvolverem intervenções que vão além das da clínica tradicional, que fica restrita à medicalização, fragmentação e exclusão do sujeito de seu meio.

Por ser a enfermagem uma prática social e profissão que cuida de sujeitos, a assistência não se constituiria de momentos de encontros entre sujeitos sociais, concretos, culturais, históricos e subjetivamente construídos? O encontro entre profissionais e pacientes não é também encontro entre sujeitos sociais? A materialidade da clínica ampliada não estaria na construção quotidiana do cuidado através da intersecção entre a filosofia, a ciência, a tecnologia e a ética que constituem o suporte teórico-prático da enfermagem?

Ressalta-se que, ao realizar a pesquisa, não houve o anseio de esgotar o tema estudado, tampouco seria possível. Entretanto, buscou-se chegar às respostas para as questões apresentadas e, ao alcançá-las, gerar um produto para ser explorado por outros pesquisadores que possam dar continuidade nessa busca pelos marcos conceituais e filosóficos das práticas da enfermagem, delimitando linguagens, desvelando valores, redimensionando conceitos e reconstruindo os modos de cuidar do ser humano fundamentado em sistemas interacionistas, dialógicos e, portanto, mais relativizados e menos reducionistas.

Como ponto de chegada, mostram-se outros pontos de partida, onde o cotidiano e seu encantado dia a dia possam ser explorados em toda a sua magnitude e amplitude, permitindo novas agregações de valores e conceitos, que vão, com certeza, colaborar para que a enfermagem deixe de ser marginal e periférica neste processo do cuidado em saúde mental e passe a ser coadjuvante insubstituível do processo do cuidado humano.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicolla. **Dicionário de filosofia**. Tradução de Alfredo Bosi. 21. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.812p. Título original: Dizionario di filosofia.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos Sanitários: Concepção e Organização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania).

ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix de; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. **Rev. esc. enferm.USP**, São Paulo, v.39, n.2, p. 202-210, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf>. Acesso em 09 abr. 2012.

ALVES, Domingos Sávio; GULJOR, Ana Paula. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006. p. 221-238.

ALVES, Marcelo da Silva. **O lúdico na interação aluno paciente no cotidiano da Enfermagem psiquiátrica**. 1999. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. (Org.). **Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995. 136p.

_____. (Org.). **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.146p.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.199p.

BOGDAN, Robert C.; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Portugal: Porto Editora, 1994.336p.

BORGES, Maria Jucineide Lopes; SAMPAIO, Aletheia Soares; GURGEL, Idê Gomes Dantas. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 147-156, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a17v17n1.pdf>. Acesso em 15 fev. 2012.

BRASIL.Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em 12 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde mental**. Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em 26 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: a clínica ampliada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf. Acesso em 12 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf. Acesso em 06 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada: equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2007.pdf. Acesso em 15 fev. 2012.

_____.Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.088/GM/MS de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em 05 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n.º 2488/2011. **Institui a nova Política Nacional de Atenção Básica, revogando a Portaria MS n.º 645/2006**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em:

<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em 10 nov. 2011.

BRÊDA, Mércia Zevianiet al. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.3, p.450-452, mai./jun. 2005.

BREWING, Chris R. et al. **Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A**. J. Trauma Stress. v. 22, n.5, 2009. pp. 366-73. Disponível em:

<http://bjp.rcpsych.org/content/197/5/343.full.pdf>. Acesso em 20 jul. 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 2, pp. 393-403, 1999. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em 26 abr. 2010.

_____. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: _____. (Org). **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 51-87.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n. 4, p. 849-859, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>. Acesso em 15 nov. 2010.

CARDOSO, Taís Veronica Macedo; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de; LOYOLA, Cristina Maria Douat. Um entendimento linear sobre a teoria de Peplau e os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, pp. 718-24, dez.2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/tematica.pdf>. Acesso em 09 abr. 2011.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.329p.

CHINN, P.L.; KRAMER, M.K. Theory and nursing: integrated knowledge development. 2004. In: MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas para a Enfermagem**. Tradução de Ana M. Thorell. 2.ed. Porto Alegre: Artimed, 2009.

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

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Editora Hucitec, 2005. 212p.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **O Que é a Filosofia?** Tradução de Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Munoz. São Paulo: Editora 34, 1992. (Coleção TRANS).

DELGADO, Pedro Gabriel. A psiquiatria no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. Saúde em foco: informe epidemiológico em saúde coletiva, ano VI, n. 16, 1997. pp. 41-3. In: TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

DELGADO, Pedro Gabriel; LEAL, Erotildes Maria. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: GULJOR, A.P. (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental**: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/LAPPIS-ABRASCO, 2007. p. 137-154.

DESVIAT, Manoel. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 166p. Título original: La reforma psiquiátrica.

FERRATER-MORA, José. **Dicionário de Filosofia**. 2. ed. São Paulo: Loyola, tomo II (e-j), v. II, 2005.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Saúde Mental e atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 143-149, jan./dez. 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**: na idade clássica. Tradução de José T. C. Neto. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005. Título original: Histoire de la Folie à l'Âge Classique.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS Ruben Araujo de. (Orgs.). **Gestão em Redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-124.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis; HAMES, Maria de Lourdes Campos. O cuidar institucional da enfermagem na lógica da pós-modernidade. **Acta paul. enferm.**, v.20, n.3, p. 368-372, 2007.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Mathias Lambert. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. Título Original: Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity.

GUERRA, Andréa Máris Campos. Oficinas terapêuticas em saúde mental: percurso histórico, fundamentos de uma prática In: Clarice M. Costa e Ana C. Figueiredo (Org.) **Oficinas terapêuticas em saúde mental**: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. p. 23-56.

_____. **A estabilização psicótica na perspectiva borromeana**: criação e suplência. 2007. [s.f]. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

HARDY, Margaret E. Theories: Components, development, evaluation. 1973. In: MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. 1973. **Bases teóricas para a Enfermagem**. Tradução de Ana M. Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artimed, 2009.

HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a

implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, suppl.2, p. S331-S336, 2004.

HIRDES, Alice. **Centro de Saúde Mental de São Lourenço do Sul: resgatando possibilidades de reabilitação psicossocial**. 2000. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner. Análise Histórica das Práticas de Enfermagem no campo da Assistência Psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre décadas de 20 e 50. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. spe, p. 19-30, maio 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspea03.pdf>. Acesso em 03 fev. 2010.

KUHN, Thomas Samuel. **A estrutura das Revoluções Científicas**. Tradução de Beatriz V. Boeira; Nelson Boeira. São Paulo: Editora Perspectiva, 2007. Título original: The structure of scientific revolutions.

LEAL, Erotildes Maria. Trabalho e reabilitação psiquiátrica fora do contexto hospitalar. In: Clarice M. Costa e Ana C. Figueiredo (Org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004. p. 181- 197.

LOPES, Claudia S.; FAERSTEIN, Eduardo; CHOR, Dóra. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, 2003.

LUFT, Celso Pedro; FERNANDES, Francisco; GUIMARÃES, F. Marques. **Dicionário Brasileiro Globo**. 41. ed. São Paulo: Globo, 1995.

LUZ, Madel Therezinha. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. In: AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

MAFFESOLI, Michel. A conquista do presente. Rio de Janeiro: Rocco, 1984. In: ALVES, Marcelo da Silva. **O lúdico na interação aluno paciente no cotidiano da Enfermagem psiquiátrica**. 1999. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

_____. **O conhecimento comum**: compêndio de Sociologia Compreensiva. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. A ética pós-moderna. **Rev. Fac. Educação USP**, São Paulo, v. 17, n. 1/2, p. 194-202, jan./dez. 1991.

_____. Liberdades intersticiais. In: MORIN, Edgar; BAUDRILLARD, Jean; MAFFESOLI, Michel (Orgs.). **A decadência do futuro e a construção do presente**. Florianópolis: UFSC, 1993, p. 64-65.

_____. **No fundo das aparências**. Tradução de Bertha Halpern Gurovitz. Petrópolis: Vozes, 1996. 188p. Título original: Au Creux des apparences: por une ethique de l'esthetique.

_____. **A Parte do Diabo**: Resumo da Subversão Pós-Moderna. Tradução de Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2004. Título original: La part dudiabie.

_____. A terra fértil do cotidiano. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, n. 36, ago. 2008, quadrimestral.

MAFFIOLETTI, Virgínia Lúcia Reis ; LOYOLA, Cristina Maria Douat; NIGRI, Fortunée. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n. 4, p. 1085-1092, 2006.

MCEWEN, Bruce S. Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. **Physiol Rev.**, v. 87, n. 3, p. 873-904, 2007.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas para enfermagem**. THORELL, Ana Maria. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 356p.

_____. As redes de atenção à saúde. **Rev. Méd. Minas Gerais**, v. 18, n. 4, suppl. 4, pp. S3-S11, 2008.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2008.269p.

MORAES, Leila Memória Paiva; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; BRAGA, Violante Augusta Batista. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.19, n.2, p. 228-233, abr./jun. 2006.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução de Eloá Jacobina. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.128p. Original francês.

NASCIMENTO, Estelina Souto do. Compreendendo o cotidiano em Saúde. **REME**, Belo Horizonte, v. 2, n. 4, pp. 31-8, dez. 1995. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0cf11d56dec.pdf. Acesso em 31 ago. 2011.

NICÁCIO, Maria Fernanda de Silvío. **O processo de transformação da saúde mental em Santos**: desconstrução de saberes, instituições e cultura. 1994. 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) –Programa de Ciências Sociais Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

NIETZSCHE, Friedrich. **Oeuvres philosophiques**. Paris: Gallimard, 1970.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves. Mundo Imaginal de ser família saudável: a descoberta de laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Ed. Universitária/ UFPEL, 1999. (Série Teses em Enfermagem).

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas em serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, mai./ago. 2001. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/publicacoes/Rev%20Saude%20Debate/Saude%20Oem%20Debate_n58.pdf. Acesso em 10 mar. 2010.

O'TOOLE, A.W.; WELT, S.R. Teoría interpersonal em la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. Barcelona: Masson, 1996. In: ALMEIDA, Vitória de Cássia Félix de; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Teoria das Relações Interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnum. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 202-210, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf>. Acesso em 10 out. 2011.

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. **Metodologia da pesquisa**: abordagem teórico-prática. 10. ed. rev. atual. Campinas, SP: Papirus, 2004.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. 1988. 254f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em 10 mar. 2012.

PEPLAU, Hildegard Elizabeth. Psychotherapeutic strategies. **Perspect Psychiatr Care**, v. 35, n. 3, p. 14-19, 1968.

_____. The psychiatric nurse—accountable? To whom? For what? **Perspect Psychiatr Care**, v. 35, n. 3, p. 20-25, 1980.

_____. **Interpersonal relations in nursing**. New York, USA: G. P. Putman's, 1991.

_____. **Relaciones interpersonales en enfermería**: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. Barcelona, Masson-Salvat, 1993.

PEREIRA, Álvaro. O cotidiano como referência para a investigação das intervenções de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, RS, v. 26, n. 3, p. 316-25, dez. 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/4762/1/4562-14611-1-PB.pdf>. Acesso em 10 jun. 2011.

PEREIRA, Alexandre de Araújo. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no Programa Saúde da Família: um contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB, n. 24, 2007. Disponível em:

http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e47a93ae90.pdf. Acesso em 26 jun. 2010.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni ; MATTOS, Ruben A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 69-115.

PITTA, Ana Maria Fernandes. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.pp. 120-6.

_____. Ética e assistência em psiquiatria. In: Figueiredo Ana Cristina, Silva Filho João Ferreira da (Org.). **Ética e saúde mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Topbooks, 2001. p. 103 -110.

PITTA, Danielle Perin Rocha. Elementos de método na obra de Michel Maffesoli. **Revista LOGOS**, Rio de Janeiro: UERJ, ano 4, n.6, p. 20-23, 1997.

POPPER, Karl. **Conjecturas e Refutações**. 3. ed. Brasília: Ed. UnB, 1994.

RESGALLA, Rosana Maria. **A travessia do hospício para a residência terapêutica: a conquista de um porto seguro?** 2004. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação m Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

RIBEIRO, Laiane Medeiro et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros? **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 376-82, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/19.pdf>. Acesso em 10 ago. 2010.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, Fernanda. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

RODGERS, Beth L. Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: the evolutionary cyclo.1989.In: MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas para a Enfermagem**. Tradução de Ana M. Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artimed, 2009.

SANCHEZ-VAZQUEZ, Adolfo. **Ética**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

SILVA, Ana Lúcia da; CIAMPONE, Maria Helena T. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 37, n.4, p. 13-23, 2003.

SILVA, Mauro Antônio Dias; SILVA, Eliete Maria. Os valores e os paradigmas da Enfermagem. **Actapaul.enferm.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 83-88, 1998.

SHONKOFF, Jack P.; BOYCE, W. Thomas; MCEWEN, Bruce S. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. **JAMA**, v. 301, n. 21, pp. 2252-9, 2009.

SIMMEL, Georg. **Georg Simmel, 1858-1918: A Collection of Essays, with Translations and a Bibliography**. Contributors: Kurt H. Wolff. (Ed.). Columbus, OH: Ohio State University Press, 1959.

SOBRAL, Vera et al. Sensibilizando a formação do cuidador. **Enfermería Global Rev Sem EletrônEnf**, n. 3, p. 1-7, nov. 2003. Disponível em: <http://www.um.es/eglobal/6/06e00.html>. Acesso em 14 fev. 2012.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; PEREIRA, Maria Auxiliadora ; KANTORSKI, Luciane Prado. Escuta terapêutica: instrumento essencial do cuidado em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, n. 1, p. 92-7, 2003.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.726p.

STRAWSON, Peter Frederick. **Análise e Metafísica: uma introdução à filosofia**. Tradução de Armando Mora de Oliveira. São Paulo: Discurso Editorial, 2002.185p. Original do inglês.

SOLOMON, Robert C.; HIGGINS, Kathleen M. **The big questions: a short introduction to philosophy**. 8. ed. Belmont, USA: Wadsworth Cengage learning, 2010.

TANURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE, Sistematização da assistência de enfermagem**: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.168p.

TEICHMAN, Jenny; EVANS, Katherine C. **Philosophy**: a beginner's guide. 3. ed. Malden (Massachusetts): Blackwell Publishing, 2003.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TERRA, Marlene Gomes et al. Saúde mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. **Esc Anna Nery**, v. 10, n. 4, p. 711-717, dez.2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a13.pdf>. Acesso em 07 set. 2010.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervención en enfermeria psiquiatrica**. Carvejal: Cali, 1979.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. 15 reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

VAN DER KOLK, Bessel A. et al. Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma. **J Trauma Stress**, v. 18, n.5, pp. 389-99, 2005.

VERGÍLIO, Maria Silvia Teixeira Giacomasso; OLIVEIRA, Neila Regina de. Considerações sobre a clínica ampliada no processo de enfermagem. **Saúde Coletiva**, v. 38, n. 7, pp. 61-66, 2010. (Editorial Bolina Brasil).

VIOLA, Thiago Wendt et al. Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. **Rev. psiquiatr.** Rio Grande do Sul, v. 33, n.1, pp. 55-62, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n1/v33n1a10.pdf>. Acesso em 08 jan. 2012.

W Aidaman, Maria Angélica Pagliarini; Elsen, Ingrid; Marconi, Sonia Silva. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Rev. Eletr. Enf.**, v.8, n.2, p. 282-291, 2006. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a13.htm. Acesso em 4 abr. 2012.

WUEST, Judith. A Feminist Approach to Concept Analysis. 1994. In: MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. **Bases teóricas para a Enfermagem**. Tradução de Ana M. Thorell. 2. ed. Porto Alegre: Artimed, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Library Cataloguing-in-Publication Data. **HIV triangulation resource guide**: synthesis of results from multiple data sources for evaluation and decision-making. Geneva: World Health Organization, 2009.

Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/informe/anexos/oms_hiv_triangulation.pdf. Acesso em 28 mai. 2011.

YASUI, Sílvio. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 192p.

APÊNDICE–Roteiro de entrevista

F I C H A D E D O C U M E N T A Ç Ã O	Informações sobre a entrevista			
	Data: __/__/____		Local:	
	Início:		Término:	Entrevista n.º:
	Informações sobre o entrevistado:			
	Sexo:	Idade:	Tempo de formado:	Tempo no serviço:
	Particularidades ocorridas:			

Questões norteadoras para a entrevista:

- 1) Quais são as ações em saúde mental que você desenvolve com os usuários que estão sob os seus cuidados? (Específicas e não específicas da Enfermagem.).
- 2) Como você definiria a sua relação com os usuários, considerando a sua atuação terapêutica em saúde mental?
- 3) Quais são os elementos mais significativos na área da saúde mental quando você pensa no cuidado aos sujeitos assistidos? (Inerentes a você, ao paciente, à rede.).
- 4) O cuidado que você dispensa aos seus clientes está fundamentado em algum marco teórico ou metodologia assistencial específica da atenção à saúde mental?
- 5) Qual é a visão que você tem dos sujeitos que recebem seus cuidados em saúde mental? (Quanto às possibilidades e limitações para o tratamento, autocuidado, etc.).
- 6) Você conhece as concepções da clínica ampliada na atenção à saúde mental? Se sim, pode descrever?

ANEXO – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **FILOSOFIA, VALORES E CONCEITOS DA CLÍNICA AMPLIADA NA PRÁTICA DE ENFERMEIROS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL**. Neste estudo pretendemos conhecer qual é a filosofia e quais são os valores e conceitos de clínica ampliada na visão de enfermeiros que atuam nos serviços que compõem a rede de atenção à saúde mental. Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): o método de investigação utilizado será a pesquisa de natureza qualitativa e terá como cenário o município de Juiz de Fora. Serão sujeitos da investigação 30 enfermeiros (as) que concordarem em participar da pesquisa, mediante autorização por escrito através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e que tenham no mínimo (1) ano de atuação no referido serviço. Os dados serão colhidos após a avaliação e aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF (CEP) através de entrevistas semiestruturadas gravadas em aparelhos mp3 ou gravadores convencionais, com enfermeiros (as) que atuam em unidades de Atenção Primária à Saúde, em serviços substitutivos que fazem parte da rede de atenção em saúde (CAPS II, CAPSIJ, CAPS AD) e em hospitais psiquiátricos. Serão selecionadas no mínimo uma instituição que atenda a cada modelo de atenção da rede de atenção em saúde mental do referido município como cenários de pesquisa, que ocorrerá por sorteio aleatório. Após a coleta de dados será realizada a transcrição e leitura para organização do material, seguida de exploração intensiva para identificar as ideias centrais presentes nos discursos dos sujeitos e finalmente a interpretação dos resultados alcançados. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este

estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA/CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA
UFJF
JUIZ DE FORA (MG) – CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3788
E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: KATIUSSE
REZENDE ALVES
ENDEREÇO: Rua Pedro Gonçalves de Oliveira
230/302, Bom Pastor.
Juiz de Fora (MG) – CEP 36021-570
FONE: (32) 9972-2335
E-MAIL: katiussealves@gmail.com