



**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA
AFRO-BRASILEIRA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO-PROPPG
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

ALEXSANDRO BATISTA DE ALENCAR

**ANALISANDO CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
EM SAÚDE MENTAL**

REDENÇÃO

2018

ALEXSANDRO BATISTA DE ALENCAR

**ANALISANDO CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM
EM SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Práticas do Cuidado em Saúde no Cenário dos Países Lusófonos.

Orientadora: Prof. Dra. Carolina Maria de Lima Carvalho.

Coorientador: Prof. Dr. Michell Ângelo Marques Araújo

REDENÇÃO

2018

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Alencar, Alexsandro Batista de.

A353a

Analisando concepções e práticas de cuidado de enfermagem em saúde mental / Alexsandro Batista de Alencar. - Redenção, 2018. 109f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico Em Enfermagem, Programa De Pós-graduação Em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2018.

Orientador: Carolina Maria de Lima Carvalho; Michell Ângelo Marques Araújo.

1. Enfermagem. 2. Cuidado de Enfermagem. 3. Saúde Mental. 4. Teoria Fundamentada. I. Araújo, Carolina Maria de Lima Carvalho; Michell Ângelo Marques. II. Título.

CE/UF/BSCL

CDD 610.73

ALEXSANDRO BATISTA DE ALENCAR

**ANALISANDO CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO DE
ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL.**

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico
em Enfermagem (MAENF) da Universidade
da Integração Internacional da Lusofonia Afro-
Brasileira (Unilab), como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 20 / 02 / 2018.

BANCA EXAMINADORA



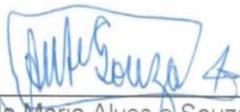
Carolina Maria de Lima Carvalho
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB
Presidente



Edmara Chaves Costa
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB
Examinadora Interna



José Maria Ximenes Guimarães
Universidade Federal do Ceará-UFC
Examinador externo ao Programa



Ângela Maria Alves e Souza
Universidade Federal do Ceará-UFC
Examinadora Externa à Instituição

A Deus e sua infinita bondade.

Aos meus pais, Tarciso e Edite.

A todas as pessoas que prestei cuidados ao longo de minha trajetória profissional.

AGRADECIMENTOS

À UNILAB por oportunizar a concretização de um sonho sustentado por anos de dedicação à minha formação profissional.

À Prof^a. Dr^a. Carolina Maria de Lima Carvalho pela maravilhosa acolhida, orientação e confiança em mim depositadas.

Ao Prof. Dr. Michel Ângelo Marques Araújo, por ter aceitado prontamente o convite para essa empreitada e pelas boas ideias sugeridas ao longo do caminho.

Ao Prof. Me. Ronaldo Rodrigues Pires que sempre esteve disponível nos momentos de insegurança.

Aos professores participantes da Banca examinadora, pelas importantes colaborações e recomendações que muito contribuíram para a qualidade da dissertação.

Aos enfermeiros da pesquisa pela colaboração, facilitando a minha aproximação de suas práticas no campo da Saúde mental.

Aos colegas da turma do mestrado, em especial Gilmara Lucena, Sabrina Santos e Marks Passos, que dividiram comigo muitos momentos importantes e que certamente influenciaram minha aprendizagem.

A todos os professores da pós-graduação que, obviamente, foram exemplos sobre diversos aspectos em minha formação docente.

RESUMO

Com a Reforma Psiquiátrica no Brasil desde a década de 1970 e o paradigma da atenção psicossocial surge a necessidade de aprofundar estudos sobre as concepções que conduzem a prática de cuidado de enfermagem em saúde mental, possibilitando o agir do enfermeiro neste campo. Esta realidade permitiu elencar algumas questões: Como os enfermeiros desenvolvem suas práticas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico consoante as concepções na política de saúde mental atual? Quais são os referenciais que norteiam o cuidado em saúde mental produzido pelos enfermeiros? Como eles traduzem estes princípios no cotidiano? Desse modo, a pesquisa objetivou construir um modelo teórico sobre o significado das práticas do cuidado de enfermagem em saúde mental mediante a análise e a inter-relação dessas concepções. A Teoria Fundamentada nos Dados foi o método de abordagem na pesquisa qualitativa, utilizado para desvelar, interpretar e compreender esses processos valorizando os significados e sentidos da experiência vivenciada pelos enfermeiros. A coleta das informações se deu por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com oito enfermeiros que atuavam em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Fortaleza. A análise foi orientada pelas codificações: aberta, axial e seletiva. Os achados foram agrupados em quatro categorias: *O Trabalho em Saúde Mental*; *Lacunas na graduação*; *Reverendo a atuação*; *A construção de um novo cuidado*. A partir da integração das categorias surgiu a categoria central, base da teoria construída: *Convivendo com o descompasso entre as concepções e práticas do cuidado de enfermagem em saúde mental*. A teoria evidenciou a existência de uma divergência pessoal e interna entre o que problematiza a prática dos enfermeiros e o que estes almejam como cuidado de enfermagem em saúde mental. Os resultados revelam a necessidade de refletir melhor sobre o cuidado produzido pela enfermagem no âmbito da atenção psicossocial e sobre as relações entre a formação acadêmica, as experiências vividas no contexto de atuação nos serviços públicos e as concepções historicamente construídas. Desse modo, pareceu-nos ser imprescindível que os enfermeiros se apropriem dos referenciais teóricos e metodológicos da Enfermagem, utilizando-os como estrutura basilar na transformação de sua prática de cuidados em saúde mental.

Palavras-chaves: Enfermagem. Cuidado de Enfermagem. Saúde Mental. Teoria Fundamentada.

ABSTRACT

With the Psychiatric Reform in Brazil since the 1970s and the paradigm of psychosocial care, there is a need to deepen studies about the conceptions that lead to the practice of nursing care in mental health, making it possible for nurses to act in this field. This reality allowed us to list some questions: How do nurses develop their care practices for people in psychological distress according to the conceptions in the current mental health policy? What are the referents that guide the mental health care produced by nurses? How do they translate these principles into everyday life? Thus, the research aimed to construct a theoretical model about the meaning of nursing care practices in mental health through the analysis and interrelation of these conceptions. The Theory Based on Data was the method of approach in qualitative research, used to unveil, interpret and understand these processes valuing the meanings and meanings of the experience experienced by the nurses. The information was collected through semi-structured interviews with eight nurses who worked at the Psychosocial Care Centers (CAPS) in the city of Fortaleza. The analysis was oriented by the codings: open, axial and selective. The findings were grouped into four categories: Work in Mental Health; Gaps in graduation; Reviewing the performance; Building a new care. From the integration of the categories emerged the central category, the basis of the theory built: Living with the mismatch between the conceptions and practices of nursing care in mental health. The theory evidenced the existence of a personal and internal divergence between what problematizes the practice of nurses and what they aim at as nursing care in mental health. The results reveal the need to better reflect on the care taken by nursing in psychosocial care and on the relationships between academic training, the experiences lived in the context of acting in the public services and the conceptions historically constructed. Thus, it seemed to be essential for nurses to appropriate the theoretical and methodological references of Nursing, using them as a basic structure in the transformation of their practice of mental health care.

Keywords: Nursing. Nursing Care. Mental health. Grounded Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo de diagrama com categoria e subcategorias.....	37
Figura 2 -	Categoria 01 – O trabalho em Saúde Mental.....	42
Figura 3 -	Categoria 02 – Lacunas na graduação.....	50
Figura 4 -	Categoria 03 – Revendo a atuação.....	55
Figura 5 -	Categoria 04 – A construção de um novo cuidado.....	64
Figura 6 -	Esquema do modelo paradigmático do estudo.....	68
Figura 7 -	Esquema teórico da Categoria central.....	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Codificação aberta dos dados.....	34
Quadro 2 –	Memorando no formato de nota teórica.....	35
Quadro 3 –	Apresentação das categorias e subcategorias.....	40
Quadro 4 –	Códigos da subcategoria 1.1 - Não tendo planejado trabalhar em Saúde Mental.....	42
Quadro 5 –	Códigos da subcategoria 1.2 - Não tendo experiência profissional em Saúde Mental.....	43
Quadro 6 –	Códigos da subcategoria 1.3 - Aproximação com a clientela.....	44
Quadro 7 –	Códigos da subcategoria 1.4 - Aprendizado no cotidiano.....	45
Quadro 8 –	Códigos da subcategoria 1.5 - Contextos da Saúde Mental.....	46
Quadro 9 –	Códigos da subcategoria 1.6 - O papel do enfermeiro.....	47
Quadro 10 –	Códigos da subcategoria 2.1 - A formação em psiquiatria na graduação.....	50
Quadro 11 –	Códigos da subcategoria 2.2 - Impacto negativo na graduação.....	51
Quadro 12 –	Códigos da subcategoria 2.3 – Problematizando a formação em Saúde Mental na graduação.....	52
Quadro 13 –	Códigos da subcategoria 3.1 – Práticas comuns em equipe multiprofissional.....	55
Quadro 14 –	Códigos da subcategoria 3.2 - Práticas específicas da Enfermagem.....	56
Quadro 15 –	Códigos da subcategoria 3.3 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).....	57
Quadro 16 –	Códigos da subcategoria 3.4 - Deficiências na atuação.....	59
Quadro 17 –	Códigos da subcategoria 3.5 - Empecilhos na atuação.....	60
Quadro 18 –	Códigos da subcategoria 3.6 - Influências de referenciais teóricos.....	61
Quadro 19 –	Códigos da subcategoria 4.1 – Ampliação da visão.....	64
Quadro 20 –	Códigos da subcategoria 4.2 - Cuidado centrado na pessoa.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
COGETS	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
WONCA	World Organization of Family Doctors

SUMÁRIO

1. O PERCURSO DO PESQUISADOR E SUAS IMPLICAÇÕES COM O OBJETO DE PESQUISA.....	14
2. INTRODUÇÃO	16
3. OBJETIVOS	21
3.1. Objetivo Geral	21
3.2. Objetivo Específico	21
4. REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1. Concepção de Saúde Mental	22
4.2. Enfermagem em Saúde Mental	24
4.3. Interação Simbólica	26
5. MÉTODO	28
5.1. Delineamento do Estudo	28
5.2. Período da Pesquisa	30
5.2. Local do Estudo	30
5.3. Participantes do Estudo	31
5.4. Coleta de Dados	32
5.5. Técnicas de Análise	33
5.6. Aspectos Éticos	36
6. RESULTADOS.....	38
6.1 Caracterização dos participantes.....	38
6.2 Categorias e subcategorias.....	39
7. VALIDAÇÃO.....	77
8. DISCUSSÃO.....	80
8.1 Discutindo o perfil dos participantes.....	80
8.2 Discutindo as categorias e subcategorias	80
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

ANEXO

1 O PERCURSO DO PESQUISADOR E SUAS IMPLICAÇÕES COM O OBJETO DE PESQUISA

Sou Enfermeiro há sete anos e minha formação acadêmica desde o início foi voltada, de modo particular e individual, para melhoria da minha atuação profissional em Saúde Mental. Embora a graduação em Enfermagem tenha características generalistas quanto ao conteúdo proposto na grade curricular, à ênfase dada por mim durante o percurso na universidade, foi na tentativa de associar todas as disciplinas às minhas atividades na área que já fazia parte do meu cotidiano de trabalho há quase uma década.

Desse modo, inicio esta dissertação acreditando ser importante expor de onde eu venho, onde estou e onde quero chegar. Assim, relato que antes de ser enfermeiro, fui auxiliar de enfermagem na Saúde Mental. Executava atividades de nível médio num Centro de Atenção Psicossocial do tipo II que oferta tratamento para pessoas com transtornos mentais severos e graves numa cidade do interior do Estado do Ceará.

Esse foi meu primeiro contato com um contexto bastante complexo, até então desconhecido e que trouxe muitas inquietações. E uma delas foi como poderia colaborar dentro de minha competência profissional, para a melhoria das condições de saúde de uma clientela tão específica. Porém, hoje reconheço que tinha pouco *insight* sobre as questões que eu estava vivenciando, considerando que faltava maturidade pessoal e profissional, afinal era minha primeira experiência de trabalho.

Diante do exposto, declaro que minhas experiências profissionais pregressas repercutiram positivamente para minha formação e foi a partir delas, que segui buscando construir significados sobre a prática de cuidados de enfermagem neste campo específico. Ressalto que no transcorrer dessas vivências, houveram muitas influências que foram determinantes para minha constituição enquanto sujeito social, ético, político e principalmente relacionada à minha constituição enquanto trabalhador da saúde. Foram pessoas que colaboraram diretamente no delineamento do meu perfil profissional, acolhendo minhas inquietações e me guiando para uma nova realidade que estava sendo construída, tendo como base, cuidados humanizados para pessoas com demandas de saúde mental.

Destaco que o percurso na Saúde Mental trouxe-me o engajamento na militância pela defesa da Reforma Psiquiátrica por meio da participação no movimento da luta antimanicomial. Essa participação fortaleceu minhas atitudes, gerando novas compreensões, sendo a força motriz que me conduziu até o presente momento.

As concepções sobre o cuidado de enfermagem em Saúde Mental que possuo, vêm de um campo o qual considero merecer reflexões contínuas. Tal entendimento foi lapidado na medida em que meu exercício profissional esteve sempre atrelado a esta área. E as inquietações que este estudo traz, são preocupações que me acompanham no cotidiano dos serviços. Locais onde percebo a existência de divergentes significados e sentidos mediante a atuação dos enfermeiros.

Considero pertinente expor esse cotidiano, que comumente produz questionamentos sobre as práticas executadas, por acreditar na possibilidade de reinserção global das pessoas que padecem de sofrimento psíquico, tendo o apoio dos profissionais de enfermagem, em especial os enfermeiros, por meio de seus conhecimentos e sua capacidade de relacionar-se terapêuticamente.

Por acreditar na proposta da atenção psicossocial e seus pressupostos que direcionam as ações visando o cuidado em liberdade. E nesse contexto, a potência dos serviços substitutivos, que tem um papel fundamental na consolidação dos princípios da Reforma Psiquiátrica manicomial.

Por ter tido a oportunidade de vivenciar ao longo de anos o êxito sobre uma assistência de enfermagem humanizadora, quando o cuidado ofertado envolvia grande comprometimento buscando a eficácia e a resolutividade. Também por compreender que a Enfermagem está na “linha de frente” e pode fazer o diferencial nesse processo de cuidado/intervenção, colaborando com sua *expertise*, bem como agregando novos saberes, na medida em que se insere no universo coletivo da vida dos sujeitos.

Por acreditar que o modelo de cuidado nos primórdios da psiquiatria clássica e que ainda nos cerca de formas variadas, gera exclusão, segregação e produz iatrogenias. Desse modo, enfatizo o grande interesse sobre a assistência de enfermagem em saúde mental, visto que tenho implicações éticas sobre os cuidados que são prestados a clientela com demandas de saúde mental.

Almejo que este estudo traga muitas inquietações sobre o fazer do enfermeiro na Saúde Mental, que forneça subsídios para múltiplas reflexões e colabore na construção de práticas de cuidado que produzam saúde e vida.

2 INTRODUÇÃO

A questão da saúde mental no mundo tem sido indicada como um problema crescente e preocupante. Sobre essa situação, dados epidemiológicos indicam que centenas de milhões de pessoas são afetadas por perturbações mentais, representando mundialmente, significativa carga de morbidade (OMS, 2013). Esses dados podem ser alarmantes, quando se considera o fato que muitos sistemas de saúde mundiais não promovem total acesso das pessoas mais vulneráveis, a qualquer tratamento em saúde mental necessário (OMS; WONCA, 2008).

Em 2013 a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou um plano de ação sobre a saúde mental com metas para o período compreendido entre 2013 e 2020, onde os países membros se comprometeram em desenvolver ações integrais e intersetoriais com abrangência política, sobre leis, serviços, estratégias e programas (OMS, 2013). Essas iniciativas indicam o reconhecimento desse problema enquanto uma situação de saúde grave e que merece maior atenção das nações.

Mediante esse cenário epidemiológico, embora tenha havido muitas transformações políticas no campo da saúde mental pelo mundo, ainda são perceptíveis muitos desafios para atender as necessidades das pessoas em sofrimento psíquico. A OMS (2013) aponta déficits significativos entre as pessoas que são acometidas de adoecimento mental e as que realmente conseguem tratamento e cuidados adequados.

Em países como o Brasil, que atualmente conta com uma população de 202.033.670 habitantes (IBGE, 2014), a OMS calculava uma estimativa onde 23 milhões de pessoas poderiam passar por tais problemas, sendo ao menos cinco milhões em níveis de comprometimento moderado à grave (WALBERT; MELITO, 2013). A entidade aponta ainda que os problemas relacionados à saúde mental são responsáveis por muitos prejuízos, incluindo sofrimento, invalidez e perdas econômicas além de mortalidade.

Num contexto geral, a atenção em saúde mental encontra-se em constante desenvolvimento e expansão. No entanto, é uma área que ainda necessita de apoio e investimentos, bem como a identificação de estratégias que possam ser condutoras de apoio a questões específicas quanto a sua operacionalização. Nesse cenário aponta-se como exemplos, a gestão sobre o financiamento da nova rede de serviços, bem como a qualificação dos recursos humanos para atender as demandas emergentes da Saúde Mental (BARROS; SALLES, 2011).

O Brasil teve nas últimas décadas, grandes avanços na reorganização da assistência psiquiátrica. No contexto da prestação de cuidados, foi observada a migração gradual de financiamentos da atenção hospitalar para ações extra-hospitalares em sintonia com os ideais sanitários de acesso, acolhimento e dignidade no tratamento, tendo o cenário comunitário como local alternativo e viável para consolidação de um novo modelo assistencial (PINHO, HERNÁNDEZ, KANTORSKI, 2010).

Inspirado no modelo da Psiquiatria Democrática Italiana da década de 1970, as iniciativas brasileiras defendem o desmonte das instituições psiquiátricas hospitalares, de modo que novas práticas e concepções sejam alcançadas, impulsionando movimentos de transformação e superação do paradigma asilar (AMARANTE, 2007).

Para a efetivação dessa mudança, foi necessária a inversão do financiamento hospitalar para serviços comunitários, que após a Lei 10.2016¹, representou um grande salto na alocação de investimentos para a saúde mental, possibilitando a concretização da proposta de redirecionar a atenção psiquiátrica hospitalocêntrica para o cuidado na comunidade (GONÇALVES; VIEIRA; GODINHO, 2011).

Vale ressaltar que as transformações ocorridas tiveram forte influência de movimentos sociais e políticos que surgiram nas décadas de 60 e 70 em vários países, inclusive no Brasil, onde além da reforma psiquiátrica, também culminou na reforma sanitária, desconstruindo conceitos da saúde num âmbito geral e da psiquiatria (ANTUNES *et al.*, 2007).

Destarte, o Brasil tem atualmente uma política nacional de saúde mental que preconiza a prestação de cuidados integrais em estabelecimentos de saúde com características não asilares e de base comunitária e que garantam a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais (DELGADO, 2011). A partir desse marco, vários desdobramentos vêm surgindo ao longo dos anos, consolidando assim, a mudança de paradigma.

No entanto, torna-se necessário refletir sobre alguns aspectos importantes que merecem destaque no centro da Política Nacional de Saúde Mental. Pois ainda existem desafios que se interpõem na concretização da mudança de modelo, visto que os princípios que pautam essa política, vão ao encontro da busca da autonomia dos sujeitos e dos seus direitos enquanto cidadãos, com a prestação de cuidados em ambientes com forte inserção territorial (Brasil,

¹ Lei da saúde mental brasileira que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

2013). Isso implica no fortalecimento da expansão de novas estratégias no âmbito da atenção psicossocial, o qual exige engajamento de diversos atores para sua consolidação.

A instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pela portaria nº 3.088/2011, é uma estratégia potente de ampliação da promoção dos direitos das pessoas com necessidades específicas, principalmente no acesso aos vários pontos de atenção na rede de saúde existente no território, integrando serviços na produção do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2011).

Um dos serviços que se destacam são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas várias modalidades, as equipes multidisciplinares de saúde mental com inserção em áreas geográficas das cidades e vários outros dispositivos assistenciais que se conformam numa rede de serviços, são exemplos da assistência psiquiátrica no Brasil que deu saltos quantitativo e qualitativo significantes em todo o território brasileiro.

No estado do Ceará, houve a expansão desses serviços estratégicos, considerados substitutivos ao hospital psiquiátricos, tendo no ano de 2006 a ampliação e consolidação da rede assistencial de saúde mental na capital Fortaleza (ANDRADE *et. al.*, 2007). Convém destacar que nessa época, ainda predominava a assistência psiquiátrica centrada em sete hospitais psiquiátricos, dificultando, anteriormente, a criação de novos serviços conforme preconizava o processo de Reforma (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

Em virtude destes avanços que vem ocorrendo ao longo dos anos e em meio as novas configurações que caracterizam a atenção que deve ser prestada pelos profissionais que conferem uma visão para o cuidado em liberdade, percebeu-se a necessidade de refletir e avaliar sobre as diferentes concepções relacionadas a assistência psiquiátrica, mais especificamente sobre as práticas de cuidado de enfermagem em saúde mental, tendo em vista as modificações paradigmáticas nessa área.

Nesse panorama, foi visto a necessidade de aprofundar um estudo que contemplasse as práticas de cuidado em saúde mental, de modo que possibilitasse conhecer o agir do enfermeiro no cenário das políticas públicas de saúde, precisamente sobre os pontos da RAPS do município de Fortaleza, vistos como principais dispositivos reorientadores da atenção em Saúde Mental: os CAPS.

Nesse sentido, a Enfermagem e seu arcabouço de conhecimentos acumulados ao longo dos anos, bem como a experiência adquirida na vigência da Reforma Psiquiátrica brasileira, têm muito a contribuir na efetivação de trocas de experiência e percursos formativos nesta área do conhecimento.

Refletindo esta realidade apresentada, foi permitido fazer o levantamento de algumas questões: Como os enfermeiros desenvolvem suas práticas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico mediante as concepções vigentes na atual política de Saúde Mental? Quais são os referenciais teóricos e políticos que norteiam o cuidado em saúde mental produzido pelos enfermeiros? Como eles dão significado a estes princípios no cotidiano do serviço de saúde mental?

A possibilidade de compreender como os enfermeiros concretizam o cuidado no cotidiano de serviços de saúde mental, por meio de suas percepções, é um achado importante para a Enfermagem no campo da saúde mental. Inclusive por colaborar na evolução do conhecimento científico, fomentando reflexões a cerca do cuidado que é ofertado e, se está ou não de acordo com as diretrizes orientadoras da atenção em saúde mental.

O aprofundamento sobre as práticas da Enfermagem na saúde mental, partindo das concepções dos sujeitos que as executam, é considerado bastante relevante do ponto de vista da aquisição de novos saberes e para a elaboração de estratégias que redirecionem suas ações. Tendo em vista, principalmente que as intervenções de enfermagem nessa área, ainda são baseadas em referências do modelo assistencial psiquiátrico asilar (SOUZA; AFONSO, 2015).

Embora reconheça-se atualmente, que muitas mudanças ocorreram ao longo de décadas, no Brasil e específico no Ceará, esperou-se que a construção conceitual e teórica oriunda desse estudo, apresente evidências sobre quais os elementos presentes nas práticas de cuidado de enfermagem parecem ser mais apropriados para a finalidade das abordagens em saúde mental contemporâneas.

Da mesma forma, a pesquisa possibilitou a descoberta dos modos como eles se posicionam diante das demandas cotidianas dos serviços, elencando os principais desafios que esta área específica da saúde impõe.

Por outro lado, no cenário acadêmico, a pesquisa também oportuniza a reflexão sobre possíveis reorientações e novos estudos para a estruturação e disseminação de referências técnicas, políticas e éticas, guiadas por evidências científicas para balizar as ações dos enfermeiros no campo da saúde mental.

Espera-se que os achados possam trazer subsídios para as discussões relativas ao exercício profissional da Enfermagem em saúde mental e colabore na interpretação dos fenômenos suscitados, bem como outras informações sobre alguns pontos importantes sobre a

realidade social, que estão inseridos os enfermeiros.

Ainda considerou-se que o estudo poderia trazer benefícios diretos e indiretos que poderão ser auferidos tanto pelos sujeitos envolvidos na pesquisa como para a sociedade, pois os resultados oriundos da pesquisa poderão contribuir para a compreensão sobre o modo de como é guiado o cuidado de enfermagem em saúde mental e assim refletir sobre essa prática. Do mesmo modo, fornecerá subsídios para produção de novos conhecimentos relacionados à temática e o avançar da Enfermagem.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o significado das práticas do cuidado de enfermagem em saúde mental mediante as concepções de enfermeiros.

3.2 Objetivos Específicos

- Conhecer os significados sobre as práticas de cuidado de enfermagem em saúde mental;
- Identificar elementos pertinentes à formação universitária e a inserção de enfermeiros no campo específico da saúde mental;
- Analisar o cuidado realizado pelos enfermeiros consoantes referenciais teóricos e políticos que orientam suas práticas.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Concepção de Saúde Mental

Concebemos saúde mental neste estudo como um processo multifacetado que envolve a ação mediante vários saberes profissionais, mas que convergem para um campo maior do conhecimento (LANCETTI; AMARANTE, 2014). Destarte, “fazer” saúde mental é uma tarefa multiprofissional que envolve mais do que a junção de vários profissionais, mas sim, o encontro desses atores em diálogos que se entrecruzam constantemente, caracterizando assim atitudes interdisciplinares.

Sobre esse aspecto, Amarante (2007, p. 15) afirma: “[...] saúde mental é um campo (ou área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde” e avança, dizendo que esse campo tem uma complexidade e transversalidade de saberes, que poucos campos têm.

Assim, parece ser possível afirmar sobre a essencialidade que traz a saúde mental em não ser conduzida por um único saber, e sim, ter dentro de seu campo, variadas dimensões que se conectam, sendo esta a melhor condição que a define.

Por outro lado, outros sentidos e significados lhe são atribuídos, e que surgiram ao longo de décadas, são acepções que inicialmente trazem aspectos sobre a origem da psiquiatria e sua capacidade de classificar os sujeitos em categorias patológicas. Tendo, em seguida, sua função questionada, passando então para processos de reformas. E por fim, houve a proposta de ruptura de seu paradigma, em detrimento de melhorias ou mesmo de transformações (LANCETTI; AMARANTE, 2014). Estas três acepções sobre a saúde mental são importantes, quando se quer compreender sua trajetória frente aos conceitos contemporâneos.

Estas acepções confluem para discussões mais específicas que direcionam o olhar para indagações sobre o que seria a classificação patológica dos sujeitos e sua grande relação com a psiquiatria. Se considerarmos que o desvio da norma, era uma condição “*sine qua non*” para destituir o sujeito da titularidade de pessoa sã na psiquiatria, então poderíamos estar atribuindo outros sentidos a saúde mental.

Neste pensamento, seria possível refletir que a saúde mental também é um campo que busca estratégias que conduzam o sujeito livre de alterações que o definam enquanto ser patológico, para o estado considerado normal. Sendo que este estado, de acordo com Canguilhem (2009), transcende seu conceito puro, pois concebe o normal dentro de uma perspectiva adaptativa dos sujeitos mediante às influências do meio e considera principalmente que o normal pode ser subjetivamente visto sob diferentes olhares de quem o vivencia. Desse modo, transforma-se a forma de olhar sobre o “doente mental”, dando-lhe à sua condição de “estar saudável”, outras características.

No entanto, essas mudanças trouxeram consigo modos de intervir mediante condutas terapêuticas que orientam sobre práticas de vida mais adequadas a todas as pessoas. Pois,

[...] novos comportamentos e formas de sofrimento psíquico passam a ser incorporados ao campo da assistência em saúde, novos fenômenos começam a constituir objeto da psiquiatria, assim como novas profissões são criadas para intervenção [...] (FREITAS; AMARANTE, 2015, p. 31).

Sob o mesmo ponto de vista, os autores destacam a predominância do paradigma biologicista da doença mental, quando agregam algumas situações que justificam seu surgimento, como: supostos desequilíbrios químicos no cérebro, disfunção e/ou forças psíquicas inconscientes (FREITAS; AMARANTE, 2015), deixando de lado a constituição social do fenômeno. Nesse sentido, eles ainda apontam a medicalização do sofrimento humano como artifício de controle utilizado principalmente, através do uso de medicamentos.

Assim, a procura por fundamentar alterações do funcionamento da mente tendo como base apenas pressupostos orgânicos, ainda atribuindo como intervenção eficaz o uso de psicofármacos, pode contribuir para a perda da compreensão do real significado dos sintomas frente ao sofrimento psíquico.

Nesse ínterim, cabe ressaltar que a construção do imaginário sobre o processo saúde/doença na psiquiatria não se fundamenta num pensamento centrado no sujeito como ponto de início de toda e qualquer abordagem, mas sim, na busca incessante de identificar o sinal e o sintoma que possa estar caracterizando a doença, para então defini-la enquanto processo natural, legitimando a intervenção médica (BASAGLIA, 2015).

Assim o saber médico psiquiátrico moldou o tratamento das pessoas acometidas por transtornos mentais num modelo manicomial, trazendo para este cenário, posturas segregadoras e excludentes de cuidar dos sujeitos. O espaço privilegiado desse tipo de atuação foi o hospital psiquiátrico, cuja função fazia relação com o interesse em proteger a

comunidade, frente a periculosidade e hábitos inadequados das pessoas mentalmente adoecidas (GOFFMAN, 2013).

Para melhor compreensão, o hospital psiquiátrico era o local que cabia o papel de ser o principal espaço de tratamento para as pessoas que apresentavam demandas em saúde mental e o médico psiquiatra era o intercessor/provedor desse tratamento.

Sujeito a profundas críticas sobre seu conjunto de práticas, o hospital psiquiátrico e toda sua representação sofreram modificações radicais que resultaram em mudanças paradigmáticas sobre o agir em saúde mental, configurando uma nova proposta de assistir o sofrimento psíquico, baseada na superação do paradigma asilar, a qual Costa-Rosa (2013) denomina modo psicossocial.

Para isso, Amarante (2007) aponta que é preciso admitir a complexidade social existente nesse processo de mudança paradigmática, de modo que as transformações que venham a ocorrer ultrapassem as simples reformas dos sistemas e dos serviços de saúde mental. Que a atenção psicossocial seja um ir e voltar processual, agregando sempre novos elementos, situações e atores sociais que propiciarão o avanço desse campo.

A desinstitucionalização é um dos fundamentos que sustenta a concepção da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, com pressupostos que propõem a desconstrução e o desmonte de estruturas e de culturas que tenham em sua lógica de existência, somente o assistir à doença, separando-a e desconectando-a dos sujeitos e seus contextos (ROTELLI *et al.*, 1990). Partindo desse ponto, é possível um repensar sobre novas realidades sociais.

No entanto, esse novo pensar sobre a atenção exige ações objetivas que direcionem a prática, que apresentem outras alternativas viáveis de cuidado, e que principalmente traga para dentro de seu campo, outros atores sociais que se comprometam com a valorização dos sujeitos e seus variados modos de ser e estar no mundo.

4.2 Enfermagem em Saúde Mental

Em sua história, conseguimos perceber que a equipe de enfermagem na psiquiatria teve destaque enquanto mão de obra essencial na consolidação do seu modelo de cuidado, que

tinha características asilares, segregadoras, com foco na doença, e que desconsiderava o sujeito em suas necessidades humanas mais amplas. O modelo manicomial trazia em seu bojo, um contexto de trabalho que exigia do enfermeiro tarefas voltadas apenas para execução das prescrições médicas, e que basicamente consistiam em assegurar o confinamento, controle e vigilância dos indivíduos, além da reeducação de hábitos entre outras terapêuticas utilizadas na época (ROCHA, 1994).

Todavia, esse modo de atuação baseado no paradigma, que Costa-Rosa (2013) denominou de Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador foi questionado. A insuficiência no cuidado psiquiátrico foi evidenciada por uma nova percepção sobre o modelo de assistência aos sujeitos que manifestavam algum tipo de transtorno mental, compreendendo que o manicômio não atendia as necessidades das pessoas que adoeciam mentalmente.

Também fora percebido que os manicômios eram palco de violações graves de direitos humanos dos seus internos. No Brasil, esse período recebeu a denominação de Holocausto Brasileiro, principalmente pela semelhança existente entre o genocídio de milhares de judeus pelos nazistas na Segunda Guerra Mundial e as mortes de milhares de pessoas em instituições psiquiátricas brasileiras (ARBEX, 2013). Desse modo, mostrou-se urgente o estabelecimento de outras formas de lidar com as questões da mente e do sofrimento psíquico no contexto do cuidar em saúde mental dos sujeitos.

A partir desse momento, com o surgimento de novos paradigmas oriundos do processo de Reforma Psiquiátrica, há uma redefinição e são identificadas novas dimensões a serem contempladas nas ações prestadas.

Com isso, uma das dimensões destacadas e incluídas nesse processo de reformulação do modelo de atenção à saúde mental é denominada dimensão teórico-conceitual sendo definida por Amarante (2013) como uma esfera do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico que passaram a ser reconhecidas pelas suas experiências cotidianas e problemas concretos, em detrimento de um rótulo psiquiátrico que as destituía da possibilidade de serem assistidas por meio de acolhimentos, trocas sociais e produção de subjetividades.

Dentro deste cenário de transformações paradigmáticas, a Enfermagem se viu, tendo a necessidade de desprender-se de conceitos fixos da Psiquiatria Clássica, atentando para outros modos de intervir na saúde mental reformulando suas ações e colaborando para novas referências práticas e conhecimentos sobre a complexa realidade dos sujeitos.

Nesse âmbito, exige-se um olhar de ressignificação sobre o cuidado, enquanto ação terapêutica emancipadora, sendo um desafio importante para a enfermagem em saúde mental na atualidade. Pois, de um modo geral, o cuidado é diluído em ato de execução de tarefas e procedimentos técnicos, distanciando-se do encontro com pessoas e consigo. Todavia, o encontro ora negado, é uma prática essencial para a materialização do cuidado genuíno (WALDOW, 2012).

As práticas de cuidado que são exigidas atualmente nesse contexto de reforma da assistência em saúde mental são vistas como desafio para o enfermeiro, por apresentarem características que sugerem mudanças radicais no modo de pensar e agir sobre o sujeito em sofrimento psíquico. Pois no modelo vigente, é dado a ele a liberdade de expressar-se sobre diversas questões, das quais inclui o poder de questionar sobre o cuidado que é ofertado.

Diante disso, sustenta-se que os enfermeiros ao inserir-se no campo da saúde mental como trabalhadores, trazem conhecimentos sobre a realidade que desponta e que estes foram adquiridos por diversas fontes, como suas experiências pessoais e, ainda, as vivências em sua formação acadêmica.

Além disso, outro aspecto a ser considerado diz respeito a influência do próprio processo de Reforma Psiquiátrica que contribui para novas perspectivas sobre a assistência em saúde mental, favorecendo de sobremaneira, a constituição de enfermeiros com posturas e atitudes condizentes ao que se espera do cuidado às pessoas em sofrimento psíquico (VILLELA; MAFTUM; PAES, 2013).

4.3 Interacionismo Simbólico

O Interacionismo simbólico é uma perspectiva teórica do campo da sociologia que surgiu na década de 1930, utilizada para estudos que se propõem a construção de saberes tendo como base as relações e interações estabelecidas entre os indivíduos com outros indivíduos, com o meio e, através das interpretações que dão significados simbólicos e favorecem a compreensão do comportamento humano nos processos sociais, que emerge dessas interações (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

George Herbert Mead é considerado o precursor contemporâneo desta corrente teórica e por meio dele e das influências diretas de outros autores que o inspiraram, instituiu a natureza

perceptiva dos indivíduos a cerca da realidade vivenciada, mediante objetos, ideias, instituições e atividades que atribuem sentido as experiências e são capazes de produzir explicações da vida social (MARTINS, 2013).

Essas experiências são construtos da interação ativa que o ser humano fundamenta em suas práticas de organização e desorganização na sociedade e acentuam sua “capacidade de pensar, perceber, julgar, opinar, formular projetos de vida e elaborar suas identidades pessoais” (MARTINS, 2013). E assim, vão constituindo suas personalidades e seus processos de adaptação nos variados contextos sociais.

A visão interacionista coloca os seres humanos num patamar de sujeitos responsáveis pelas compreensões adquiridas mediante seu campo social, enfatizando-a como base das interações que são as fontes que os constituem, pois desse processo são extraídas as respostas que simbolizam e dão sentido a sua realidade (JORGE; LOPES; NASCIMENTO, 2010).

A escolha por essa perspectiva teórica surgiu a partir do entendimento de que os profissionais de enfermagem, em especial os enfermeiros, quando se inserem nas atividades laborais em determinadas áreas ou campos da saúde, acabam trazendo consigo seus significados e sentidos frutos de suas interações sociais preexistentes. E que a depender da área, por exemplo, a saúde mental, que é permeada de uma gama diversa de conhecimentos predefinidos histórica e culturalmente, que a colocam numa posição, alvo de críticas sobre a relação da tríade aqui pontuada em sujeito-loucura-cuidado, pode fazer com que estes profissionais tenham dificuldade na construção de sua identidade enquanto enfermeiros de saúde mental.

Deste modo, este referencial teórico poderá possibilitar a interpretação desta realidade, a partir da percepção dos sujeitos envolvidos diretamente no contexto do cuidado em saúde mental, valorizando o significado que o enfermeiro atribui às experiências, tendo como centro as suas práticas.

5 MÉTODO

A pesquisa qualitativa contribui efetivamente com metodologias que proporcionam a compreensão dos significados individuais ou coletivos diante de determinados fenômenos sociais a partir das observações sobre o que esses fenômenos representam para os sujeitos envolvidos (TURATO, 2005). Por esse motivo, para compreender o processo pelo qual os enfermeiros vivenciam as experiências relacionadas às práticas de cuidado em saúde mental, utilizou-se da abordagem qualitativa, por ela fornecer possibilidades de aprofundar conhecimentos sobre determinadas realidades sociais.

5.1 Delineamento do Estudo

O percurso metodológico utilizado segue o referencial da abordagem baseada na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Segundo Santos *et al.* (2016), esta abordagem ou método que denominada originalmente de “Grounded Theory” pelos seus autores americanos Barney Glaser e Anselm Strauss, tem suas raízes nas pesquisas interpretativas, mais precisamente na vertente do Interacionismo Simbólico, sem, contudo, estar atrelado de forma dependente a esta corrente teórica.

A TFD foi apresentada como método para o desenvolvimento de uma teoria, posterior a uma coleta e análise sistemática de dados, com vistas a acrescentar ou trazer novos conhecimentos sobre os fenômenos alvos do estudo (CASSIANI; ALMEIDA, 1999). Desse modo a TFD está ancorada nos pressupostos das pesquisas qualitativas, pois não produzirá resultados a partir de procedimentos estatísticos, mas sim, de interpretações a partir de dados que, depois de reunidos, revelarão conceitos e relações em um esquema explanatório teórico (STRAUSS; CORBIN, 2008)

A TFD semelhante a outros estudos com métodos qualitativos, tenta desvelar e compreender os processos nos quais estão inseridos os fenômenos, procurando explicações sob a compreensão das experiências e interações entre os sujeitos e um contexto social. Para isso, o método possui características indutivas e dedutivas para sua operacionalização (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Todos os procedimentos aplicados nas pesquisas com enfoque na TFD visam à identificação, o desenvolvimento e a relação de bases conceituais que irão subsidiar o desenvolvimento da teoria. Nesse âmbito, a teoria que emerge é fundamentada mediante as

observações e percepções da realidade social, posto que sua evolução se deu sob o processo de coleta e análise dos dados que compõem a pesquisa real (STRAUSS; CORBIN, 2008). Sobre este ponto, Marcus e Liehr (2001), apontam que a aplicação desse método, basicamente, é para buscar teoria onde há a inexistência de uma que explique o fenômeno ou mesmo quando existe, ela, objetivamente não esclarece o conjunto de circunstâncias do fenômeno.

O desenvolvimento de teorias partindo de pesquisas baseadas em dados pode ser visto como método inovador, pois não parte exclusivamente de teorias pré-existentes que já trazem arcabouço conceitual definindo os fenômenos, e sim de aspectos concretos de dados empíricos (SANTOS *et al.*, 2016; SANTOS; NÓBREGA, 2004). Desse modo, a explicação dos fenômenos pode ser construída a partir das respostas dos sujeitos que o vivenciam e criam estratégias de enfrentamento diante de sua realidade.

A TFD permite a alocação das pesquisas qualitativas num patamar para além da descrição dos estudos, assim, ela formula arranjos teóricos explanatórios, produzindo compreensões abstratas e conceituais da realidade social (CHARMAZ, 2009). Tendo boa representatividade, ela deve ser abrangente, suficientemente abstrata e ter a capacidade de ser generalizada a contextos variados que tenham alguma relação com o fenômeno, estando este, sob o julgo de uma intervenção (CASSIANI; ALMEIDA, 1999).

Segundo Silva *et al.* (2011), a TFD e suas características metodológicas, compõem o quadro das abordagens qualitativas que são aplicadas na pesquisa em enfermagem. Acredita-se que isso se dá, devido ao seu poder de foco sobre a ação-interação humana, qualidade esta, que é inerente às práticas de enfermagem e sua relação com os indivíduos num contexto geral (SANTOS *et al.*, 2016).

Em complemento, a partir das informações obtidas na pesquisa em enfermagem sob esse referencial metodológico, é uma estratégia que contribui para o conhecimento científico da enfermagem, permitindo ao enfermeiro adquirir a habilidade de pensar criticamente sobre o que esta fazendo, principalmente em contextos sociais pouco explorados (SANTOS; NÓBREGA, 2002).

Dantas *et al.* (2009) ressaltam que o pesquisador que vier a utilizar esse método, deve levar em conta a necessidade de estabelecer envolvimento com o objeto de estudo, disponibilidade de tempo, ser criativo, dominar os pressupostos da TFD, ter capacidade dedutiva e indutiva e ainda, sensibilidade teórica (DANTAS *et al.*, 2009).

Essa sensibilidade teórica, para Santos e Nóbrega (2002), é uma característica importante que qualifica o pesquisador para a percepção e compreensão dos dados, agregando

habilidades sobre a tomada de decisão no percurso da pesquisa. Porém, Strauss e Corbin (2008), acentuam que os valores contextuais predominantes da TFD, são preponderantes na análise dos dados, em detrimento dos valores do pesquisador, ainda recomendam que o *insight* a respeito do fenômeno, transcenda a experiência profissional e ou mesmo da literatura pertinente.

Por fim, Santos *et al.* (2016) consideram que o método, quando seguido com rigor metodológico que repousa sob sua aplicação prática, tem a capacidade de revelar profundo conhecimento dos fenômenos sociais. Para tanto, acrescenta ser essencial que o pesquisador tenha domínio da abordagem e ao mesmo tempo, destaca o olhar do pesquisador e sua postura epistemológica.

5.2 Período da Pesquisa

O estudo teve início logo em seguida à inserção no Mestrado Acadêmico em Enfermagem em meados de 2015, na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). De modo preliminar, foram realizadas leituras sobre a realidade a ser investigada buscando subsídios que possibilitassem a imersão sobre o objeto de estudo.

Posteriormente, a busca pelos dados empíricos ocorreu no período compreendido entre agosto e dezembro de 2017, por meio do encontro com os sujeitos participantes em seu *locus* de atuação.

5.3 Local do Estudo

A pesquisa ocorreu em serviços de saúde mental na cidade de Fortaleza, principalmente por ter uma rede de saúde mental com diversificados serviços, composta hoje, destacadamente, por quinze CAPS, três Serviços Residenciais Terapêuticos, quatro Unidades de Acolhimento e uma enfermaria para desintoxicação de álcool e outras drogas em hospital geral.

Os locais específicos foram CAPS em quatro diferentes modalidades: um CAPS do tipo II, para acompanhamento diurno de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes; dois CAPS do tipo III, sendo um para atenção integral e em regime de acolhimento noturno para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e drogas (CAPSad) e outro para pessoas com transtornos mentais com sintomas agudos e com necessidade de acolhimento noturno e dois CAPSad que funcionam apenas com atendimento diurno. A preferência por

esses serviços se deu pelo fato do CAPS ser a principal estratégia para consolidação da atenção psicossocial.

5.4 Participantes do estudo

Este estudo optou por uma amostragem teórica contendo participantes que puderam fornecer respostas às indagações do pesquisador, mediante o problema de pesquisa elencado. Segundo Fontanella, Rica e Turato (2008), a qualidade dos dados obtidos nos estudos qualitativos, dispensa uma quantidade elevada de participantes, mas estes precisam estar bem representados, para que possam responder às pretensões do estudo.

Os participantes foram enfermeiros de serviços de saúde mental, de ambos os sexos, que residem no município envolvido no estudo. Inicialmente, a pesquisa propôs uma composição amostral total de 10 enfermeiros. No entanto, ao longo do percurso de coleta o tamanho da amostra resultou em 08 participantes. Essa quantidade foi resultado da saturação empírica dos dados (FONTANELLA *et al.*, 2011). Desse modo, a amostra sofreu alterações para menos participantes.

No método da TFD, a recomendação essencial na seleção de pessoas aponta para a escolha de participantes que estejam vivenciando a experiência, designadamente da natureza da investigação ou que tenha reconhecidamente conhecimentos sobre a realidade social em questão (DANTAS *et al.*, 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nesse sentido, alguns critérios de inclusão foram adotados, tais como: ser enfermeiro de um serviço de saúde mental extra-hospitalar, ambos os sexos, independente da faixa etária e ter experiência profissional em saúde mental há pelo menos um ano. Respeitando as normas de elegibilidade para fazer parte do estudo, foram excluídas apenas os enfermeiros que não aceitaram participar do estudo.

Em relação à abordagem aos participantes para entrevistá-los, buscou-se por pessoas-chaves que tinham aproximação com o contexto da pesquisa e proximidade com os enfermeiros. A mediação ocorreu por meio de contato telefônico, bem como o uso das redes sociais (*WhatsApp e facebook*) para agendar encontros mediante a disponibilidade de cada entrevistado.

No ato da coleta foram expostos os documentos de aprovação da pesquisa emitidos pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGETS), órgão da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza responsável pela autorização de estudos nos serviços de saúde no referido município.

5.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi regida pelo próprio referencial da TFD. Esse método orienta a investigação no ambiente onde ocorre o fenômeno ou ainda pela coleta de informações, observações e depoimentos vindos diretamente dos sujeitos que estão envolvidos no fenômeno (DANTAS *et al.*, 2009; SANTOS; NÓBREGA, 2004).

Abordar os participantes da pesquisa por meio de entrevistas é a principal técnica utilizada na TFD (SANTOS *et al.*, 2016), sendo estas compreendidas como a abordagem mediante o encontro entre o pesquisador e o sujeito participante, momento pelo qual perguntas serão feitas, visando obter respostas para o problema de pesquisa.

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento foi um questionário padrão, com solicitação de informações sobre a história pessoal e profissional das participantes, para traçar um breve perfil dos sujeitos envolvidos no contexto social representativo do estudo (Apêndice B).

Na coleta de dados sobre a temática, foi utilizado um segundo instrumento, roteiro de entrevista semiestruturado e em profundidade, guiada pelas seguintes perguntas norteadoras (Apêndice C): Conte-me como foi seu percurso inicial quando começou a trabalhar num serviço de saúde mental; Fale-me sobre sua vivência com pessoas que tem adoecimento psíquico; Quais as suas atribuições no serviço de saúde mental? Quais instrumentos de prática de cuidado de enfermagem, você usa nas suas atividades diárias? Ao longo do tempo sua prática de cuidado mudou? Se sim, o quê pode ter influenciado? Quais são e como você lida com os desafios para a prática de cuidado em saúde mental? Qual sua concepção sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental?

Considerou-se que outros questionamentos poderiam surgir à medida que as entrevistas fossem realizadas, no sentido de aprofundar sobre os achados, na tentativa de coletar o máximo de informações que revelassem o significado da experiência sobre prática de cuidados em saúde mental atribuído pelos enfermeiros. Em função disso, as entrevistas foram realizadas em blocos de dois enfermeiros, com possibilidade de retorno para novos esclarecimentos.

Um exemplo da necessidade de aprofundamento que surgiu ao longo das entrevistas foi constatar nas primeiras análises, tema relacionado à formação. Assim, questionamentos sobre a experiência da formação compuseram o rol de perguntas nas entrevistas subsequentes.

Salienta-se que a coleta de dados ocorreu até sua saturação, como citado anteriormente. Para isso, foi necessário submeter os dados à análise, concomitante a coleta, ou seja, foram feitas análises constantes (DANTAS *et al.*, 2009).

As entrevistas foram conduzidas pelo próprio pesquisador com os enfermeiros. Os diálogos foram gravados em um dispositivo digital móvel (*tablet*), em sala privativa no interior do próprio serviço em horário do expediente de trabalho que estivesse mais tranquilo e transcritos na íntegra para análise. O preenchimento do questionário sobre o perfil do enfermeiro fez parte dos procedimentos realizados nos encontros e o anonimato dos participantes foi resguardado.

5.6 Técnicas de Análise

O processo de análise da pesquisa consistiu no exame minucioso dos dados, linha por linha, para a construção inicial dos conceitos. Strauss e Corbin (2008) recomendam o uso de questionamentos sobre os dados que se apresentam para a elaboração de conceitos com suas propriedades e dimensões, além de comparar incidente com incidente, constituindo assim os códigos conceituais que embasarão as categorias.

Nessa etapa, os dados fornecem a representação abstrata do fenômeno, pois mediante a elaboração dos conceitos, todas as categorias criadas a partir desse momento reafirmarão a principal característica do método, que é a construção de uma teoria fundamentada nos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A TFD proporciona ao investigador os procedimentos necessários para a análise dos dados, com uma abordagem estruturada e sistematizada em três etapas denominadas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

Na codificação aberta os dados foram expostos, ou seja, os pensamentos, ideias e significados foram revelados para uma investigação rigorosa, identificando suas semelhanças e diferenças, definindo conceitos, permitindo o agrupamento dos fatos, codificando-os e transformando-os em categorias, sendo estas as representações do fenômeno. Nesse momento, ocorreu o processo de identificação de incidentes aplicáveis a cada categoria, na tentativa de não apenas reduzir os dados, mas de desenvolver suas propriedades e dimensões. (SANTOS *et al.*, 2016; STRAUSS; CORBIN, 2008). No quadro 1 segue um exemplo de codificação aberta na fase de análise:

Quadro 1 – Codificação aberta dos dados

Trecho da entrevista	Códigos
<p>Eu acho que a <u>enfermagem ela tenta se encontrar ainda dentro da saúde mental.</u> Então as pessoas ficam tão <u>preocupadas em determinados procedimentos e nas medicações e na aplicação das injeções e não percebem que a enfermagem, como ela tem uma visão ampliada de cuidado, a escuta que ela faz qualificada, onde ela identifica questões sociais, que ela faz inclusive uma articulação com o serviço social, [...], que ela pode identificar isso. Eu acho que a enfermagem não se vê nesse papel ainda. Talvez ela não perceba que a escuta qualificada dela seja muito importante.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Refletindo a inserção da Enfermagem na Saúde Mental; - Atuação centrada nos procedimentos; - Ampliando a visão do cuidado; - Identificando dimensões do cuidado; - Atuando no modo interdisciplinar; - Questionando o papel da Enfermagem; - Problematizando a atuação da Enfermagem; - Refletindo sobre a escuta.

Fonte: Elaborado pelo autor.

O registro das análises preliminares foram os memorandos, que segundo Strauss e Corbin (2008), o memorando na TFD “refere-se a tipos muito especializados de registros escritos – aqueles que contêm os produtos das análises ou as direções para o analista”. Eles foram escritos no formato de notas teóricas. Segue um exemplo no Quadro 2:

Quadro 2 – Memorando no formato de nota teórica

Memorando da entrevista 03- Questões sobre a formação
<p>Na graduação, foi possível observar que na disciplina de saúde mental, o estágio da entrevistada foi uma experiência traumática. Experiências traumáticas que são vivenciadas comumente causam muitos prejuízos ou deixam sequelas graves ou não. Assim, podem ficar marcadas na memória como lembranças indesejáveis. Os estudantes de graduação criam muitas expectativas quando vão à campo e essas expectativas, nem sempre correspondem ao esperado, podendo gerar sentimentos negativos. Por exemplo, na vivência da entrevistada, ela sentiu terror e pânico (reações negativas), devido ao estranhamento que teve na experiência traumática. Resultando numa aversão a saúde mental. Essa reação foi alimentada pela orientação dos professores que deram um sinal de alerta, sobre possíveis situações que poderiam ocorrer no campo de estágio. Como o campo era da saúde mental, e esse campo historicamente é permeado de muitos estigmas e preconceitos, acabou gerando muitas percepções negativas que inicialmente afastaram possibilidades de atuação da entrevistada nessa área.</p>

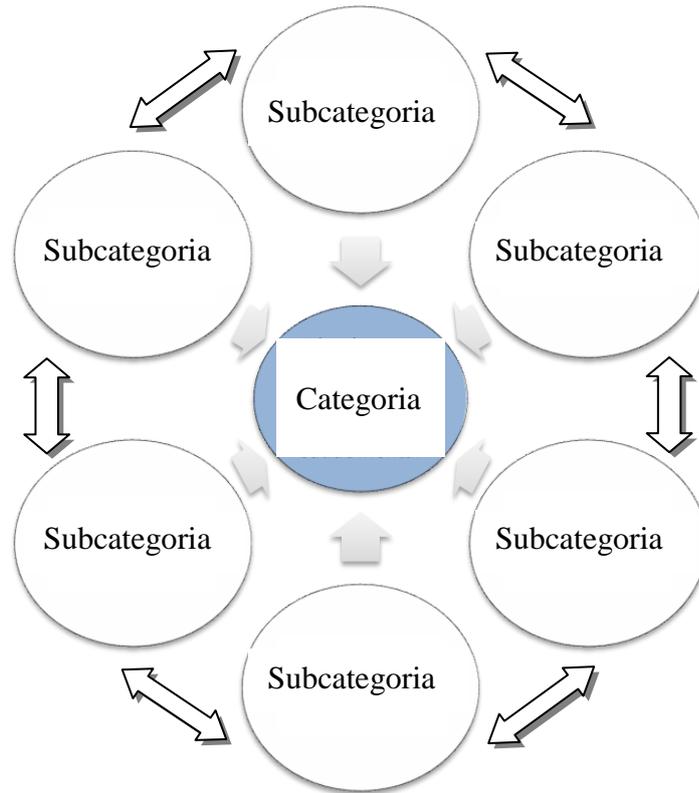
Fonte: Elaborado pelo autor.

Na codificação axial, segunda etapa do processo de análise, consiste em realizar um novo agrupamento dos dados para formação e desenvolvimento de conexões entre as categorias e subcategorias. Analogamente às categorias, as subcategorias também são formadas por conceitos.

Esse reagrupamento conceitual é também chamado de modelo do paradigma, ou seja, um esquema de organização sistemática dos dados que mostra a integração entre estrutura (porque os fatos ocorrem) e processo (como ocorrem). É formado pelas condições, ou seja, fatos de um fenômeno que explicam o porquê e como as pessoas reagem de certa maneira, tendo a seguinte composição: condições causais (representam os fatos que influenciam os fenômenos ou que os causou); condições intervenientes (situações que alteram os impactos dos fatos sobre os fenômenos); condições contextuais (o surgimento de circunstâncias que trarão respostas por meio de ações e interações); e as consequências (resultado obtido pelo uso de estratégias) (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Nessa etapa também são usados diagramas para visualização das possíveis relações entre os conceitos. Neste estudo foram utilizados, especificamente, para demonstração das relações entre as categorias e subcategorias. Segue a figura 1 criada pelo pesquisador:

Figura 1 – Modelo de diagrama com categoria e subcategorias



Fonte: Elaborada pelo autor.

A última etapa é a codificação seletiva quando o objetivo principal é identificar a categoria central ou básica, aquela que revela a teoria do estudo. Desse modo, ocorreu o refinamento e integração de todas as categorias para encontrar a característica tida como comportamento recorrente nos dados, justificando a existência da categoria central. Desse modo concorrente, as demais tiveram uma função adjacente (DANTAS *et al.*, 2009; CASSIANI; ALMEIDA, 1999).

Nesse processo de análise, a etapa de codificação seletiva explicita a experiência vivenciada pelos participantes do estudo, frente ao fenômeno em seu contexto (DANTAS *et al.*, 2009).

5.7 Aspectos éticos

Foram seguidos os fundamentos éticos e científicos que envolvem esse tipo de pesquisa segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Sendo respeitados os princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e demais princípios que assegurem ao sujeito uma participação segura e livre de danos (BRASIL, 2013). A

pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil, bem como submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Informa-se que o projeto foi aprovado com o número do CAAE: 68425617.8.0000.5576/Parecer nº 2.359.591.

Apesar de a pesquisa envolver seres humanos, a proposta do estudo não impôs riscos físicos, psicológicos ou invasão de privacidade inaceitável, que pudessem inviabilizar a participação dos sujeitos, ou seja, a referida pesquisa possuiu riscos mínimos. Considerou-se apenas a possibilidade de desconforto que o sujeito pôde sentir ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos em que ele possa ter se sentido incomodado em falar. Assim, aos sujeitos envolvidos foi apresentada a proposta do estudo e ficou claro que não precisariam responder a qualquer pergunta ou parte de informações da pesquisa, se julgassem muito pessoal ou se sentissem desconforto em falar.

Sobre o respeito ao anonimato dos enfermeiros, neste estudo utilizamos a letra “E” de enfermeiro e o número da sequência que foram realizadas às entrevistas.

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização dos participantes

Todos os participantes eram enfermeiros dos CAPS da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Fortaleza. A faixa etária de seis deles foi entre 25 e 30 anos (06/75%), com prevalência do sexo feminino (06/75%). Todos com pós-graduação em andamento ou concluída, com três (37,5%) *strictu sensu* nível mestrado e cinco (62,5%) entrevistados com especialização *lato sensu*. Destes, apenas dois (25%) enfermeiros possuem título de especialista em enfermagem em saúde mental coletiva, na modalidade residência multiprofissional.

Quanto ao tempo de formados foi encontrada uma média de 6,8 anos, com tempo mínimo de dois anos e máximo de 22 anos. Sobre o tempo de atuação na saúde mental cinco (62%) entrevistados tinham menos de quatro anos de trabalho. Em relação à experiência prévia de atuação profissional a maioria, ou seja, cinco entrevistados (62,5%), não tinha vivência em serviços de saúde mental de qualquer natureza. Alguns tinham trabalhos concomitantes em outras instituições de outras áreas da saúde como os entrevistados E02 e E04 na atenção hospitalar e E08 na atenção básica. Desses, apenas dois assumiram que o trabalho na Saúde Mental não é atuação principal. Toda a amostra ocupa a função clínico-assistencial nos serviços. Ver tabela 1 com os resultados sistematizados.

Tabela 1 – Caracterização do perfil dos participantes do estudo

Participantes	Faixa etária	Sexo	Escolaridade	Possui especialização em saúde mental	Término da Graduação	Tempo de atuação na área da saúde mental	Experiências prévias de trabalho em saúde mental	Saúde Mental como atividade principal
Entrevistada 01	25-35	Feminino	Especialização Lato Sensu (Incompleta)	Não	02 anos	02 anos	Não	Sim
Entrevistada 02	25-35	Masculino	Especialização Lato Sensu (completa)	Não	07 anos	01 ano	Não	Não
Entrevistada 03	35-50	Feminino	Especialização Lato Sensu (completa)	Não	03 anos	02 anos	Não	Sim
Entrevistado 04	25-35	Masculino	Especialização Lato Sensu (Incompleta)	Não	07 anos	03 anos	Sim	Não
Entrevistada 05	35-50	Feminino	Mestrado Acadêmico em Enfermagem (incompleto)	Não	22 anos	17 anos	Não	Sim
Entrevistada 06	25-35	Feminino	Especialização Lato Sensu (completa)	Sim	05 anos	04 anos	Sim	Sim
Entrevistada 07	25-35	Feminino	Mestrado profissional em Enfermagem (completo)	Sim	07 anos	03 anos	Sim	Sim
Entrevistado 08	25-35	Feminino	Mestrado Acadêmico em Enfermagem (incompleto)	Não	02 anos	01 ano	Não	Sim

Fonte: Elaborada pelo autor.

6.2 Categorias e subcategorias

As categorias e subcategorias foram construídas a partir dos conceitos elaborados tendo como base a TFD e são partes fundamentais do método, para gerar explicações mais precisas sobre o fenômeno em estudo. Assim para compreender o que os dados coletados falam sobre o fenômeno do cuidado de enfermagem em saúde mental a partir das experiências e concepções dos enfermeiros, essas estruturas estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Apresentação das categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
1. O Trabalho em Saúde Mental	1.1 Não tendo planejado trabalhar em saúde mental; 1.2 Não tendo experiência profissional em Saúde Mental; 1.3 Aproximação com a clientela; 1.4 Aprendizado no cotidiano; 1.5 Contextos da Saúde Mental; 1.6 O papel do enfermeiro.
2. Lacunas na graduação	2.1 A formação em psiquiatria na graduação; 2.2 Impacto negativo na graduação; 2.3 Problematizando a formação em Saúde Mental
3. Revendo a atuação	3.1 Práticas comuns da equipe multiprofissional; 3.2 Práticas específicas da Enfermagem; 3.3 A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); 3.4 Deficiências na atuação; 3.5 Empecilhos na atuação; 3.6 Influências de referenciais teóricos
4. A construção de um novo cuidado	4.1 Ampliação da visão; 4.2 Cuidado centrado na pessoa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

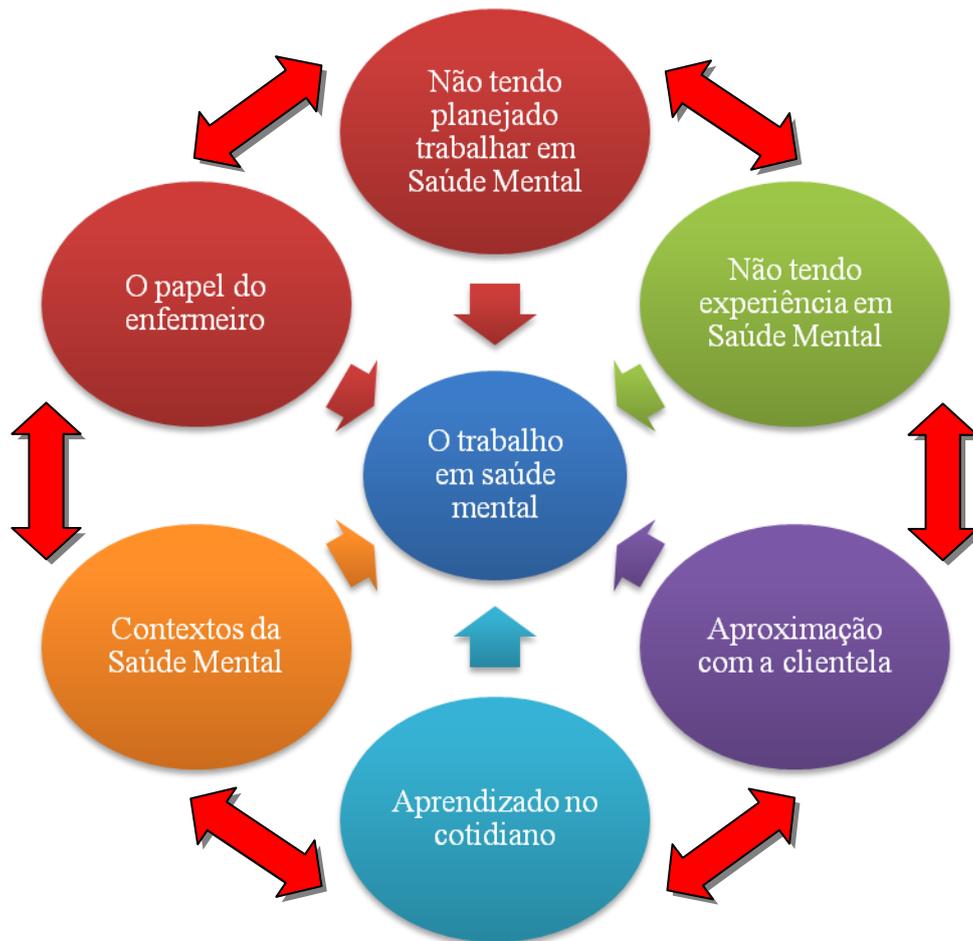
CATEGORIA 1- O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Esta categoria retrata o início da trajetória dos entrevistados quando se viram na condição de trabalhadores inseridos em um serviço de saúde mental. Considerando que esta área da saúde é carregada de estigmas e preconceitos, foi possível observar que estes enfermeiros tiveram muitas dúvidas e receios quando se depararam com a possibilidade de vivenciar tal experiência.

Profissionais de saúde, sejam eles recém-formados e inexperientes, ou mesmo outros que tenham experiências anteriores em áreas distintas de atuação, podem sentir insegurança quando vão iniciar suas atividades em áreas desconhecidas como o campo da atenção à saúde mental. Na Enfermagem, conforme observações feitas a partir das entrevistas, percebeu-se reações de insegurança descritas com muita intensidade e outras questões, como foi revelada

nas subcategorias: Não tendo planejado trabalhar em saúde mental; Não tendo experiência profissional em Saúde Mental; Aproximação com a clientela; Aprendizado no cotidiano; Contextos da Saúde Mental e O papel do enfermeiro, como mostram a Figura 2.

Figura 2 – CATEGORIA 01 – O TRABALHO EM SAÚDE MENTAL



Fonte: Elaborada pelo autor.

Subcategoria 1.1- Não tendo planejado trabalhar em Saúde Mental

Esta subcategoria emergiu a partir dos relatos dos participantes sobre o fato de que trabalhar na Saúde Mental não estava em seus planos. Este era um campo em que não havia afinidade, portanto não tinham desenvolvido interesse prévio em atuar nesta área. Para muitos dos enfermeiros a opção foi uma decisão difícil de ser tomada. O Quadro 4 apresenta os códigos encontrados que retratam esta situação.

Quadro 4 – Códigos da subcategoria 1.1 - Não tendo planejado trabalhar em Saúde Mental

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciando o trabalho na Saúde Mental; - Caindo de paraquedas; - Emprego inesperado; - Tendo campo de atuação inesperado; - Não tendo afinidade com a saúde mental inicialmente; - Considerando opção de difícil escolha; - Tendo visão distorcida inicialmente; - Adquirindo interesse na Saúde Mental ao longo do tempo; - Desenvolvendo aceitação do trabalho na Saúde Mental.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Alguns depoimentos exemplificam essa subcategoria:

[...] eu caí de paraquedas. Entrei na Saúde Mental porque passei na seleção. Fui lotada e quando cheguei lá, disseram que só tinha vaga num PSF, que era um lugar muito longe da minha casa, num bairro muito perigoso [...], ou então, o CAPSi, vizinho a minha casa [...], então resolvi “arriscar” trabalhar na Saúde Mental [...]. (E3)

Há 17 anos eu passei num concurso público onde não escolhi a Saúde Mental. Caí de paraquedas [...], quando fui olhar já estava direcionada para o CAPS e eu não gostei [...] Então, eu resolvi abraçar a causa. (E5)

Como se observa, apesar de ser um campo inesperado, algumas motivações, entre elas, destacadamente a necessidade de inserção no mercado de trabalho foram decisivas para induzir a uma aceitação, mesmo à revelia de suas preferências pessoais.

Subcategoria 1.2- Não tendo experiência profissional em Saúde Mental

Nesta subcategoria percebeu-se uma questão presente nos participantes que foi a falta de experiências anteriores em trabalhos na área da saúde mental. Esta inexperiência se apresentou, de maneira total, por terem sido recém-formados e nunca terem trabalhado, ou por terem atuado em outros serviços com público diferenciado do campo da Saúde Mental.

Essa falta de vivência prática pareceu ser fonte de insegurança, principalmente pelo fato dos ambientes ou casos atendidos nos serviços gerarem demandas e precisarem de respostas imediatas. Isso foi percebido quando declararam em suas falas sobre a necessidade de

compreender a nova experiência que passariam a vivenciar. O Quadro 5 mostra os dados codificados que retratam essa categoria:

Quadro 5 – Códigos da subcategoria 1.2 - Não tendo experiência profissional em Saúde Mental

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Assumindo a inexperiência profissional; - Não gostando da Saúde Mental devido à inexperiência; - Apresentando sentimentos positivos e negativos; - Desconhecendo o contexto do trabalho; - Tendo vivenciado mais uma leitura teórica; - Tendo pouca aproximação do contexto de trabalho; - Assumindo déficit teórico; - Se sentindo incapaz para cuidar; - Tendo experiências em outras áreas; - Espelhando-se nos pares; - Tendo vivência pessoal e de cuidado às pessoas com transtorno mental.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os depoimentos colaboram na visualização essa realidade:

Bem, assim... No começo você se sente insegura! Porque como a experiência, não... Não tive tanta experiência, nunca estive com essas pessoas pra trabalhar, realmente só a teoria e um pouco da prática. Então eu tive insegurança no início [...]. (E8)

No início foi meio assustador porque era uma coisa nova. Eu estava saindo da graduação. Eu não tinha experiência em nenhum local, então foi novo [...] E logo no início eu senti medo, sentimentos de insegurança, incerteza se eu queria continuar mesmo naquele local de trabalho. (E1).

Meu início foi de surpresa [...], e procurei me espelhar nas pessoas que tinham experiência e vendo como eram as atividades, das rotinas do serviço [...] e fui me aprimorando e me desenvolvendo através da experiência na saúde da família com o contato com as pessoas [...]. (E2).

Como se observa, em alguns casos, a inexperiência na Saúde Mental foi amenizada pela experiência profissional pregressa em outras áreas da saúde que pareceu contribuir como uma base que forneceu segurança para os enfermeiros.

Subcategoria 1.3- Aproximação com a clientela

Esta outra subcategoria, que emergiu com as falas, demonstrou que o encontro dos enfermeiros com as pessoas que estariam sob seus cuidados foi um dos pontos fortes que contribuíram para sua adaptação no campo da Saúde Mental.

Ao adentrarem no cenário de atuação, encontraram muitas pessoas que apresentavam peculiaridades sobre seu estado de saúde, devido principalmente suas questões e demandas serem de diversas dimensões, além da natureza psíquica. Os códigos podem ser observados no Quadro 6:

Quadro 6 – Códigos da subcategoria 1.3 - Aproximação com a clientela

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Aproximando-se da clientela; - Percebendo a necessidade da clientela; - Adaptando-se a necessidade da clientela; - Vivenciando muitos perfis de clientela; - Mudando a visão sobre a clientela; - Respeitando a autonomia da clientela - Despertando o interesse na Saúde Mental.

Fonte: Elaborado pelo autor.

As falas dos entrevistados revelam esta subcategoria:

Faz pouco mais de ano que eu vivencio. E na verdade é diferente do que eu poderia imaginar antes de ver na prática! Porque são pessoas com questões sociais, mascaradas pelo uso abusivo das drogas [...], são histórias de pessoas que exerciam todas as atividades na vida e depois passaram a ter consequências. (E2)

Será que isso é Deus que está colocando na minha vida pra eu entender um pouco dos transtornos mentais [...]. Quando entrei na Saúde Mental, aquilo que eu comecei a pensar que eu estava entrando na Saúde Mental, talvez para compreender tudo aquilo que eu vivenciei na vida pessoal. (E3)

Eu tenho vivência pessoal e familiar nessa área certo! [...] tenho uma experiência pessoal de sofrimento psíquico [...] E isso só fez aumentar mais ainda o meu interesse na área, na práxis, na forma de cuidado, como eu, enquanto enfermeira, poderei desenvolver o cuidado com as pessoas que estão em sofrimento psíquico e com uso problemático de álcool e outras drogas. (E6).

A interação com a clientela parece ter mudado a visão sobre o contexto, despertando o interesse e, para algumas, promoveu identificação pessoal e o despertar do interesse pela área.

Subcategoria 1.4- Aprendizado no cotidiano

Esta subcategoria mostra algumas estratégias relacionadas à apropriação de conhecimentos que os entrevistados construíram para lidar com as demandas de saúde mental que começaram a fazer parte do seu universo de atuação profissional. Tendo a iniciativa de busca individual por novos saberes e novas técnicas, levando-os a possibilidade de maior qualificação do cuidado.

A procura por conhecimento foi fundamentada na necessidade profissional dos entrevistados e ainda de acordo com as necessidades das pessoas que dependiam de seus cuidados.

Seguem os códigos surgidos nessa subcategoria no Quadro 7:

Quadro 7 – Códigos da subcategoria 1.4 - Aprendizado no cotidiano

Códigos
- Busca individual por conhecimentos;
- Aprofundando conceitos;
- Qualificando a atuação;
- Adquirindo novas habilidades;
- Assumindo mudanças na atuação;
- Ampliando o olhar;
- Se baseando nas experiências cotidianas;
- Tendo aprendizado compartilhado;
- Tendo interesse na área;
- Fortalecendo o interesse na saúde mental.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os relatos exemplificam essa subcategoria:

[...] no meu primeiro ano de experiência eu convivi com essas pessoas. Então escutei as histórias delas e aí comecei a ampliar meu olhar. E quando iniciei a Residência

em Saúde Mental, aí meu olhar se ampliou mais ainda. Então hoje não sou a mesma obviamente, não sou a mesma profissional de quando comecei a trabalhar. (E6).

[...] fui me aprimorando, fiz alguns cursos de arte terapia, grupo operativo, recentemente terapia comunitária. Então cada vez me aprimorando pra facilitar o serviço! E assim, não é o que eu queria para eles, era a demanda que chegava e do que necessitava. E eu estava me moldando. (E5).

Foi possível perceber também que, o aprendizado pela experiência cotidiana possibilitou a aquisição de habilidades, dando mais segurança sobre a atuação, propiciando outras motivações, incluindo o interesse de permanecer na Saúde Mental.

Subcategoria 1.5- Contextos da Saúde Mental

Esta subcategoria apresenta as impressões sobre o que foi encontrado pelos entrevistados quando iniciaram o percurso na Saúde Mental. Questões relativas à infraestrutura dos próprios serviços e ao modo como são organizados, seus processos de trabalhos foram as mais citadas. Além disso, apontam percepções sobre o cuidado que deveria ser pautado nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, mas que na prática, são conduzidos de modo controverso. Outro ponto relevante diz respeito às dificuldades que os serviços, como os CAPS, têm em dar respostas efetivas às demandas das pessoas. Por meio das falas têm-se os seguintes códigos no Quadro 8:

Quadro 8 – Códigos da subcategoria 1.5 - Contextos da Saúde Mental

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Identificando deficiências no serviço; - Problematizando o acolhimento; - Fazendo referência a Reforma Psiquiátrica como utopia; - Identificando permanência do cuidado tradicional hospitalar na RAPS; - Persistência da atuação focada na doença; - Identificando prejuízo no vínculo profissional/cliente; - Identificando prejuízo no acompanhamento da clientela; - Nomeando responsáveis pelo problema; - Relatando desorganização do trabalho da Enfermagem.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os relatos representam a subcategoria contextos da saúde mental:

Eu vejo que ainda, ainda há um déficit muito grande. Porque a gente sabe que a Reforma Psiquiátrica é tudo muito lindo, mas a gente sabe que ainda existem locais que ainda têm o modelo hospitalocêntrico né, os manicômios [...]. (E1).

Então a gente tem uma demanda muito grande que atrapalha nesse cuidado de enfermagem. Porque é um demanda grande. Você não tem como. Você tem que resolver aquilo que é urgente [...]. (E5).

Sobre a crítica relacionada a Reforma Psiquiátrica, cabe refletir sobre a responsabilização de vários agentes que estão envolvidos nas problemáticas que surgem sobre a não operacionalização de suas diretrizes e os prejuízos advindos delas.

Subcategoria 1.6- O papel do enfermeiro

Vários espaços de trabalho da equipe de enfermagem têm rotinas padronizadas e papéis bem definidos para sua atuação. Todavia ainda existem áreas específicas, como a saúde mental, que requerem novos direcionamentos e apropriação, por parte do enfermeiro, de uma nova práxis.

Essa subcategoria traz algumas observações que foram relatadas sobre o que pensam os entrevistados sobre sua prática de cuidados de enfermagem na Saúde Mental. Traz alguns elementos que configuram percepções sobre pensamentos, comportamentos e reflexões extraídas de experiências no seu contexto de trabalho. O Quadro 9 demonstra os códigos encontrados:

Quadro 9 – Códigos da subcategoria 1.6 - O papel do enfermeiro

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Atribuindo atendimento individual somente no ambiente hospitalar; - Declarando desconhecimento sobre o papel do enfermeiro em Saúde Mental; - Criticando a persistência da visão centrada no procedimento; - Tendo visão limitada; - Vivenciando atuação inespecífica; - Tendo necessidade de diversificar a atuação; - Não entendendo o papel do enfermeiro.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os depoimentos representam esta subcategoria:

Eu acho que a Enfermagem, ela tenta se encontrar ainda dentro da Saúde Mental. E as pessoas ficam tão preocupadas em determinados procedimentos e nas medicações e nas aplicações de injeções e não percebem que a Enfermagem, como ela tem uma visão ampliada de cuidado, a escuta que ela faz qualificada, onde ela identifica questões sociais [...]. Eu acho que a Enfermagem não se vê nesse papel ainda. (E7).

Eu não tinha visão da Saúde Mental. Quanto mais do papel da enfermeira dentro da Saúde Mental [...]. Eu tive muita dificuldade e eu lembro que umas das principais dificuldades assim que eu entrei, foi entender qual o papel da enfermeira no CAPS [...]. (E3).

Foi observada a persistência sobre uma ideia de indefinição sobre o fazer do enfermeiro nos novos serviços da Saúde Mental. Essa sensação pode limitar sua atuação, levando-o a se considerar desconectado dos modos de assistir a clientela neste campo específico da saúde.

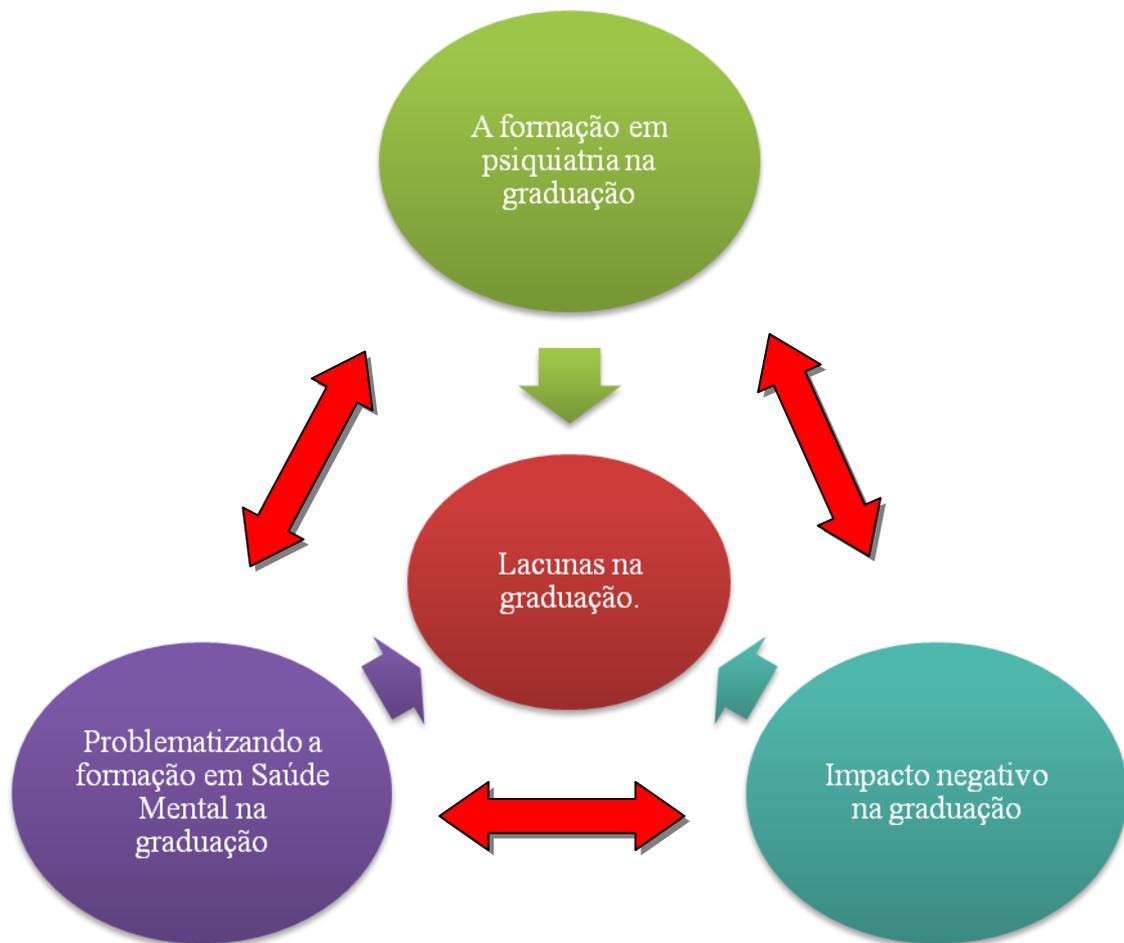
CATEGORIA 2- LACUNAS NA GRADUAÇÃO

A análise dos dados permitiu vislumbrar que, para alguns entrevistados a formação universitária para a preparação da atuação em Saúde Mental foi “traumática” e geradora de grande ansiedade.

Experiências traumáticas comumente causam algum tipo de prejuízo ou deixam sequelas psicológicas que podem marcar por tempo indefinido a memória com lembranças indesejáveis. Isso faz com que as pessoas não desejem se submeter novamente as mesmas experiências como no caso dos serviços de saúde mental.

Esta categoria é representada pelas subcategorias: A formação em psiquiatria na graduação; Impacto negativo na graduação; Problematizando a formação em Saúde Mental na graduação. Estão demonstradas na Figura 3:

Figura 3 – CATEGORIA 02 – LACUNAS NA GRADUAÇÃO.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Subcategoria 2.1- A formação em psiquiatria na graduação

Esta subcategoria descreve como foi para os entrevistados a formação na disciplina de Psiquiatria e/ou saúde mental da graduação. Alguns consideram existir uma diferença conceitual entre Psiquiatria e saúde mental que, por sua vez, ensejam práticas também diferentes.

Vale ressaltar que as orientações iniciais recebidas dos professores eram enfaticamente direcionadas por alertas aos possíveis perigos que os alunos poderiam se expor, caso não cumprissem as recomendações necessárias para ir ao campo, causando precocemente, estado de ansiedade nos graduandos.

Quadro 10 – Códigos da subcategoria 2.1 – A formação em psiquiatria na graduação

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Relatando ter tido aprendizado em psiquiatria, não em Saúde Mental; - Tendo formação centrada na doença; - Criticando a formação universitária; - Queixando-se dos estágios; - Criticando a visão centrada na técnica; - Sendo alertado enfaticamente sobre riscos nos estágios no hospital psiquiátrico; - Tendo vivenciado somente experiência hospitalar; -Tendo vivenciado experiências traumáticas;

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os relatos que se seguem legitimam a subcategoria: a formação em psiquiatria na graduação.

Na graduação, a Enfermagem na Saúde Mental, ela, pelo menos a disciplina que tive em Saúde Mental, não foi saúde mental. Foi psiquiatria. Então só doença, doença, dependência química [...], porque como eu disse, eu vi psiquiatria: esquizofrenia, transtorno bipolar..., essas coisas. [...] o biopsicossocial e as outras facetas que a gente sabe, não! Só essas. (E6)

Na graduação foi traumático, [...] eu sai das aulas teóricas, e o professor já “prepara” a gente pras aulas práticas. Eu lembro que ele dizia: “Tem que tomar cuidado porque vai iniciar as aulas práticas”! E aquilo já começava a me causar medo, e no dia de iniciar a professora falou: “Olha, amanhã é o dia do estágio, vocês não usem brinco, não usem colar e prendam o cabelo porque eles podem avançar em vocês”. Então aquilo pra mim, que não conhecia nada em Saúde Mental, foi aterrorizante. (E3)

A nossa formação é extremamente biológica, ela é extremamente mecanicista, ela é tecnicista. Eu costumava dizer que a gente é tarefeiro. Tem tarefas. E a Saúde Mental, o que ela menos tem, é esse tecnicismo. (E7).

Durante a coleta dessas falas, observou-se que os enfermeiros questionavam de forma contundente, na sua graduação, sobre os conteúdos e os campos de estágios. Eles destacaram uma necessidade urgente de mudanças na condução da formação dos novos enfermeiros.

Subcategoria 2.2- Impacto negativo na graduação

Comumente os estudantes de graduação criam muitas expectativas com a chegada do momento de ir ao campo de práticas aplicarem os conhecimentos teóricos adquiridos em sala

de aula. Porém, essas expectativas nem sempre correspondem ao esperado gerando diversas reações e sentimentos, sejam eles negativos ou positivos.

Para os entrevistados, esse campo de atuação que foi tecido na graduação, em instituição hospitalar, não foi muito bem-vindo, predominou a expressão de lembranças negativas sobre esta experiência. Estas lembranças estão representadas nos códigos do Quadro 11.

Quadro 11 – Códigos da subcategoria 2.2 - Impacto negativo na graduação

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Tendo conotação negativa da clientela; - Tendo presenciado atitudes negligentes do cuidado; - Decidindo não atuar na Saúde Mental; - Evitando a Saúde Mental; - Apresentando reações negativas; - Tendo visitado hospital psiquiátrico; - Tendo aversão a Saúde Mental.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Exemplificando a subcategoria: Impacto negativo na graduação, têm-se as falas:

Quando me deparei estava cheia de mitos. Porque eu vim, e a minha visão era de um hospital psiquiátrico. Quando a gente foi para o estágio, morrendo de medo. Porque os pacientes ficavam pedindo brincos, batom e a gente, e sempre a questão do mito da agressividade, de ser agredida! (E5).

Desde a época do meu estágio eu já me sentia angustiado, porque meu estágio de Saúde Mental foi no antigo hospital Suliano². Lá foi muito sufocante. A gente vê cada situação sabe. De falta de humanidade mesmo [...], aquilo impactou, de cara, muito negativo. (E4).

Eu cheguei lá no hospital... Eu lembro que eu olhava pras pessoas doentes mentais e eu os via, com medo. Tinha medo de me aproximar. Inclusive eu me lembro de colegas que até passaram mal no dia do estágio, ficaram muito tensas. Eu saí, eu fiquei tão nervosa! Tanto medo daquela realidade, que pra mim era um mundo que eu não queria fazer parte. Saí dizendo que atuaria em qualquer área da Enfermagem menos na Saúde Mental. (E3).

² Clínica de Saúde Mental Dr. Suliano foi um hospital psiquiátrico localizado no município de Fortaleza. Atualmente encontra-se desativado.

A Saúde Mental é área que historicamente, é permeada de estigma e preconceito. E locais como o hospital psiquiátrico, onde ainda perduram práticas desumanizadoras e de violação de direitos, propiciou desmotivações sobre possíveis experiências futuras para os enfermeiros entrevistados.

Subcategoria 2.3- Problematizando a formação em Saúde Mental na graduação

Nesta subcategoria os enfermeiros expressam o déficit que trouxeram da disciplina de Saúde Mental na formação universitária, relatando a necessidade de capacitação para poderem atuar com segurança. Essa falta de conhecimento sobre a atuação profissional em áreas específicas pode ser encontrada em pessoas onde sua formação básica (graduação), é direcionada para aspectos gerais da profissão, como é a graduação em Enfermagem atualmente. Ficando assim com necessidade de formação complementar que pode ser adquirida informalmente logo ao iniciar as atividades em determinadas áreas de atuação ou por outros meios formais. Os códigos no Quadro 12 correspondem aos achados nos dados:

Quadro 12 – Códigos da subcategoria 2.3 – Problematizando a formação em Saúde Mental na graduação

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecendo a falta de conhecimentos em Saúde Mental; - Tendo que passar por capacitação; - Não tendo formação específica; - Problematizando teoria e prática; - Sugerindo mudanças na formação em saúde mental na graduação;

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os relatos representam a subcategoria: Problematizando a formação em Saúde Mental na graduação.

Na graduação, a experiência que eu tive foi bem básica. A gente teve, eu acho que um mês de estágio lá no CAPS geral. A gente nem foi pro CAPS ad, só no CAPS geral que a gente passou um mês e onde foi que eu tive um pouco de experiência nessa área, mas foi bem básica mesmo. (E8).

[...] quando sai da graduação não tinha afinidade com a Saúde Mental, por ter sido uma experiência diferente. [...] não tinha visão da Saúde Mental nem do papel do enfermeiro. [...] hoje o que eu conheço, aprendi na prática, no CAPS. Vi que não era o bicho de sete cabeças como foi colocado na graduação. (E3).

[...] a faculdade me deu experiência hospitalar, fui preparada para questões hospitalares, não entendia nada de CAPS, era um serviço novo. (E5).

Eu acho que é só uma falta de conhecimento mesmo. Até os professores na universidade deviam era incentivar: Olha! A Saúde Mental é importante! O próprio estágio foi uma negação. Passei só duas semanas dentro do serviço de saúde mental. Essas coisas precisam ser reformuladas, pra que os enfermeiros entendam a importância do cuidado de enfermagem na Saúde Mental. (E6).

Como se observa, houve também o registro sobre algumas sugestões para mudanças na graduação, inclusive, enfatizando a importância da participação do docente motivando e estimulando o futuro enfermeiro a inserir-se no campo da Saúde Mental.

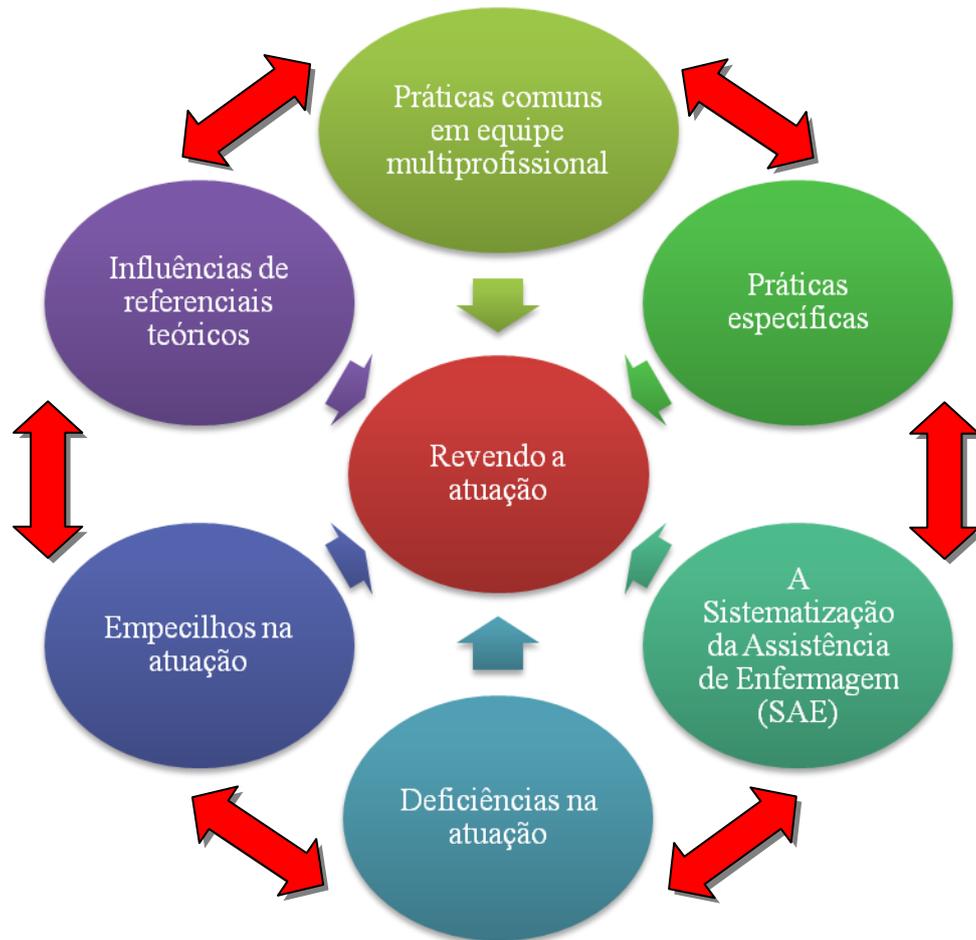
CATEGORIA 3- REVENDO A ATUAÇÃO

A categoria revendo a atuação apresenta um panorama a partir da percepção dos entrevistados, da realidade dos serviços onde estão inseridos e a relação com a construção das práticas de cuidado em enfermagem na sua atuação enquanto enfermeiros.

Suas práticas de cuidados desenvolvidas são expostas na tentativa de compreender como as ações e interações decorrentes deste fazer ocorrem no contexto, considerando que existem muitas influências que facilitam ou dificultam a assistência de enfermagem em sua plenitude. É composta das seguintes subcategorias: Práticas comuns em equipe multiprofissional; Práticas específicas; A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); Deficiências na atuação; Empecilhos na atuação; Influências de referenciais teóricos. Essa categoria está representada na figura a seguir:

Por meio dessa categoria fica evidente que os enfermeiros têm uma atuação muito voltada para atribuições que não são de sua autoria enquanto categoria profissional específica. O que leva a questionamentos sobre se os profissionais das outras categorias também estão nessa mesma condição, ou se todos sabem e conduzem suas práticas de acordo com sua formação.

Figura 4 – CATEGORIA 03 – REVENDO A ATUAÇÃO



Fonte: Elaborada pelo autor.

Subcategoria 3.1- Práticas comuns em equipe multiprofissional

Esta subcategoria expressa quais atividades os enfermeiros tem seu primeiro contato quando adentram um serviço de saúde mental para atuar. A inserção em atividades multiprofissionais comuns, e não específicas da Enfermagem, pode ser encarado como problema para alguns profissionais, mesmo que eles não se sintam completamente seguros de sua própria capacidade prática devido à inexperiência.

Os principais códigos encontrados nos relatos foram:

Quadro 13 – Códigos da subcategoria 3.1 – Práticas comuns em equipe multiprofissional

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Promovendo escuta qualificada; - Acolhendo crises; - Esclarecendo dúvidas; - Construindo Projeto Terapêutico Singular (PTS); - Realizando encaminhamentos; - Realizando atendimento individual; - Fazendo contato com a família; - Trabalhando na perspectiva da reabilitação; - Participando de atividades de grupo; - Promovendo ambiência; - Promovendo autoconhecimento à clientela; - Realizando visitas domiciliares; - Conhecendo o território;

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os depoimentos que representam essa categoria:

[...] Eu achava muito solta, as coisas entre a enfermeira. Principalmente no serviço que eu cheguei, [...] me passou umas coisas muito básicas como acolhimento, era uma coisa que todos os profissionais faziam. Não era o papel exclusivo da enfermeira. Tive muita dificuldade em relação a isso. De forma geral foi o que mais pesou pra mim. (E3).

[...] A gente vai fazer a escuta qualificada, o acolhimento do paciente. A gente tem que saber o manejo de abordar o paciente em situações de crise, vai trabalhar com ele um Projeto Terapêutico Singular, vai tentar inseri-lo em grupos terapêuticos, vai encaminhá-lo para outra demanda que a gente identificar [...]. (E1).

[...] Aqui eu faço acolhimento. Mas é uma visão multidisciplinar, não é sozinho [...] A gente faz o encaminhamento pras unidades que também trabalham com saúde mental [...] Eu faço visita domiciliar com o psiquiatra. Às vezes vai o auxiliar de enfermagem ou assistente social [...], eu faço grupos de terapia comunitária, grupos operativos [...]. (E5)

Atribuições fim seria a reabilitação... Reabilitação dessas pessoas [...], formar um ambiente onde o paciente se sinta motivado para falar [...], através da escuta. O que eles falam já é o próprio diagnóstico da situação problema [...]. (E2).

Algumas das atividades expressas também representam as exigências do serviço para com o trabalhador. Esse contexto também pode gerar desconforto, fazendo com o profissional, em especial o enfermeiro, se sinta perdido num novo contexto de práticas.

Subcategoria 3.2- Práticas específicas da Enfermagem

Esta subcategoria retrata o que as entrevistadas fazem e que consideram como práticas de cuidado em saúde mental específicas da Enfermagem. Os relatos giram em torno da consulta de enfermagem. Porém, nem todos os enfermeiros a realizam de modo estruturado e sistematizado como é preconizada. Seguem os códigos correspondentes:

Quadro 14 – Códigos da subcategoria 3.2 - Práticas específicas da Enfermagem

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Conduzindo a Consulta de Enfermagem; - Realizando procedimentos básicos de enfermagem; - Supervisionando o uso das medicações; - Diagnosticando problemas de enfermagem; - Cuidando da integridade física; - Destacando a Consulta de Enfermagem instrumentalizada; - Avaliando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); - Recorrendo a habilidades pessoais.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os relatos que expressam tal subcategoria:

Bom, aqui no (CAPS) 24 horas, a gente... Eu faço mais é atendimento individual. Faz evolução, faz administração de medicações [...] Tem também o serviço da dose supervisionada que também tem essa questão da administração de medicações tanto oral quanto injetável [...]. (E1).

Atribuições da Enfermagem, específica da Enfermagem, a consulta de enfermagem. Quando eu faço a terapia ou grupo operativo e eu observo que o paciente precisa de uma escuta individual, então eu marco [...]. Eu não tenho instrumento específico. (E5).

O que eu identifico é... inicialmente é mais pela preservação do cuidado as necessidades do paciente, da saúde mental, [...] com a integridade física, a questão do cuidado com alimentação, do cuidado em si do paciente [...]. (E4).

Temos um instrumento da SAE que está em constante avaliação. E por meio da aplicação da SAE a gente vê a importância do cuidado de enfermagem. No sentido de, por exemplo, você oferecer não só pra pessoa o cuidado centrado no uso de álcool e drogas, mas [...] fazer a própria pessoa perceber que ela também tem outras questões também. Que não é só o uso. Pode ter um problema clínico também, um sofrimento psíquico também [...]. (E6).

Ficou evidente que, para a maioria, a prática da consulta de enfermagem ocorre norteada pelas habilidades pessoais de cada profissional. Ou seja, não utilizam os instrumentos específicos da categoria, que poderiam nortear o planejamento do cuidado de forma mais eficaz. Por outro lado, uma entrevistada deixou claro que suas consultas são norteadas pelo método, enfatizando inclusive, a sua importância no atendimento da clientela.

Subcategoria 3.3- A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);

A subcategoria 3.2 Identificando práticas específicas da Enfermagem demonstrou que a consulta de enfermagem acontece dentro dos CAPS, sendo inclusive confirmada pelos depoentes, a sua execução. No entanto, eles não seguem as recomendações sobre a utilização do Processo de Enfermagem e a SAE. Nesta subcategoria percebe-se como essa questão está presente no cotidiano de práticas dos enfermeiros.

Códigos dessa subcategoria no quadro 15.

Quadro 15 – Códigos da subcategoria 3.3 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Utilizando instrumento padrão do serviço; - Não realizando Consulta de Enfermagem; - Adaptando roteiro de atendimento de acordo com a demanda; - Desconhecendo outros instrumentos; - Utilizando roteiro pessoal; - Usando o próprio saber adquirido com a experiência; - Não valorizando a consulta de enfermagem estruturada; - Sentindo falta de instrumento específico; - Atuando de acordo com a habilidade pessoal.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Legitimando a subcategoria seguem os relatos:

Não, os instrumentos que a gente utiliza são os instrumentos do serviço mesmo, que aí não é um específico da Enfermagem. (E3).

Eu utilizo principalmente a questão da avaliação clínica geral [...], uma avaliação que não necessariamente precisa de um instrumento escrito. É mais um roteiro que tem dentro da minha cabeça e que eu vou seguindo com o paciente. (E4)

Porque existe instrumento específico, de gente que já fez, de teóricos mesmo! [...] Mas aí não tenho instrumento específico. Sinto muita falta disso. Mas já vi que existem uns, existe! (E5).

Eu acho que a consulta de enfermagem, ela tá fragilizada aqui. Inclusive nós somos um serviço que é 24hrs e que a gente poderia estar fazendo uma construção de uma avaliação da consulta de enfermagem, é..., eu não vejo isso como uma prática de todos os colegas. Talvez esse seja um ponto para a gente refletir. (E8).

É perceptível que os entrevistados não percebem a importância do uso das ferramentas de cuidado que a Enfermagem possui. Também se observa que não se apropriaram da responsabilidade individual, de cada enfermeiro, em elaborar um instrumento e que este seja adequado as necessidades da clientela.

Subcategoria 3.4- Deficiências na atuação

Esta subcategoria trata de questões identificadas nos relatos dos entrevistados que remetem as dificuldades configuradas como deficiências encontradas no cotidiano da atuação em Saúde Mental.

Acredita-se que em todos os campos de atuação dos enfermeiros, ou de profissionais em outras áreas, as dificuldades existirão. No entanto, elas devem ser identificadas e sanadas para que não imponham limites para o cuidado e que a assistência seja conduzida por boas práticas e não prejudiquem a clientela. Sobre esses problemas, os códigos no Quadro 16 expressam algumas percepções intrínsecas às atividades específicas que a Enfermagem desenvolve e que foram encontradas nos dados:

Quadro 16 – Códigos da subcategoria 3.4 - Deficiências na atuação

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrando pouco interesse na Consulta de Enfermagem; - Pensando em fazer Consulta de Enfermagem; - Não tendo padrão de atuação; - Não tendo padronização da Consulta de Enfermagem na rede de saúde mental; - Não tendo rotina de enfermagem; - Reconhecendo dificuldades na concretização do cuidado; - Criticando o mecanicismo na assistência de enfermagem; - Tendo dificuldade de conduzir rotinas de enfermagem; - Refletindo sobre outros aspectos da clientela; - Tendo que superar o preconceito; - Tendo que sensibilizar a clientela.

Fonte: Elaborado pelo autor.

As percepções se fazem legítimas ao observar os seguintes relatos:

[...] Em relação à consulta de enfermagem estruturada, aqui eu não utilizo, mas eu já utilizei em outras experiências profissionais. (E4).

Quando a gente sai da graduação a gente pensa sempre que vai entrar no serviço com um papel definido, porque parece que a gente é treinada pra isso. E quando eu entrei na Saúde Mental eu vim pra fazer aquele trabalho de rotina, aquele papel de cada um e fazer aquela rotina. E na Saúde Mental eu não encontrei isso [...]. (E3).

Pode-se destacar que essas expectativas sobre processos de trabalho formatados, são geradas desde a formação. Um dos motivos é porque nos serviços de saúde públicos, de um modo geral, as rotinas e padronizações de assistir a clientela são pré-definidos, principalmente pelas recomendações das instâncias que gerenciam o SUS. E estes são os espaços onde a prática cotidiana é apreendida.

Subcategoria 3.5- Empecilhos na atuação

A precarização do trabalho em saúde é um dos muitos fatores que podem limitar o fazer profissional. Para a equipe de enfermagem esses elementos tem um grande peso quando se pensa no cuidado longitudinal na área da Saúde Mental, principalmente pelo

comprometimento do vínculo que é estabelecido, necessário à obtenção de êxito nas intervenções.

Nesse âmbito vários relatos se reportam aos vínculos trabalhistas que são precários e a desvalorização profissional que resultam em descontinuidade do acompanhamento dos projetos de cuidado. No Quadro 17 estão expostos os códigos:

Quadro 17 – Códigos da subcategoria 3.5 - Empecilhos na atuação

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Discutindo a desvalorização profissional dos enfermeiros; - Criticando o modo de seleção dos profissionais para os serviços; - Refletindo sobre o não engajamento profissional na Saúde Mental; - Problematizando atitudes dos profissionais; - Discutindo diferenças entre enfermeiras com ou sem formação específica; - Criticando o trabalho centrado no interior dos serviços; - Apontando limitações; - Precarização do vínculo trabalhista; - Não tendo atuação específica da profissão.

Fonte: Elaborado pelo autor.

As falas representativas dessa subcategoria:

[...] Não tive nenhum processo de educação permanente, [...] Então, pessoal capacitado, vejo que ainda é um desafio. Porque eu, por exemplo, me incluo nessa carência de capacitação, educação permanente. Para que dessa forma os profissionais possam ser melhores aproveitados. Porque existem propostas, mas essas propostas não se concretizam [...]. (E2).

Primeira coisa que eu acho é a implicação desse profissional na Saúde Mental. Porque ele chega aqui, no serviço de atenção psicossocial, ele chega um pouco descontextualizado. Então ele vai precisar quebrar paradigmas na vida pessoal dele, ele vai precisar quebrar preconceitos, né. Então ele vai precisar se implicar. (E7).

Eu acho que o principal desafio é o vínculo empregatício, que a gente não consegue desenvolver um trabalho na Saúde Mental. Está tendo sempre que mudar contrato, local de lotação, colegas e nunca consegue dar continuidade a um trabalho. [...] Eu acho que outra dificuldade é o fato das pessoas que entram na Saúde Mental não conhecerem nada, como eu cheguei. Acho que isso dificulta muito nosso trabalho. (E2).

A equipe toda fragilizada e a cada ano a gente organiza tudo nas reuniões, como a gente vai trabalhar, e quando chega o final do ano a equipe sai, 70% da equipe vai

embora. E tem que começar tudo de novo, isso atrapalha o cuidado de enfermagem [...]. (E5).

Observa-se também, que os entrevistados se reportam ao despreparo para atuarem na Saúde Mental. Sobre este último aspecto, as falas versaram sobre questões que vem desde o modo de contratação dos profissionais até as posturas encontradas nos mesmos.

Subcategoria 3.6- Influências de referenciais teóricos

Todos os campos do saber, do conhecimento científico, têm suas bases e referências teóricas que subsidiam as suas práticas. Nas profissões da área da Saúde não é diferente. Há saberes consolidados que fundamentam inclusive a construção histórica das profissões, como a Enfermagem, ao mesmo tempo em que surgem novos saberes, sendo estes, frutos do avançar do conhecimento científico e suas descobertas.

Por outro lado, temos as políticas públicas que dentro de cada especificidade, como na Saúde Mental, também direcionam a atuação dos profissionais, solicitando assim que ocorra uma comunicação eficaz entre o saber das profissões e as diretrizes que fundamentam tais políticas.

É nesse contexto que essa subcategoria surgiu. Os entrevistados relataram se suas práticas de cuidado sofrem influência de referenciais teóricos próprios da Enfermagem ou utilizam outras referências. Também, identificaram políticas públicas que norteiam suas práticas dentro dos serviços de saúde mental, bem como seu desconhecimento sobre elas. Os códigos no Quadro 18 representam essa subcategoria:

Quadro 18 – Códigos da subcategoria 3.6 - Influências de referenciais teóricos

Códigos
- Tendo conhecimento geral sobre Reforma Psiquiátrica;
- Compreendendo o SUS como maior política;
- Ampliando olhar sobre várias políticas públicas;
- Afirmando mudanças com a experiência;
- Desconhecendo a política de Saúde Mental;
- Não utilizando exclusivamente referências teóricas da Enfermagem;
- Seguindo outros referenciais teóricos.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Seguem os relatos representativos:

Eu lembrei da teoria de Orem, Teoria do Autocuidado. Acho que é Orem se não me engano, não lembro bem. Posso estar enganado. Eu sempre abordo a questão do autocuidado [...]. (E, 2).

Não tenho lido muito sobre as políticas em Saúde Mental. Tenho conhecimento de um modo geral sobre o processo do fim dos manicômios [...] Então assim, essas políticas mais de um conhecimento geral, nada assim de diretrizes específicas para leis [...], só conhecimento da política geral da nova abordagem [...]. (E2).

Não, modelo referencial não tenho. Só mesmo a busca pela literatura, do que já existe sobre as doenças. Mas, modelo não, ainda não adotei nenhum referencial teórico, nem da Enfermagem. (E8).

Como eu gosto muito da Saúde Coletiva... tem... eu... uma questão que fala sobre a micropolítica do processo de trabalho e eu me oriento muito no que eu posso fazer enquanto trabalhador de saúde e profissional de saúde. (E6).

Eu acho que as políticas públicas que influenciam são intersetoriais. Elas vão para além da saúde. [...] penso em diversas políticas intersetoriais... porque... na Saúde Mental... ela permeia toda a vida do sujeito, independente de um transtorno mental ou não. (E6).

De cuidado de enfermagem não. Na terapia comunitária que eu sigo. Tem quatro teorias básicas que é a pedagogia de Paulo Freire, a comunicação, a antropologia e a resiliência. (E5).

Então, eu não sigo uma teoria específica! Na SAE, a gente utiliza as várias teorias da Enfermagem. Teoria do autocuidado, aliás, outras teorias, das necessidades humanas básicas, essas coisas. Então, não sigo uma linha só, com relação a isso. Não sigo uma única teoria mesmo. (E6).

Embora seja importante a aquisição de novos conhecimentos para a qualificação profissional em áreas específicas da Saúde, está sendo observado que alguns enfermeiros não buscam em suas bases teóricas, a sustentação do seu fazer específico. Essa questão, inclusive pode gerar distanciamento de sua identidade, fato que já foi posto neste estudo, como fonte de indefinição de papel na Saúde Mental.

CATEGORIA 4 - A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO CUIDADO

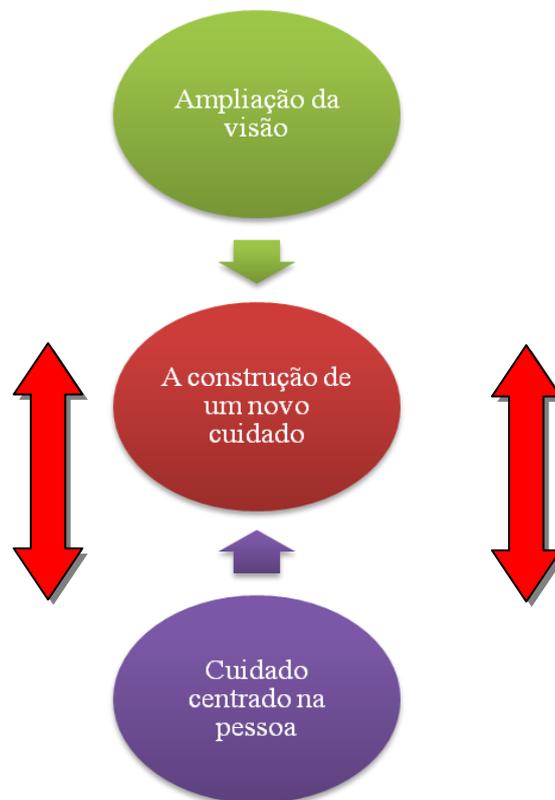
A assistência de enfermagem em saúde mental é identificada pelos entrevistados como uma ação em construção e que requer uma ampliação dos papéis até então desempenhados pelos enfermeiros, além da conquista de novos espaços.

As falas apontam para alguns critérios importantes que devem compor o perfil do profissional de saúde mental. Entre eles está a capacidade de implicação do enfermeiro nos variados contextos da Saúde Mental e que seja livre de estigmas. Desse modo, a sua atuação é

ampliada, visando o cuidado resolutivo, numa nova percepção, onde a pessoa cuidada ganha destaque, pois é dela o protagonismo mediante sua vida, mas para isso, acreditam que a clientela precisa ser valorizada e ter suas necessidades identificadas e atendidas.

Adicionalmente, que os enfermeiros reinventem suas práticas, seja na busca de novas abordagens, seja na articulação multiprofissional e interdisciplinar, tão necessárias para dar respostas as demandas que só crescem no interior dos serviços de saúde mental. Nesta categoria temos as subcategorias: Ampliação da visão e Cuidado centrado na pessoa.

Figura 5 – CATEGORIA 04 – A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO CUIDADO



Fonte: Elaborada pelo autor.

Subcategoria 4.1- Ampliação da visão

Essa subcategoria surgiu a partir das percepções dos entrevistados sobre a necessidade urgente de o enfermeiro se abrir para o campo da Saúde Mental, principalmente livre de preconceitos e estigmas.

Nela é possível perceber que para alguns dos enfermeiros, o cuidado de enfermagem na Saúde Mental é uma prática em construção. Nesse pressuposto o cuidado de enfermagem

surge a partir do contato com a clientela, da aproximação para criação de vínculo, para assim conhecer a sua história.

Esse modo de agir foge do modelo de cuidado dito nos relatos que ainda persiste num cuidado centrado na medicalização, bem como na institucionalização, além da supervalorização do modelo biomédico que prioriza o tratamento direcionado à doença e seus sinais e sintomas. No Quadro 19 os códigos correspondentes:

Quadro 19 – Códigos da subcategoria 4.1 – Ampliando a visão

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Tendo que promover cuidado resolutivo; - Tendo que atuar na dimensão biopsicossocial; - Necessitando atuar para superar estigmas; - Assumindo maior vínculo com a clientela; - Assumindo que é uma prática em construção; - Problematizando o cuidado centrado na medicalização e na institucionalização. - Tendo o cuidado ainda centrado na medicalização; - Atribuindo novos papéis e novas abordagens; - Tendo necessidade de implicação profissional.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os depoimentos:

O cuidado de enfermagem pode ser bem resolutivo na Saúde Mental, principalmente quando a gente começar a acabar com os preconceitos, com os estigmas [...]. (E1).

[...] Eu ainda acho que o cuidado de enfermagem está engatinhando. Eu acho que é ainda muito centrado, a questão do cuidado de enfermagem... É ainda centrado na medicalização e na internação, na institucionalização e na parte clínica. [...] A gente fixa muito na questão de sintomatologia [...]. (E4).

[...] Eu enquanto enfermeira, eu não posso me fechar só no bio, biológico. [...] Então, eu acredito que a gente tem que ampliar esse olhar, não ficar só no biológico, que a acontece muito ainda na atuação da Enfermagem, ficar no biológico. (E6).

[...] usuário sempre vê a figura da enfermeira como o que está mais próximo, mais acessível a qualquer coisa [...] Ele chega pra perguntar uma dúvida, que ele não tem coragem de perguntar pra o médico, para o psicólogo [...] e as vezes apresentavam uma demanda que não tinha nada a ver. Por exemplo, com medicação ou qualquer outro aspecto clínico, as vezes era demanda de sofrimento por conflito familiar [...]. (E3).

Diante do exposto, percebeu-se que as ações precisam ser voltadas para o ser humano como um todo, considerando-o um ser em meio a uma dimensão biopsicossocial.

Subcategoria 4.2- Cuidado centrado na pessoa

O cuidado centrado na pessoa é algo a ser perseguido veementemente por qualquer profissional de saúde. Na Saúde Mental, essa atitude ganha maior destaque visto que tem uma clientela que historicamente vive sob um estigma que a exclui principalmente da participação na vida social.

Sobre esse contexto os entrevistados apontam sugestões sobre a produção do cuidado fundamentada nas necessidades das pessoas, propiciando uma escuta qualificada de suas demandas e identificando suas potencialidades.

Relataram ainda que é indispensável que o enfermeiro adquira novos conhecimentos, novas técnicas e habilidades, enfim, novas abordagens na Saúde Mental. Inclusive que essa diversificação da prática tenha origem a partir da apropriação das necessidades da clientela. Também julgam muito importante a articulação com os outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional, considerando que a Enfermagem não dá conta de forma isolada das demandas que surgem no cotidiano dos serviços.

Quadro 20 – Códigos da subcategoria 4.2 - Cuidado centrado na pessoa

Códigos
<ul style="list-style-type: none"> - Ampliando o olhar sobre as necessidades da clientela; - Tendo que valorizar a clientela; - Capacitando para o autocuidado; - Avaliando a autonomia; - Promovendo o autoconhecimento; - Promovendo escuta qualificada; - Tendo vários focos de atuação; - Assumindo outros papeis; - Diversificando a prática; - Mobilizando outros profissionais.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Seguem as falas que expressam a subcategoria: Cuidado Centrado na pessoa.

[...] Eu acho que a gente tem que saber da história do paciente, tem que ter empatia, não tem que ter medo da doença, não tem que centrar o trabalho na doença, tem que centrar na pessoa. (E5).

[...] É uma área de atuação que é responsável por capacitar principalmente os pacientes para o autocuidado, autopercepção... Capacitar para que o paciente tome decisões certas e estratégias para a reabilitação do seu estado psíquico. É uma profissão que trabalha muito a questão do cuidado pessoal, cuidado em saúde mesmo [...]. (E2).

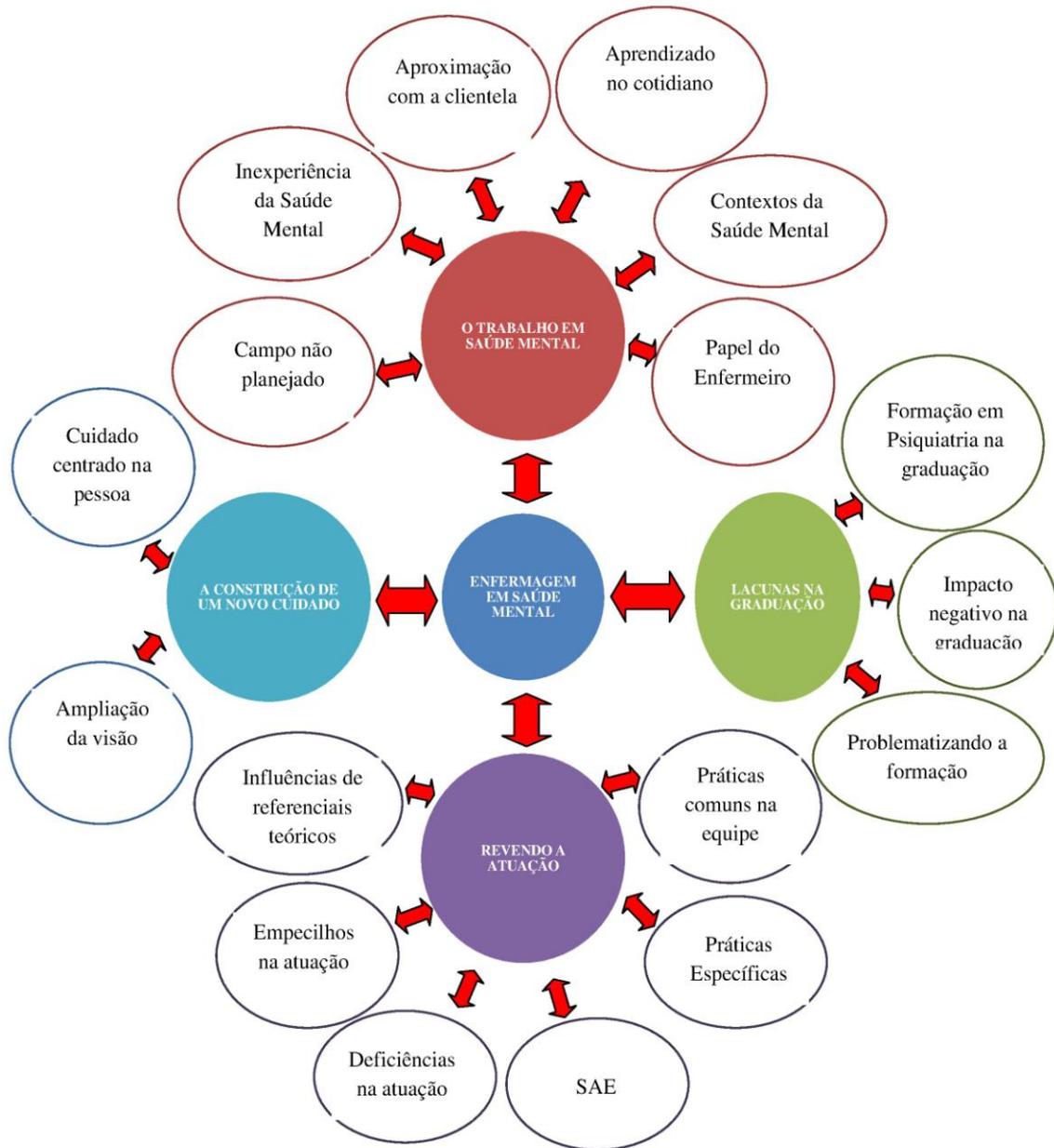
E tem gente que acha que a escuta não é um instrumento valiosíssimo da Enfermagem. Que o acolhimento com a escuta qualificada, é um instrumento da psicologia, quer conversar é com psicólogo entendeu! Não consegue entender essa dimensão da escuta, não consegue... Tem muita dúvida. (E7).

Após a descrição das categorias e subcategorias, foi possível contextualizar o fenômeno e elaborar uma relação existente, tendo como elementos estrutura e processo. Segundo Strauss e Corbin (2008, p. 127) a estrutura é a base por onde surgem as questões que estão fazendo parte dos fenômenos. E o processo é a ação/interação que resulta em estratégias utilizadas pelas pessoas para responder essas questões.

No fenômeno em questão, o cuidado de enfermagem em saúde mental, identificou-se como estrutura os elementos das categorias que remetem a inserção dos enfermeiros nos CAPS e sua formação acadêmica. Já o processo está representado na forma de atuação e como percebem e buscam compreender o cuidado de enfermagem em saúde mental.

Dentro de um modelo paradigmático, na Figura 6, segue a representação gráfica das categorias integradas e suas interações.

Figura 6 – Esquema do modelo paradigmático do estudo



Fonte: Elaborada pelo autor.

6.2.5 CATEGORIA CENTRAL: CONVIVENDO COM O DESCOMPASSO ENTRE AS CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

A procura pelo entendimento de fenômenos, a partir da natureza e tipo das relações que os dados apresentam, resultou na caracterização de um fenômeno central referente à análise das informações obtidas das entrevistadas e que responde a pergunta básica: “O que está acontecendo aqui?”. O fenômeno está representado nesta teoria, através da dissonância ou descompasso entre o que os enfermeiros concebem como prática de cuidado de enfermagem em saúde mental e a vivência desta prática em seu cotidiano. Nesse sentido, a descoberta do fenômeno central apresenta as condições que explicam o porquê dele ter emergido, compondo um quadro de acontecimentos que justificam as ações e interações contidas na experiência dos sujeitos que estão envolvidos no cuidado de enfermagem em saúde mental.

As relações encontradas entre o fenômeno e os sujeitos do estudo estão organizadas num formato que segue as recomendações de Strauss e Corbin (2008), onde a estrutura dos fenômenos é rotulada por meio das **condições causais, interventoras e contextuais**. E a articulação existente entre essas condições origina as **ações e interações** presentes entre as pessoas, que particularmente aqui se refere ao modo de fazer, pensar e refletir o cuidado de enfermagem em saúde mental.

As condições causais correspondem à categoria **O trabalho em Saúde Mental**. Essa caracterização das condições causais se deu por representar um conjunto de acontecimentos que surgiram logo no período de inserção dos enfermeiros nos serviços de saúde mental, com elementos peculiares sobre o modo como ocorreu e que influenciou diretamente os fenômenos vivenciados por eles.

As condições interventoras representam fatos importantes ao longo do percurso dos entrevistados que promoveram alterações consideradas inesperadas para elas sobre um campo de possível atuação profissional. A categoria **Lacunas na graduação** corresponde a estas condições. Os dados revelam que a experiência dos enfermeiros no período da formação universitária e o contato que tiveram com a saúde mental foi desmotivador sob diversos aspectos, promovendo o desinteresse e a tendência ao afastamento da área da saúde mental.

As condições contextuais explicam características dos fenômenos, mais precisamente sobre circunstâncias que são respondidas através ações/interações entre os sujeitos e sua

realidade. Elas podem ser originadas das combinações entre as condições causais e interventoras, ou seja, a inserção profissional dos enfermeiros na saúde mental e a experiência obtida da graduação. **Revendo a atuação** é a categoria que surge a partir da prática realizada do cuidado de enfermagem pelos entrevistados que decorre do modo como eles atuam e refletem sobre esse modo de conduzir seu trabalho. Esta atuação é um reflexo das interações produzidas entre os conhecimentos e experiências oriundos da graduação e os impactos e peculiaridades de sua inserção inicial nos serviços.

Nesse íterim as ações/interações observadas no cotidiano da pesquisa tem um papel fundamental, pois “são atos propositais ou deliberados praticados para resolver um problema, e ao fazê-lo, moldar os fenômenos de alguma forma”, esses atos também podem ser expressos por meio de reflexões, gerando conclusões mediante a problematização interna e pessoal sobre as experiências (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na categoria **A construção de um novo cuidado**, a percepção dos enfermeiros indica um aprendizado que está sendo construído no cotidiano das práticas de cuidado, mas, ainda convivendo com uma incipiente reflexão pessoal sobre suas bases teóricas para a atuação numa área tão específica.

As consequências são tidas como um processo de idas e voltas que envolvem o fenômeno, dentro de um fluxo contínuo com alterações mútuas. Essa dinamicidade é percebida quando, olhando para os dados, é visto um questionamento sobre a indefinição do papel do enfermeiro na Saúde Mental, quando problematizam a formação em saúde mental na graduação ou quando se veem atuando e como concebem essa atuação. Ou seja, em todas as categorias que representam o fenômeno em questão é possível estabelecer uma linha sincrônica de consequências implícitas e explícitas nos relatos.

Por meio dessas bases é possível descrever o fenômeno considerado central ou categoria básica: **“Convivendo com o descompasso entre as concepções e práticas de cuidado de enfermagem em saúde mental”**.

A busca pela categoria básica que viabilizou respostas para o tema central do estudo foi norteada pela questão que indaga como a enfermagem tem desenvolvido suas práticas de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico a partir de suas concepções. Até concluí-la, a princípio, caminhou-se pela curiosidade do pesquisador em saber sobre a experiência inicial dos enfermeiros nos serviços de saúde mental. Daí revelou-se a categoria **O trabalho em saúde mental**.

Observou-se assim que esse período geralmente é marcado, em alguns, pela presença da inexperiência profissional, condição tida como natural em qualquer campo de atuação profissional visto que as pessoas geralmente passam por algum tipo de formação anterior ao assumir determinados cargos. No caso, não ter experiência na Saúde Mental representa a pouca oportunidade na graduação de vivenciar a RAPS.

Por outro lado, o fato de algumas pessoas já ter vivenciado uma experiência em outras áreas da saúde, representa um fator amenizador nessa questão, porque pode facilitar o manejo sobre determinadas situações que surgem na prática. Portanto ao considerar que a Saúde Mental é uma área carregada de mitos e estigmas, a inexperiência de alguns traz conotações diferenciadas que implicam numa maior dificuldade sobre a possibilidade de atuação.

Essa condição gera nos enfermeiros muitas dúvidas e tensionamentos, carregados de sentimentos de insegurança. Inclusive, é um contexto de trabalho onde há um grande número de profissionais que não planejam tê-lo como cotidiano de atuação, principalmente por não terem afinidade e por sentirem-se desmotivados e assustados com o contexto hospitalar e as recomendações de alguns professores que aumentam ainda mais uma visão distorcida do louco como sujeito perigoso.

No entanto, para muitos enfermeiros a necessidade de inserção no mercado de trabalho faz com que aceitem contextos inesperados e indesejáveis por estes.

Ao iniciarem suas atividades profissionais, vão adquirindo aprendizado no dia-a-dia com os seus pares e com as próprias experiências. Essa imersão promove vários conhecimentos que vão além da clientela em si. Eles também estão expressos no que se refere a questões contextuais inerentes aos serviços de saúde mental, como a dificuldade no atendimento sobre as demandas da clientela e a permanência identificada do cuidado tradicional nos moldes do hospital psiquiátrico, indo de encontro à reformulação da assistência proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Essas problemáticas levam o enfermeiro a questionar sua atuação dentro dos serviços. Elas a impulsionam a pensar o seu fazer, utilizando outras abordagens diferentes das usuais da categoria observando como isso se traduz no atendimento da clientela. Nesse ponto surge a necessidade de apropriação da Saúde Mental e a busca sobre qual direção seguir, visto pairar um sentimento de indefinição do seu papel entre uma boa parte dos enfermeiros. Embora todos tenham acesso a conteúdos relacionados ao sofrimento psíquico, transtornos mentais entre outros na formação universitária, a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e/ou Saúde

Mental da graduação não tem suprido plenamente a necessidade de todos os profissionais por ainda tratar predominantemente temáticas com características biologicistas.

Os conhecimentos teóricos e práticos em qualquer área, não são adquiridos somente na universidade ou pelos meios que ela proporciona. Outras fontes também são capazes de prover a proficiência. Os enfermeiros adquirem a expertise por meio de especializações, capacitações e outras formações complementares, além da experiência obtida na prática de cuidados cotidianos nos ambientes que estejam inseridos. E mesmo assim ainda se sentem perdidos e, raras vezes, buscam subsídios nos fundamentos da Enfermagem.

A experiência adquirida em psiquiatria e/ou saúde mental na graduação, segundo os enfermeiros entrevistados, ainda é motivo de críticas e problematizações. A princípio as críticas se voltam para o conteúdo teórico ainda com foco nas psicopatologias. Em seguida, a vivência prática em saúde mental e a apresentação deste campo aos estudantes da graduação também deixa a desejar, por ainda estar inserida em espaço predominantemente do hospital psiquiátrico. Sobre este último, o fato de alguns presenciarem negligência sobre os cuidados à clientela nesses espaços, não colabora para o registro de uma imagem positiva para formação.

O modo que antecede a inserção dos enfermeiros nesses ambientes de prática em saúde mental, como no hospital psiquiátrico, com algumas orientações dos docentes sobre como se apresentar e se comportar, fazendo alusão a uma exposição “perigosa” junto às pessoas internadas. Também causam sentimentos e conotações negativas sobre o que eles vão vivenciar, gerando ansiedade e medo. Essas experiências que são vivenciadas induzem os futuros enfermeiros a não terem interesse de atuar na Saúde Mental, sendo consideradas por alguns, experiências traumáticas. E como acontece com todos os traumas, quem os vivencia não deseja se submeter novamente.

O fato é que alguns enfermeiros quando iniciam suas atividades profissionais na Saúde Mental em serviços extra-hospitalares, que ao longo dos anos tem tido grande expansão e que apresentam em seu interior realidade diferente do contexto observado na graduação, acabam fazendo questionamentos sobre a teoria e a prática, considerando não estarem capacitados inicialmente para atuação nestes lugares.

Essa sensação faz com que reconheçam e assumam falta de conhecimentos específicos. Diante do exposto foi que surgiu a categoria **Lacunas na graduação**.

Todos esses percalços que compõem a primeira experiência na Saúde Mental, bem como a formação universitária e suas problemáticas acabam reverberando no desempenho de alguns enfermeiros e na assistência prestada nos cenários de atuação.

Desse modo, **Reverendo a atuação** é uma categoria que emergiu e discute sobre como os enfermeiros atuam e como suas ações, a partir de uma reflexão, são influenciadas pelas experiências e conhecimentos adquiridos previamente.

Logo que adentraram nos serviços de saúde mental, os enfermeiros identificaram que as práticas executadas, são atividades comuns a toda a equipe multiprofissional que lá atua. Exemplos foram dados como: acolhimento; atendimento individual; Projeto Terapêutico Singular (PTS); contato com a família; participando em atividades de grupos entre outras.

Atividades não específicas da equipe de enfermagem sendo realizadas num contexto multiprofissional, por um lado colaboram para aquisição de novos conhecimentos, mas por outro, se não houver um projeto e segurança quanto as suas especificidades, podem inseri-las num contexto de indefinição de papel.

Foi possível identificar práticas específicas executadas como consulta de enfermagem; procedimentos básicos de enfermagem; supervisão do uso de medicações e diagnóstico de problemas. Porém, ressalta-se que entre alguns entrevistados, a consulta de enfermagem não segue norteadada pelo Processo de Enfermagem, tampouco é instrumentalizada pela SAE. Para sua concretização, recorrem apenas ao uso das habilidades pessoais.

SAE realizada inadequadamente pode expressar o desconhecimento dos enfermeiros sobre as ferramentas específicas da prática profissional e sua utilização nos diversos contextos de atuação, bem como deixá-los no seguimento de rotinas gerais e inespecíficas da categoria nos serviços os quais estejam inseridos. Esse fator é apenas um no universo de dificuldades que os entrevistados relatam que estão presentes no seu cotidiano. Dentre elas, foi relatada a incipiência no padrão de atuação com regras, instrumentos e diretrizes específicas como em outras áreas da saúde; falta de rotina definida própria da Enfermagem; o mecanicismo da técnica que ainda persiste; aspectos peculiares da clientela (transtornos mentais; uso de drogas, entre outros). A subjetividade no que diz respeito à superação de preconceitos para com a clientela, também são questões que merecem consideração sendo reconhecidas como barreiras na concretização do cuidado.

Além do mais, os serviços públicos de saúde mental apresentam muitos desafios dificultando ainda mais a assistência de enfermagem e ao trabalho propriamente dito. De um modo prático, cita-se como exemplo o vínculo empregatício precário. Segundo os entrevistados, a admissão por seleção pública e contratação por tempo determinado, anula qualquer possibilidade de vinculação com a clientela e com os próprios serviços. Além do contrato de trabalho frágil, o processo seletivo não impõe critérios específicos sobre o perfil profissional que está sendo admitido, tornando mais vulnerável à área da Saúde Mental que naturalmente já necessita de recursos humanos qualificados.

Em adição, os próprios serviços não disponibilizam formação que qualifique todos os enfermeiros, até mesmo por causa da grande rotatividade dos profissionais. Essas condições apontam limitações para a prática da Enfermagem e ainda refletem um não engajamento profissional sobre os debates existentes entre o modelo psiquiátrico clássico do cuidado e o novo paradigma vigente da Saúde Mental antimanicomial.

No que tange aos referenciais que sustentam suas ações alguns entrevistados indicam que existem alguns aportes que influenciam suas práticas de cuidado. Aludem a referenciais teóricos e políticos. Sobre os primeiros, os referenciais teóricos, muitos não buscam as bases científicas da Enfermagem, com suas teorias consolidadas. No segundo, as referências políticas que estabelecem diretrizes específicas como a política nacional de saúde mental, não são conhecidas na íntegra ou mesmo faltam estímulos financeiro e institucional para participação em eventos que atualizem sobre as práticas em saúde mental específicas do enfermeiro e da equipe de enfermagem.

Contudo, foi relatada ampliação do olhar a partir da aproximação com as necessidades da clientela, sobre outros referenciais tanto teóricos quanto políticos, além da afirmação de mudanças com a experiência.

Diante dos aspectos sobre as experiências vivenciadas até agora, que revelam como o cuidado de enfermagem em saúde mental está sendo operacionalizado, tem-se a última categoria gerada a partir das codificações: **A construção de um novo cuidado**. Ela revela a percepção dos enfermeiros sobre a procura de um novo modo de cuidar, um novo olhar para as práticas onde pretendem substituir papéis fixos. Desse modo, consideram ser necessárias mudanças na atuação, com objetivo de que as atividades desenvolvidas não tenham mais influência do pensamento equivocado e do olhar unilateral onde a equipe de enfermagem e os enfermeiros somente atuam centrados nos procedimentos.

Apontam também a necessidade de aquisição de outras habilidades, novos conhecimentos e novas abordagens junto às pessoas com sofrimento psíquico. Consideram que a Enfermagem em saúde mental é uma prática em construção e que o enfermeiro deve se abrir para o campo livre de preconceitos e estigmas, vendo o sujeito como um todo. Um modo de agir modificado, excluindo o cuidado centrado na medicalização e institucionalização do paciente. Para estes enfermeiros, o cuidado deve ser centrado nas pessoas e em seus potenciais de vida, onde a diversificação de suas práticas encontra suas fontes.

A Saúde Mental como campo de atuação na área da saúde é tida como um cenário complexo, com situações complexas e onde convivem pessoas diversas. Essas características se inter-relacionam mutuamente, produzindo ações e interações, fato revelado pela codificação baseada na Teoria Fundamentada nos Dados. Dentre os agentes que operam estas interações estão os enfermeiros. Eles trazem consigo histórias e experiências de vida, que se entrelaçam com as histórias e experiências de vida da clientela.

Estes vários fatores, que incluem a peculiaridade de sua inserção no mercado de trabalho, a interferência da formação e suas experiências pessoais influenciam as práticas, bem como, essas mesmas práticas, influenciam novas concepções sobre o como assistir essa clientela.

Tendo esse ponto como sinal de partida, os dados evidenciam a convivência dos enfermeiros com um descompasso entre as concepções existentes sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental, oriundas das vivências supracitadas e as próprias ações praticadas nos CAPS.

As falas e interações dos enfermeiros entrevistados são divididas em dois momentos distintos: o primeiro corresponde ao período de imersão no campo teórico da Saúde Mental, por meio da graduação, na disciplina obrigatória de psiquiatria e/ou saúde mental e nos estágios e visitas técnicas aos Hospitais Psiquiátricos e, de modo incipiente, os CAPS. O segundo momento é quando, mesmo não sendo sua escolha, passam a vivenciar uma atuação em serviço de saúde mental e interagir com equipe multiprofissional e clientela.

Esses dois momentos causam estranhamento, fato percebido quando os entrevistados deixam transparecer a divergência entre o que foi aprendido e o que está sendo vivido, pois as práticas da enfermagem em saúde mental, atualmente, exigem desempenho de atuação diferenciado daquele encontrado no contexto manicomial. Nesse ponto, a possibilidade de reformulação do cuidado acaba modificando a visão distorcida apreendida anteriormente.

Por outro lado, parece persistir ainda, por parte de alguns enfermeiros, a crença sobre a indefinição de seu papel, produzindo uma constante angustia em relação a procedimentos e rotinas para a condução do trabalho na saúde mental. Há um desencontro da assistência de enfermagem propriamente dita com as necessidades da clientela específica, produzindo um desequilíbrio entre a teoria e a prática, com um discurso e a atuação aqui verbalizados.

Esta ideia sobre a dicotomia teoria e prática citada nas falas das entrevistadas, é definida de um modo descontextualizado, fazendo crer que exista um lapso entre estes dois elementos que os distanciam no momento da atuação. De acordo com essa concepção haveria assim, a não concretização do cuidado de enfermagem na saúde mental, pois para que ela ocorra acredita-se ser necessária a aplicação das bases teóricas da profissão no campo prático. Conduzir o cuidado desse modo pode possibilitar a construção de uma rotina básica que assegure maior segurança na atuação. Ao mesmo tempo, relega a atuação estática, formatada e tecnicista, semelhante às encontradas em outros contextos do cuidado.

As referências sobre a indefinição de papel dos enfermeiros, expressadas em relatos sobre os serviços de saúde mental não possuem um norte para sua atuação, comparando com outras áreas da saúde onde há um formato pré-definido de como exercer as atividades de cuidado, são vestígios de uma desconexão existente entre a Enfermagem e o campo da Atenção Psicossocial. Ou seja, os enfermeiros têm conhecimentos próprios da ciência da Enfermagem que subsidiam sua prática, mas não os articulam satisfatoriamente com as diretrizes definidas e nem com a realidade do usuário que fundamentam a atenção em Saúde Mental.

Por outro lado, a não reflexão lógica essa articulação teórica e prática, vão impulsionando a busca de subsídios em outros referenciais, que os levam para uma atuação predominantemente psicossocial, secundarizando outras dimensões, inclusive na perspectiva clínica.

No centro desses tensionamentos temos a formação e a inserção destes enfermeiros nos serviços, que não se sentem contemplados em suas necessidades e desejos. Essa postura é percebida quando encontramos nos relatos, alusão à necessidade de formação complementar específicas do universo da assistência de enfermagem em saúde mental, incluindo declarações sobre desconhecimento das bases teóricas de ambos os campos.

Por outro lado, foi possível ver também que em alguns entrevistados, existe um esforço de estruturar prática de cuidado de enfermagem em saúde mental consolidada, e

instrumentalizada com as ferramentas teóricas e práticas que a profissão disponibiliza como o Processo de Enfermagem e a SAE. Desse modo, embora tenha surgido de modo ainda tímido, a partir dos dados trazidos pelos enfermeiros, percebe-se que é possível validar uma assistência de enfermagem a partir das bases teóricas e práticas em saúde mental que legitimam o cuidado como o fazer dessa profissão em consonância com os princípios e diretrizes contemporâneas da saúde mental brasileira e da Reforma Psiquiátrica.

A figura xx apresenta um esquema teórico representando a Categoria Central como resultado da interpretação da interrelação existente a partir das categorias e seus conteúdos derivados dos dados.

Figura 7: Esquema teórico da Categoria Central



Fonte: Elaborada pelo autor.

6 VALIDAÇÃO

A teoria construída nesse estudo surgiu a partir de uma interpretação abstrata oriunda dos dados, após análise criteriosa de seus conceitos, suas propriedades e dimensões. A redução dos dados em categorias e subcategorias com o objetivo de refiná-los deve ser capaz de apresentar para os participantes e ao público diretamente semelhante, que neste estudo são os enfermeiros que atuam no campo da saúde mental, um panorama de eventos que se ajuste a maioria dos casos particulares.

“Naturalmente, ela não vai se ajustar em todos os aspectos de todos os casos, pois a teoria é uma redução dos dados, mas, em um sentido mais amplo, os participantes devem ser capazes de reconhecer a si mesmos na história que está sendo contada. Devem conseguir percebê-la como explicação razoável do que está acontecendo, mesmo que nem todos os detalhes se ajustem a seus casos.” (STRAUSS; CORBIN, 2008. p. 157-58).

Nesse sentido, uma enfermeira que atua na assistência em saúde mental, com experiência de oito meses, em um CAPS do município de Fortaleza formada há três anos, foi convidada para validar a teoria. Apesar da pouca experiência da participante na Saúde Mental, ela atende ao propósito de validação, por fazer parte de um perfil comum encontrado na RAPS de Fortaleza, que é composto de enfermeiras recém-formadas e inexperientes em saúde mental.

Desse modo, o principal objetivo de sua participação foi confirmar se a teoria se ajusta a sua realidade, considerando que está vivenciando o mesmo contexto de experiência no cuidado de enfermagem em saúde mental. Ela está identificada como enfermeira validadora “EV”, seguido de um número correspondente, exemplo: EV1.

A estratégia utilizada, seguindo o referencial metodológico, foi solicitar que lesse a teoria e a seguir comentasse se havia identificação com a descrição. Seu depoimento foi gravado e transcrito em seguida.

Diante disso, seguem algumas falas que confirmam os achados:

Eu me vi representada em muitas falas. Eu entrei na saúde mental pela oportunidade de trabalho e não tinha nenhuma experiência, nenhuma em RAPS. Mas aí, fui aprendendo, fui adquirindo aprendizado no dia a dia, com nossos colegas, com as nossas experiências mesmo. A gente passa por muitas situações complexas e essa experiência que a gente vai adquirindo é que vão dando suporte pras próximas. (EV1).

Esse depoimento fez referência à primeira categoria representada na teoria sobre a inserção dos enfermeiros na saúde mental e como elas estão conduzindo a aquisição de aprendizado numa área pouco conhecida, devido principalmente à inexperiência.

O relato seguinte faz relação com o estudo da graduação na disciplina de Psiquiatria e Saúde Mental.

Na minha graduação eu não tive nenhuma oportunidade de vivenciar a RAPS. Tudo que eu aprendi, aquelas orientações das professoras me causavam um certo receio e quando eu entrei, eu pensei em desistir, porque eu tinha muitas dúvidas, muitos tensionamentos. É uma insegurança mesmo. (EV1).

A categoria revendo práticas de cuidado de enfermagem em saúde mental também foi avaliada pela validadora como semelhante ao que ela viveu e convive, principalmente sobre os sentimentos apreendidos quando iniciou suas atividades no CAPS.

Também concordo no que foi colocado em relação às atividades. A gente entra, a gente percebe isso, que não é muito específico da enfermagem. Tem muitas atividades que são comuns. É muito comum e multiprofissional. [...] Mas o que foi falado em relação a angústia, porque a enfermeira não tem o papel definido, retrata exatamente o que eu estou passando. Assim, eu estava sentindo essa angústia e após ler a teoria, eu descobri a razão. E é exatamente por isso. A gente não tem um papel definido, não tem um padrão de atuação, com instrumentos, suporte, textos, teorias, referenciais teóricos próprios da enfermagem que nos capacite para uma melhor assistência de enfermagem na saúde mental. Então, a gente vai se rebolando, fazendo o de melhor e realmente, o que eu busco na teoria sobre cadernos, sobre diretrizes, nada a ver com a enfermagem.

Foi percebido nessa fala que a validadora se reconheceu no contexto descrito na teoria. Além disso, ainda reforça o que está sendo discutido neste estudo sobre o enfermeiro não buscar em suas bases teóricas próprias e não reconhecer apoio para a construção de sua prática.

Sobre a questão das condições de exercício da profissão, o depoimento a seguir ilustra como EV1 encara a questão do vínculo empregatício e sua influência no processo de trabalho:

Concordo também com o vínculo empregatício precário. Atrapalha bastante porque você sabe que daqui um tempo vai sair. Então toda a construção do vínculo que você fez com o usuário, não vai poder levar adiante. Isso vai causar, como é que eu posso dizer... Até mesmo, uma quebra do tratamento do paciente. (EV1).

A partir dessa validação foi possível perceber que a teoria tem representatividade no universo das práticas de cuidado de enfermagem em saúde mental, pois apresenta um fenômeno que está inserido no cotidiano dos enfermeiros. Embora, também foi observada a necessidade de participação de número maior de enfermeiros validadores, na tentativa de encontrar variações.

8 DISCUSSÃO

8.1 Discutindo o perfil das participantes

De acordo com os dados obtidos sobre a caracterização dos participantes do estudo, observa-se que a faixa etária representa um perfil de enfermeiros jovens e a maioria do sexo feminino. Estes dados corroboram com a pesquisa recente sobre o perfil da enfermagem brasileira, onde entre 26-30 anos e 31-35 anos representam a idade de 45% dos enfermeiros, com predominância feminina recursos humanos em torno de 86,2%. No Estado do Ceará os resultados são bastante aproximados com os da pesquisa nacional (MACHADO *et al.*, 2015).

No que diz respeito à escolaridade, todos os participantes possuem titulação de pós-graduação, no entanto apenas dois são especialistas em Saúde Mental. Esse resultado é preocupante do ponto de vista de que a Saúde Mental é um campo complexo, portanto exige qualificação profissional específica para a prestação dos cuidados.

O tempo de formação dos enfermeiros entrevistados é em torno de 6,8 de anos, tendo experiência média de quatro anos de atuação na saúde mental, conferindo menor experiência nesse campo. Cabe aqui o destaque que apenas três já tiveram vivência anterior a atual, em serviço de saúde mental. Ao comparar esses achados com o estudo de Almeida e Furegato (2015), sobre o perfil e as atividades dos profissionais de saúde mental do município de Uberlândia-MG, nota-se uma semelhança, cujo resultado sobre os enfermeiros também apresentou uma categoria jovem e inexperiente.

A respeito do trabalho na saúde mental ser atividade principal, apenas um quarto dos enfermeiros declarou exercer atividade profissional em outros serviços de saúde, tendo sua atuação no CAPS como secundária. Esse tema merece destaque, devido o contexto dos serviços de saúde mental comumente afetarem a saúde e o bem estar dos profissionais como mostra o estudo de Souza *et al.*, (2015), que analisou o impacto do processo de trabalho num CAPSad sobre os profissionais de enfermagem, encontrando como resultado a insatisfação no trabalho e na saúde destes, por estarem submetidos a desgastes físicos e psíquicos. Essa sensação certamente interfere na qualidade do cuidado prestado a clientela.

8.2 Discutindo as categorias e as subcategorias

A primeira categoria representa a inserção dos enfermeiros no campo da Saúde Mental e traz a problemática da inexperiência. Compreende-se que essa é uma condição comum,

presente no cotidiano e que tem relação com habilidades ainda não adquiridas, perspectivas criadas previamente sobre os locais de atuação, entre outras. Lidar com essa questão pode ser a primeira ação destes profissionais.

Além disso, ser inexperiente desperta sentimentos e reações diversas. Autores apontam que as primeiras experiências de enfermeiros em serviços de saúde de qualquer natureza podem ser acompanhadas de estresse, ansiedade, insegurança e medo do desconhecido, marcando negativamente o início das atividades profissionais (MATTOSINHO *et al.*; 2010; SOUZA E SOUZA *et al.*; 2014). Isto foi observado pelos dados obtidos, onde alguns enfermeiros ainda na graduação, como consequência dessa experiência, não incluíram a saúde mental como área de atuação futura.

O paradigma da psiquiatria clássica, onde os sujeitos em sofrimento psíquico eram tidos como pessoas com alto grau de periculosidade (AMARANTE, 2013), deixou uma visão negativa, ou um estigma, que ainda paira por todos os espaços onde possam ser encontradas essas pessoas, inclusive nos novos serviços de saúde mental como os CAPS.

Além disso, outras questões interferiram na maneira como os enfermeiros planejaram inicialmente sua trajetória profissional. Quando estiveram para entrar no mercado de trabalho, a necessidade de inserção num campo de atuação e o fato de ser a Saúde Mental a primeira e/ou única opção, fizeram com que aceitassem. Outros estudos apontaram que a entrada de enfermeiros nos serviços abertos de saúde mental primeiramente atende a critérios que não tem relação com o interesse pela área e sim com interesses pessoais como a proximidade de suas residências (DIAS; SILVA, 2010). Essas condições podem levar aos novos cenários de atuação, tanto enfermeiros inexperientes, como, sem a percepção adequada da importância de seu engajamento profissional, e com isso o encontro de dificuldades num campo tão complexo como a Saúde Mental.

Diante dessa situação, e com uma sensação de insegurança, os enfermeiros na Saúde Mental se veem compelidos a buscarem estratégias de adaptação. Embora essa seja uma preocupação presente para todos os profissionais de saúde (AZEVEDO *et al.*, 2014), para os enfermeiros esta adaptação tem um forte impacto, visto ser uma categoria que está em contato direto com a clientela na maior parte do tempo.

Sobre o estigma gerado sobre a Saúde Mental, Corrigan *et al.*, (2012) afirmam que existem estratégias para lidar com essa problemática, das quais destaca-se para esse estudo, o contato interpessoal com o público diretamente estigmatizado. Essa abordagem pode

modificar positivamente a visão distorcida sobre a clientela dos serviços de saúde mental. Esse método foi utilizado no período de imersão nos CAPS pelos enfermeiros desse estudo.

Desse modo, a aproximação com a clientela assistida, gerou uma interação que possibilitou o conhecimento de suas problemáticas e a necessidade em responder às suas demandas.

Segundo Mattosinho *et al.*, (2010), a proximidade com a realidade da atuação que envolve a vida e a saúde dos sujeitos, bem como o olhar que é dado a partir dessa imersão são fatores que contribuem para o aprendizado no cotidiano da atuação do enfermeiro. Essa realidade é confirmada com os dados deste estudo, pois os enfermeiros relataram que tiveram aquisição de novos conhecimentos no interior dos serviços de saúde mental, reconhecendo as necessidades da clientela e assumiram mudanças no seu fazer profissional. Essas novas habilidades puderam facilitar o percurso adaptativo e a construção de uma nova identificação das entrevistadas como campo da saúde mental.

No entanto, ainda persiste a sensação de indefinição do papel do enfermeiro na saúde mental. Parece existir um possível desencontro entre o enfermeiro e sua prática no novo contexto. Problemas relacionados à percepção da distorção da identidade profissional também foi encontrado no estudo de Dias e Silva (2010), com enfermeiros de CAPS. De acordo com a pesquisa, por não considerarem outras possibilidades de atuação da Enfermagem em tal serviço, além de uma prática específica de sua categoria, direcionavam sua atuação para práticas semelhantes ao do contexto hospitalar predominantemente administrativa.

Essas questões que despontaram são derivadas das modificações que a nova realidade do trabalho dos enfermeiros exige. A ausência de rotinas padronizadas de atendimentos é uma preocupação que precisa ser melhor refletida, pois a Enfermagem ainda se encontra centrada ao modelo clínico psiquiátrico de cuidado, sendo o oposto do que preconiza as novas diretrizes da atenção psicossocial (BRAGA; OLSCHOWSKY, 2015).

Sobre esse prisma, cabe refletir se a criação de rotinas e padronizações não estaria fortalecendo outras formas de institucionalização, ou mesmo reafirmando a necessidade de classificar e produzir hierarquizações assegurando o controle na produção do cuidado, desse modo, também controlando a pessoa cuidada, perpetuando as expressões manicomialis ainda existentes em nossas ações (ALVERGA; DIMENSTAIN, 2006).

Num estudo realizado por Fiorati e Saeki (2013) a partir da concepção dos profissionais de saúde mental, incluindo enfermeiros, verificou-se que existem muitas barreiras que impedem a concretização das práticas preconizadas pelas legislações atuais em saúde mental, entre elas a visão biológica e curativista desvalorizando a reabilitação psicossocial e as que se referem à construção de projetos terapêuticos interdisciplinares com vias à integralidade da atenção. Esse cenário proporciona dúvidas inerentes ao processo de trabalho e fortalecem a sensação de indefinição.

A variação das atividades do enfermeiro no campo da Saúde Mental é uma necessidade que surge junto às novas propostas de cuidado para essa clientela. Diante disso, é imprescindível que haja mudanças no seu fazer, contemplando as diferentes demandas, principalmente as voltadas para o biopsicossocial, que, anteriormente, não se encaixavam na realidade vivida pelos sujeitos em sofrimento psíquico.

No entanto, vale destacar que a Reforma Psiquiátrica ainda é vista como movimento utópico por alguns enfermeiros, por perceberem que ela não está consolidada. Segundo eles, a presença do hospital psiquiátrico na RAPS como coadjuvante na assistência é um dos motivos que reforçam essa impressão. Porém, Vasconcelos (2012) numa análise de conjuntura sobre a trajetória das reformas sanitária e psiquiátrica, destaca problemas estruturais mais amplos envolvendo inclusive o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) entre outras questões que desfavorecem a consolidação de políticas públicas como um todo.

Nesta linha de reflexão, o tema da Reforma Psiquiátrica, bem como outros que se referem às condições da assistência prestada nos novos dispositivos de saúde mental, estão dentro de uma dimensão macro das políticas públicas, tendo em seu bojo serviços que não condizem com a realidade da demanda, seja ela de pessoas e/ou suas necessidades de saúde. Considera-se que estes elementos estruturantes também modificam as percepções dos enfermeiros quando iniciam sua atuação na Saúde Mental.

A segunda categoria explora as questões que antecederam a inserção dos enfermeiros no campo da Saúde mental, trazendo questionamentos contundentes quanto a sua formação profissional ainda na universidade. Ela é caracterizada principalmente por ter sido fonte geradora de percepções negativas que logo de início não contribuíram para o interesse das entrevistadas em estarem atuando nesse cenário.

Sobre este tópico específico, Ong *et al.* (2017) apontam vários estudos que se aproximam do que foi observado, pois destacam que a psiquiatria e/ou saúde mental, não são

áreas de preferência pela maior parte dos estudantes de graduação em enfermagem, que os ambientes da Saúde Mental são as últimas escolhas e com isso, uma carência de profissionais especializados nesse campo.

Esses dados de estudos internacionais mostram que existem similaridades com a realidade brasileira. Um estudo de Barbosa, Vasconcelos e Oselame (2016), com acadêmicos de enfermagem, apresentou um panorama onde a grande maioria dos acadêmicos de enfermagem, sejam os que desconhecem a área, seja os que já a conhecem, não almejam ingressar na carreira profissional em serviços específicos da saúde mental.

Um dos fatores apontados que influenciam essas atitudes é o estigma (BARBOSA, VASCONCELOS; OSELAME, 2016). Outros dizem respeito à própria graduação e suas deficiências na disciplina específica como a reduzida carga horária entre aulas teóricas e práticas (RIBEIRO; POMPEO; SOUZA, 2016), o que sugere uma forte relação com os relatos da realidade de nossas entrevistadas.

Neste sentido, tanto as concepções e vivências anteriores, quanto à formação acadêmica, propiciaram experiências tidas como negativas, fazendo com que os enfermeiros repensassem e até mesmo tivessem receio sobre a possibilidade de atuar na Saúde Mental.

Se tratando da formação prática, chamou nossa atenção o fato de que o principal cenário de prática oferecido pelas faculdades foi o hospital psiquiátrico. Embora tenha havido uma expansão dos serviços extra-hospitalares e as novas políticas públicas em saúde mental sejam voltadas para a desconstrução do modelo asilar manicomial, os estágios acadêmicos ainda ocorrem nesses contextos (SANTOS *et al.*, 2016).

O hospital psiquiátrico, como centro formador de práticas, já vem sendo questionado há alguns anos. Isto se dá justamente por não ser considerado ambiente adequado para atividades práticas do enfermeiro, pois sua conjuntura não dialoga com os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Além disso, pode levar os discentes a pensamentos enviesados criando resistências ao cuidado em liberdade (CORTES *et al.*, 2010).

Essa realidade suscita alguns questionamentos importantes: será que o hospital psiquiátrico é o local ideal para a prática de acadêmicos de enfermagem, já que opera sua assistência na mesma lógica biologicista e excludente em que outrora foi e ainda é negada?

Será que os esforços sobre a formação de enfermeiros em saúde mental não deveriam contemplar a nova realidade que desponta mundialmente, tendo atuação interdisciplinar com

práticas horizontais que envolvam o sujeito, a família e a comunidade, como preconiza a Reforma Psiquiátrica?

Observou-se que as diretrizes da atual legislação em saúde mental brasileira propõem uma realidade assistencial diferente, de modo que o tripé ensino, pesquisa e extensão do campo acadêmico devem estar em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, favorecendo práticas transformadoras no cenário hegemônico (SOARES; SILVEIRA; REINALDO, 2010).

Para entender estas questões, também é necessário problematizar a prática docente. Quais as referências que estão conduzindo a construção dos projetos pedagógicos? E a própria formação pedagógica do docente, em que ela está alinhada?

Autores relatam que há desconhecimento sobre estes aspectos por parte dos professores e que no momento de elaboração das disciplinas, há uma predileção sobre conteúdos dos transtornos mentais em detrimento de outros que recebem menor destaque como a própria política de saúde mental vigente (SOUZA, 2016). Nos hospitais psiquiátricos esses elementos ainda estruturam as ações realizadas em seu interior, sendo assim, campo fértil para trabalhar essa formação de base biologicista, diferente do que se preconiza nos serviços extra-hospitalares.

Desse modo, acredita-se que a graduação e suas nuances tem uma forte influência sobre as práticas de cuidado de enfermagem em saúde mental que serão executadas pelos enfermeiros no cenário de atuação. Ao mesmo tempo, essas práticas são atravessadas pelas várias concepções que povoam a imaginação dessas profissionais enquanto sujeitos sociais no âmbito de sua construção histórica.

Essa experiência reverbera na forma como o conhecimento vai sendo assimilado, e também, como o enfermeiro posteriormente vai conectar a teoria adquirida e a prática vivenciada no cotidiano. Acredita-se que a conexão positiva acontece, quando teoria e prática andam alinhadas e conseguem subsidiar a atuação do enfermeiro por meio do pensamento crítico e resolutivo, além de comportamentos condizentes a nova realidade da assistência psicossocial.

Os encontros e desencontros durante o percurso formativo confluem para que haja, ou não, o interesse dos enfermeiros na área da Saúde Mental. Estando ele reforçado, ou não, pelas vivências acadêmicas e/ou pessoais pregressas. Sendo que, ao se deparar com o campo

de atuação, os enfermeiros questionem sua capacidade teórica e técnica e se reportem a uma necessidade de formação complementar e específica.

Na atenção psicossocial é previsto novas reformulações sobre a produção de saúde nos pontos de atenção que a compõem. No cerne dessas mudanças estão os profissionais com seus diferentes saberes e intervenções, regidos pela Política Nacional de Saúde Mental fundamentada nos princípios da Reforma Psiquiátrica (PESSOA JUNIOR *et al.*, 2016).

Os enfermeiros nesse contexto tem papel fundamental na concretização desse novo paradigma. Porém, o convívio com o legado histórico da enfermagem psiquiátrica manicomial é uma condição ainda a ser superada. São influências que exercem um poder significativo na atuação do enfermeiro, podendo desmobilizar iniciativas contrárias à realidade ainda hegemônica do cuidado de enfermagem em saúde mental.

Nesse âmbito, a categoria que reporta a atuação dos enfermeiros apresenta o panorama do cotidiano, sobretudo, as ações executadas nos serviços de saúde mental onde estão inseridos. Traz em primeiro plano, as atividades que consideram comuns as equipes multiprofissionais que compõem as equipes de saúde mental, diferente de suas atribuições específicas que serão aqui discutidas em segundo plano e suas problematizações.

As práticas de cuidado que ocorrem no interior dos serviços de saúde mental, bem como em outros serviços onde há atuação do enfermeiro, são desenvolvidas por diversas tecnologias. No entanto, a tecnologia empregada no modelo psicossocial, prevê habilidades relacionais significativas entre o cuidador e o ser cuidado (ALVES; ALVES M.; ALMEIDA, 2017). Essa constatação vai ao encontro do que foi apreendido nos dados onde o acolhimento, escuta qualificada, vínculo e construção de projetos terapêuticos entre outras.

Ademais, estas foram às ações consideradas predominantes no fazer cotidiano, estando alocadas como não específicas do enfermeiro, traduzindo um cruzamento multiprofissional e interdisciplinar, que pode não ter sido bem compreendido.

Isso pode implicar numa desvalorização sobre a produção de saúde nestes espaços, pois a realização dessas práticas comuns a todos os profissionais pode gerar insatisfação nos enfermeiros, principalmente quando eles não conseguem identificar sua prática exclusiva nesse novo contexto.

Todavia, as mudanças que ocorreram ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica repercutiram de sobremaneira na atuação do enfermeiro (ALVES; ALVES M.; ALMEIDA,

2017), sendo que o essencial do seu fazer, que antes correspondia a posturas rígidas de controle dos sujeitos, hoje precisa de reformulações, pois o novo modelo assim exige.

Acredita-se que a dificuldade de superar essas práticas tradicionais que prejudica a atuação do enfermeiro ainda é forte e presente. Essa crença surgiu ainda nas observações do campo. Alguns entrevistados expressaram angústia por não ter nos CAPS uma rotina básica do trabalho específico da Enfermagem condizente com que eles aprenderam, inclusive sobre outras áreas da saúde.

Desse modo, para os enfermeiros que tem como primeira experiência profissional na Saúde Mental a atuação num serviço substitutivo que não tem processos de trabalhos definidos, é conflitante. Isto propicia a não condução das novas rotinas, até mesmo porque elas ainda precisam ser construídas, produzindo resistências por parte destas profissionais, colaborando para manutenção do paradigma de cuidado asilar apreendido em sua formação (SOUZA; AFONSO, 2015).

Referente às práticas específicas, os enfermeiros deixam claro que a consulta de enfermagem é a principal conduta executada e tida como a atividade específica do enfermeiro. Alguns desdobramentos ocorrem no seu processo como identificação de problemas, cuidados voltados para a integridade do sujeito, porém são realizadas de modo não sistemático. Conduzir a consulta de enfermagem sem estabelecer parâmetros durante sua execução por meio, por exemplo, da SAE, pode retirar do enfermeiro a possibilidade de aprofundamentos necessários sobre as necessidades de saúde da clientela, além da fragilização da prática de enfermagem (TAVARES *et al.*, 2016).

O seguimento do processo de enfermagem por meio da SAE é uma recomendação oficial das entidades da classe que são responsáveis pela organização do exercício profissional da Enfermagem no Brasil. No entanto, o que ainda se percebe é o desconhecimento de profissionais sobre esse instrumento específico da prática profissional, baseando sua atuação, principalmente, nas habilidades pessoais adquiridas na experiência ou seguindo rotinas gerais dos serviços os quais se encontram inseridos.

A SAE é uma ferramenta que permite ao enfermeiro imergir no universo de necessidades do sujeito. No âmbito da Saúde Mental ela possibilita a visão dos aspectos físicos, emocionais, espirituais e sociais, construindo uma prática fundamentada em conhecimento teórico buscando a compreensão da complexidade que envolve a experiência

do sofrimento psíquico. Sua concretização de forma plena é uma competência essencial para a prática do cuidado de enfermagem em saúde mental (TAVARES *et al.*, 2016).

Os dados apresentam a existência de uma experiência exitosa concreta de utilização da SAE em um CAPSad, cenário de atuação de um dos entrevistados. Essa constatação se deu ao observar a forma organizada como essa prática é realizada, com instrumento específico e constantemente avaliado pela equipe de enfermagem do serviço, pela estrutura física da unidade com ambiente privativo para execução da consulta e pela segurança do entrevistado na explanação do procedimento. Ele relata que houve mudanças por parte da clientela, sobre como eles veem a equipe de enfermagem do serviço, valorizando a oferta do atendimento integral. Também destacou o fortalecimento do vínculo sujeito-profissional-serviço por meio do acompanhamento longitudinal. Por outro lado, enfatizou como sua execução influencia o cuidado de enfermagem de modo crítico e reflexivo associando teorias com a prática.

Contudo, a operacionalização da atenção em saúde exige condições propícias que determinarão a qualidade da assistência prestada. Assim, os agentes que operam as ações em saúde precisam de meios que facilitem a execução de suas atividades, de modo que produza satisfação profissional, traga visibilidade positiva para o serviço de saúde e principalmente beneficie a população assistida.

Nesse sentido, a Enfermagem na Saúde mental atravessada por importantes reconfigurações, inclusive em seus processos de trabalho, pode vir a conviver com uma sensação de nulidade (BRAGA; OLSCHOWSKI, 2015). Essa sensação é manifestada pela crise de identidade apreendida pelos enfermeiros deste estudo quando se defrontaram com o campo e encontraram um cenário desconhecido, precisando ser construído e conquistado.

No entanto, eles identificam suas deficiências, apontando lacunas inerentes às concepções prévias sobre o modo de atuar. Assim, ao reconhecerem suas dificuldades, se percebe uma abertura para o crescimento pessoal e profissional, dado a sua capacidade de questionar sua própria prática.

Por outro lado, outros pontos merecem destaque nos dados, como as questões que remetem a desvalorização dos enfermeiros, sentida principalmente, pelas limitações impostas pelos contratos de trabalho que impedem os enfermeiros de estabelecerem vínculos profissionais consistentes com as equipes, com os serviços, com a clientela e consequentemente com o campo da saúde mental.

A grande rotatividade de profissionais, comum em serviços de saúde, é uma situação nociva e desestabilizadora na saúde mental (PAIANO, 2016). A política de contratação de recursos humanos, principalmente na saúde mental, é algo que deve ser questionada devido sua fragilidade. Pois se têm a reflexão que esse é um modo que precariza as relações instituídas entre o enfermeiro e o contexto de trabalho, bem como entre o enfermeiro e a clientela.

Como a Saúde mental é um campo complexo e exige implicação profissional, o descompromisso e o não envolvimento nas pautas que questionam esse campo podem ficar em segundo plano pelos enfermeiros que se encontram no centro dessa precarização.

O não engajamento dos enfermeiros nas pautas políticas da saúde mental foi alvo de crítica de uma entrevistada. Porém, essa atitude presente pode ser orientada por diversos motivos entre os quais, os já mencionados nessa discussão como as carências na formação universitária, a falta de interesse pelo campo, desconhecimento sobre o novo paradigma, mas também, pela forma de seleção dos profissionais que não impõe critérios de perfil técnico.

Dada à complexidade que envolve o campo da saúde mental e por esta ter um processo social subjacente (AMARANTE, 2013), é preciso que seus agentes, sobretudo, os que produzem saúde de forma organizada, como os enfermeiros, tenham subsídios que conformem e orientem suas práticas para a atual realidade e que seja direcionada principalmente, para concepções positivas sobre o novo paradigma proposto.

Seguir referenciais, além de ser uma estratégia de implicação e engajamento, pois cada área de atenção à saúde tem suas diretrizes, também é um meio de alcançar uma atuação reflexiva e tecnicamente orientada calcada nos conhecimentos da profissão. Neste ponto, a Enfermagem tem um arcabouço teórico consistente que direciona suas práticas, com uma linguagem própria, atribuindo identidade única (DOURADO; BEZERRA; ANJOS, 2014).

Nos dados foi evidenciado que as teorias de enfermagem não balizam a atuação de todas as entrevistadas. Acredita-se que não seguir seus próprios referenciais teóricos, que como dito anteriormente, emite uma identidade profissional, pode trazer prejuízos no autoconhecimento enquanto enfermeiro e de suas atribuições específicas na saúde mental. Fato em fase de constatação neste estudo.

Por outro lado, a busca por outras referências tem seu valor e importância. Pode facilitar o manejo sobre determinados perfis de demandas, incrementar a própria atuação, já que a

saúde mental em seu processo, como diz Amarante (2013) exige transformações permanentes, não estáticas, com novos atores sociais e seus modos de entrelace nas várias dimensões.

Cabe refletir se isso não produz uma desconexão com sua práxis. Se não afasta o enfermeiro de seu papel original, da sua ciência, deixando-a a deriva, num contexto de indefinição.

Outro obstáculo presente é o desconhecimento sobre as políticas de saúde mental que regem os novos saberes e práticas adotados na atualidade. É de suma importância que o enfermeiro esteja situado contextualmente na realidade onde executará suas atividades, visto que ele vem acompanhando as mudanças históricas de base ideológica, teórica e filosófica e prática na saúde mental (ALVES; ALVES M.; ALMEIDA, 2017).

E bem verdade que a atenção psicossocial desafia os profissionais a estarem em constante reconstrução de suas práticas para atender as necessidades diferenciadas da clientela, mas isso não retira do profissional a essência de sua profissão, visto que ela é indispensável na junção dos saberes multidisciplinares para a integralidade da atenção.

Neste ponto é importante frisar que, embora ocorra uma necessidade de superar as dificuldades no estabelecimento de um “solo epistemológico comum” fugindo de atuações fragmentadas, a Enfermagem precisa ter sua atuação direcionada para os conhecimentos que compõem seu quadro de competências (TAVARES *et al.*, 2016). Assim, ela poderá contribuir de forma eficaz no processo social complexo da atenção psicossocial.

O cuidado centrado na pessoa é algo a ser perseguido veementemente por qualquer profissional de saúde. Na Saúde Mental, essa atitude ganha maior destaque visto que tem uma clientela que historicamente vive sob um estigma que a exclui principalmente da participação na vida social.

Sobre esse contexto os entrevistados apontam sugestões sobre a produção do cuidado fundamentada nas necessidades das pessoas, propiciando uma escuta qualificada de suas demandas e identificando suas potencialidades.

Os entrevistados relataram ainda que é indispensável que o enfermeiro adquira novos conhecimentos, novas técnicas e habilidades, enfim, novas abordagens na Saúde Mental. Inclusive que essa diversificação da prática tenha origem a partir da apropriação das necessidades da clientela. Também julgam muito importante a articulação com os outros

profissionais que compõem a equipe multiprofissional, considerando que a Enfermagem não dá conta de forma isolada das demandas que surgem no cotidiano dos serviços.

Na última categoria os dados representam percepções que vão ao encontro de um novo olhar sobre o cuidado, que negligencie os papéis fixos e considere as mudanças na atuação. Alguns autores consideram uma estratégia promotora de reflexões sobre a prática, o convívio com outros profissionais de enfermagem que vivenciaram o processo de transformação da atenção em saúde mental no Brasil (GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Essa tática pode inserir os enfermeiros em novos contextos e assim construir novas expectativas, de modo que a percepção apreendida sobre suas atividades nos novos serviços não tenham as influências do pensamento equivocado e do olhar unilateral onde a Enfermagem somente atua de forma padronizada. Nesse sentido, observou-se que os entrevistados percebem a Enfermagem na saúde mental como uma prática ainda em construção. Em face disso, é importante pensar em estratégias que os aproximem dos novos horizontes do cuidado.

Do mesmo modo, eles apontam ser indispensável adquirir outras habilidades, conhecimentos e abordagens. Estas necessidades são identificadas, em função dos entrevistados reconhecerem que o cuidado de enfermagem na saúde mental ainda é voltado para medicalização e institucionalização.

Num estudo qualitativo sobre a escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem, um recurso para o cuidado disponível nos serviços de saúde mental, foi percebido que ela é usada pelos enfermeiros apenas para coleta de informações sobre sintomatologias em detrimento da busca de sentidos sobre o sofrimento psíquico (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015).

Essa postura revela que mesmo ao se deparar com ferramentas de trabalho que possibilitam transformações práticas no cuidado de enfermagem, ainda se vê o uso delas sob as concepções tradicionais que embasaram o modelo psiquiátrico clássico. Constatou-se com isso, que é preciso mais que acesso a novas abordagens e conhecimentos, também é necessária maior reflexão sobre seu papel no atual contexto do cuidado em saúde mental.

Nesse âmbito, os enfermeiros do estudo destacam um repensar sobre suas práticas, se abrindo para o campo da saúde mental, se vinculando à clientela e se despidendo de estigmas. Dessa forma é possível construir um vínculo de cuidado e relacionamento terapêuticos, sendo

esta ação, apontada por Alves, Alves M. e Almeida (2017) como avanço importante na prática da enfermagem em saúde mental.

Ainda nesse contexto, os entrevistados visualizam a produção do cuidado fundamentada nas necessidades das pessoas, propiciando uma escuta qualificada de suas demandas e identificando suas potencialidades. O agir sob esse enfoque pode ser visto pelo ângulo da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, por exemplo. Horta (2005) construiu esta teoria de enfermagem atribuindo ao ser humano, uma compreensão sobre sua totalidade, compreendendo os desequilíbrios a que estão expostos quando suas necessidades não são atendidas. Essas necessidades têm relação com todos os processos vitais dos sujeitos, sejam eles expressos objetivamente ou subjetivamente. Nesse contexto, o adoecimento e a maior caracterização desses desequilíbrios.

Refletindo sobre essa perspectiva, o sujeito é uma pessoa concreta, que tem um corpo que adoce em meio aos processos vitais e as experiências que vivencia ao longo da vida. Essa concepção deve nortear a prática de cuidados de enfermagem em saúde mental, de tal forma que os enfermeiros, em sua ânsia de apreender novas formas de cuidar, não negligenciem a dimensão objetiva da clientela, do corpo adoecido, nem persistam de forma restrita a essa única visão.

A pauta sobre essa reflexão repousa sobre o que os dados vêm demonstrando ao longo do estudo. Que existe uma divergência pessoal e interna que problematiza a prática cotidiana dos enfermeiros e o que elas almejam como cuidado genuíno de enfermagem em saúde mental. Ao mesmo tempo em que algumas relatam indefinição de papel mediante uma atuação inespecífica da categoria nos cenários da atenção psicossocial, outras seguem buscando abordagens externas a sua formação enquanto enfermeiras, na tentativa de terem respostas eficazes para as demandas do campo.

Esse movimento de idas e vindas, que também carrega uma carga de complexidade, revela como a atuação do enfermeiro na saúde mental esta sendo conduzida, principalmente, sem se instrumentalizar com seus referenciais teóricos. Sendo assim, segue com dificuldades de acompanhar às transformações históricas da atenção em saúde mental e de suas práticas de cuidado, sem buscar dentro do seu próprio corpo de conhecimentos, respostas para suas inquietações.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tentar descrever como se dá o fenômeno do cuidado de enfermagem em saúde mental na atualidade, tendo como base o exercício profissional de enfermeiros na Saúde Mental no seu cotidiano de práticas, foi uma atividade que requereu a imersão dentro do universo dessa categoria, sendo que, este lócus de atuação também é o habitat do pesquisador. Assim, seguiu-se buscando compreender nesse contexto específico, seus conteúdos, suas percepções e interações.

Nesse sentido, o uso da Teoria Fundamentada nos Dados como método para esse estudo, promoveu o aprofundamento sobre uma realidade social que tem uma forte implicação do pesquisador. Ela possibilitou a reunião de conhecimentos derivados de um cotidiano de práticas, vivências e experiências, informadas pelos próprios agentes executores, facilitando a construção teórica.

A pesquisa evidenciou que os Enfermeiros necessitam refletir sobre suas práticas no atual paradigma vigente de atenção em saúde mental, principalmente sobre as relações existentes entre a formação acadêmica, todas as experiências dos enfermeiros nesse contexto, a atuação no interior dos serviços e as concepções historicamente construídas.

A teoria que emergiu dos dados revelou aspectos interessantes sobre as influências da formação universitária com disciplinas teóricas e práticas em psiquiatria e saúde mental pouco condizente com a realidade e impedindo inicialmente, o encontro com as novas formas de cuidar. Também mostrou como é encarada a atuação dos enfermeiros nos serviços estratégicos da atenção psicossocial, os CAPS, e a crise na identidade profissional em meio à pluralidade de demandas tanto da clientela como do próprio serviço de saúde mental.

Por outro lado, ficou evidente que os enfermeiros compreendem quais os rumos que devem tomar suas práticas de cuidado em saúde mental, embora, alguns não consigam identificar de forma eficaz, quais ferramentas teóricas e metodológicas próprias da profissão devam compor o arsenal para atuação.

Diante do exposto, é válido problematizar a princípio, sobre a graduação e os conteúdos relacionados à saúde mental que são ministrados além da preparação para a prática profissional nos estágios. Ficou evidente que nesse panorama é preciso que as novas políticas e diretrizes que norteiam a atenção psicossocial sejam mais bem exploradas, fomentando discussões a cerca dos novos rumos que a assistência de enfermagem em saúde mental deva seguir. Para isso, é importante que os docentes aprofundem os princípios que sustentam a

operacionalização da prática da enfermagem em vários ambientes de cuidado, enfatizando a importância da atuação dos enfermeiros na saúde mental de forma livre e criativa, apoiada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Deve ser entendida como imprescindível e essencial que os enfermeiros percebam a necessidade de apropriação dos seus referenciais teóricos, utilizando-os como estrutura basilar da transformação de sua prática de cuidados em saúde mental. Que partindo desse ponto, as expectativas de criar novas abordagens vão se renovando e as interações com o universo complexo da atenção psicossocial não trarão prejuízos para o seu desempenho, tampouco para sua identidade de enfermeiro e sua constituição enquanto profissional do cuidado.

Sobretudo, que o enfermeiro também compreenda a complexidade que envolve o sofrimento psíquico e que este transita pelas dimensões do biológico, do espiritual, do afetivo, do econômico, do social e cultural. É preciso considerá-las como componentes de um todo complexo, onde a Enfermagem pode expressar seu potencial com inúmeras possibilidades de prestar o cuidado holístico.

É importante citar que houve fatores limitantes na concretização desta pesquisa. Entre eles, destaca-se a dificuldade de ampliação dos cenários de estudo. Inicialmente, o projeto pretendia abranger cenários dos países lusófonos que compõem o contexto da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), o qual está vinculado os pesquisadores. Pois a universidade, devido sua particular atuação internacional, é responsável pela formação superior de discentes oriundos de nações lusófonas, que compõem a Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP): Brasil nas Américas, Portugal na Europa, Timor Leste na Ásia e ainda Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe no continente africano. Estes últimos também conhecidos como Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

Destes países, Portugal, Angola e Moçambique estiveram na proposta do estudo, juntamente com o Brasil. No entanto, obstáculos referentes à comunicação ineficaz, distanciamento principalmente geográfico e morosidade nos trâmites dos comitês de ética dos respectivos países impediram momentaneamente, a extensão da pesquisa. Não sendo possível inseri-los, em tempo viável, nesta dissertação.

No entanto, acreditamos que os resultados obtidos possam estimular, principalmente, a reflexão e discussão sobre como é conduzida a formação do enfermeiro para a atuação na saúde mental nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Vimos que alguns entrevistados ainda convivem com a incerteza sobre a atuação nesse campo, mas supõe-se que

ao voltar-se para o arcabouço teórico da Enfermagem, muitas das inquietações poderiam ser aliviadas, porque encontrariam subsídios eficazes para a prática.

Nesse sentido, recomenda-se que os enfermeiros sejam estimulados a ocupar todos ambientes que foram criados como estratégicos na atenção psicossocial, de forma plena, reconhecendo neles, espaços promotores de vida e de saúde mental. Assim, poderão construir uma nova trajetória para a Enfermagem, sem precisar se desconectar de suas bases que a sustentam enquanto ciência do cuidado.

Muito há de ser pensado e refletido sobre as práticas de cuidado de enfermagem em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Esta pesquisa apresentou apenas um contexto de uma realidade mais ampla, que se constitui e se estrutura cotidianamente de formas variadas, visto que a área da Saúde Mental é um campo fértil e propício para inúmeras intervenções. Contudo, as grandes transformações até agora conquistadas não devem estagnar o processo de enfrentamento dos desafios que surgem. Pois ele ainda segue sustentado por movimentos de diversos atores, entre eles os enfermeiros.

Nesse percurso, os princípios que regem a atuação do enfermeiro na Saúde Mental, devem ser os mesmos que balizam a reformulação da assistência psiquiátrica para a atenção psicossocial, pautados na autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico, sua reinserção social e garantias de direito ao cuidado em liberdade mediante a conquista de sua cidadania.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Aline Siqueira; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. Papéis e perfil dos profissionais que atuam nos serviços de saúde mental. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 4, n. 1, 2015.
- ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface** (Botucatu), v. 10, n. 20, p. 299-316 2006.
- ALVES, Katiusse R.; ALVES, Marcelo S.; ALMEIDA, Carlos P. B. Cuidado em saúde mental: valores, conceitos e filosofias presentes no cotidiano do atendimento. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 6, n. 2, p. 4-9, 2017.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 123 p. Cap. 4, p. 61-81. (Temas em Saúde)
- ANTUNES, Sônia Marina Martins de Oliveira; QUEIROZ, Marcos de Souza. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 207-215, 2007.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.
- AZEVEDO, Dulcian Medeiros *et al.* Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, 2015.
- BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. SPE2, p. 1780-1785, 2011.
- BASAGLIA, F. O. Saúde/doença. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. (orgs.) **Saúde Mental, Formação e Crítica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Laps, 2015. 100 p.
- BARBOSA, Marcia C.; VASCONCELOS, Cláudia R.; OSELAME, Gleidson B. A percepção do acadêmico de enfermagem sobre a loucura. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 5, n. 2, 2016.
- BRAGA, Fabrício Soares; OLSCHOWSKY, Agnes. Prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**. Recife. Vol. 9, n. 3 (mar. 2015), p. 7086-7094, 2015.
- BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.
- _____. Portaria nº 3.088, 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. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 26 dez. 2011. Seção 1, p. 37-8.

_____. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução n 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; RÊGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicologia ciência e profissão**, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010.

CASSIANI, Sílvia Helena de Bortoli; ALMEIDA, Ana Maria de. Teoria fundamentada nos dados: a coleta e análise de dados qualitativos. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 4, n. 2, jul.-dez. 1999. p. 13-21.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 271 p.

CORRIGAN, Patrick W. *et al.* Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. **Psychiatric services**, v. 63, n. 10, p. 963-73, 2012.

CORTES, Jandro Moraes *et al.* O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental sob a lógica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 2, n. 3, p. 38-50, 2010.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: UNESP; 2013.

DANTAS, Cláudia de Carvalho *et al.* Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 4, n. 17, jul. – ago. 2009.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

DIAS, Cristiane Bergues; SILVA, Ana Luisa Aranha . O perfil e a ação profissional da (o) enfermeira (o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, 2010.

- DOURADO, Sandra B. P. B.; BEZERRA, Cleanto F.; ANJOS, Caio C. N. Conhecimentos e aplicabilidade das teorias de enfermagem pelos acadêmicos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 2, p. 284-291, 2014.
- FIORATI, Regina Célia; SAEKI, Toyoko. Difficulties in developing psychosocial care in extra-hospital services providing mental health care. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 305-312, 2013.
- FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-94, 2011.
- FONTANELLA, Bruno J. B.; RICAS, Janete; TURATO, Egberto R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.
- FREITAS, F.; AMARANTE, P. **Medicalização em psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013.
- GONÇALVES, Renata W.; VIEIRA, Fabíola S.; DELGADO, Pedro G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 51-8, 2011.
- GUIMARÃES, Andréa Noeremberg *et al.* Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes da reforma psiquiátrica: percepções de profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 830-38, 2015.
- HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 2005.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/main_frameset.php>. Acesso em: 10 dez. 2016.
- PESSOA JÚNIOR, João Mário *et al.* Formação em saúde mental e atuação profissional no âmbito do hospital psiquiátrico. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 1-7, 2016.
- LANCETTI, A.; AMARANTE, P. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC Editora, 2014.
- LIMA, Deivson W. da C.; VIEIRA, Alcivan N.; SILVEIRA, Lia C. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, 2015.
- MACHADO, M. H. et al. Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil (Convênio: FIOCRUZ/COFEN). Rio de Janeiro: 28 volumes, NERHUS-DAPS-Ensp/Fiocruz e COFEN, 2015

- MARCUS, M. T.; LIEHR, P. R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. (orgs). **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 122-39.
- MARTINS, Carlos Benedito Campos. O legado do Departamento de Sociologia de Chicago (1920-1930) na constituição do interacionismo simbólico. **Sociedade e Estado**, v. 28, n. 2, p. 217-39, 2013.
- MATTOSINHO, Mariza Maria Serafim *et al.* Mundo do trabalho: alguns aspectos vivenciados pelos profissionais recém-formados em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, 2010.
- NUNES, Jeanine M. S.; GUIMARÃES, José Maria X.; SAMPAIO, José J. C. The production of mental health care: achievements and challenges to the implementation of the territorial psychosocial care model. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1213-32, 2016.
- ONG, Hui Lin *et al.* Why is psychiatric nursing not the preferred option for nursing students: A cross-sectional study examining pre-nursing and nursing school factors. **Nurse education today**, v. 52, p. 95-102, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA (WONCA). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: Uma perspectiva global**. Portugal, 2009.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Plan de acción sobre salud mental 2013-2020**. Ginebra: OMS, 2013.
- PAIANO, Marcelle *et al.* Ambulatório de saúde mental: fragilidades apontadas por profissionais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 1-10, 2016.
- PINHO, Leandro B.; HERNÁNDEZ, Antônio M. B.; KANTORSKI, Luciane P. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. **Ciênc. cuid. saúde**, p. 28-35, 2010.
- RIBEIRO, Mariana S.; POMPEO, Daniele A.; SOUZA, Maria da G. G. Grupos de pesquisa na enfermagem brasileira em saúde mental e psiquiatria. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 58-62, 2016.
- ROCHA, Ruth. Mylius. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Editora Te Corá, 1994.
- ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: _____. **Desinstitucionalização**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC Editora, 1990. p. 17-61

SANTOS, Sérgio Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem: enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 460-468, 2004.

SANTOS, Josenaide Engracia *et al.* Processos formativos da docência em saúde mental nas graduações de enfermagem e medicina. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. SPE4, p. 85-92, 2016.

SANTOS, Jose Luis Guedes *et al.* Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, 2016.

SILVA, Marcelle Miranda *et al.* A teoria fundamentada nos dados nos estudos de pós-graduação stricto sensu da enfermagem brasileira. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 671-9, 2011.

SOARES, Amanda N.; SILVEIRA, Belisa V.; REINALDO, Amanda M. dos S. Serviços de saúde mental e sua relação com a formação do enfermeiro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 11, n. 3, 2010.

MELLO E SOUZA, Maria da Conceição Bernardo. O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental: avanços, limites e desafios. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 12, n. 3, 2016.

SOUZA, Miriam Candida; AFONSO, Maria Lúcia Miranda. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 332-347, 2015.

SOUZA, Isabela Alves Silveira *et al.* Processo de trabalho e seu impacto nos profissionais de enfermagem em serviço de saúde mental. **Rev Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 5, p. 447-53, 2015.

SOUZA, Luís Paulo Souza *et al.* Los retos del recién graduado en Enfermería en el mundo del trabajo. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 30, n. 1, p. 4-18, 2014.

STRAUSS, Anselm.; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

TAVARES, Cláudia Mara de Melo *et al.* Competências específicas do enfermeiro de saúde mental enfatizadas no ensino de graduação em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. SPE4, p. 25-32, 2016.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde pública**, v. 39, p. 507-514, 2005.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 4, n. 8, p. 08-21, 2012.

WALBERT, A.; MELITO, L. **Saúde mental: transtornos atingem cerca de 23 milhões de brasileiros**. Empresa Brasil de Comunicação (EBC); 2013. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/05/saude-mental-em-numeros-cerca-de-23-milhoes-de-brasileiros-passam-por>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ENFERMEIROS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Caro(a) Senhor(a)

Eu, Alexsandro Batista de Alencar, discente da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, do Mestrado Acadêmico em Enfermagem - MAENF, estarei desenvolvendo a pesquisa para construção de uma dissertação com o seguinte título: “**ANALISANDO CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL**”. Este estudo tem como objetivo: Construir um modelo teórico sobre o significado das práticas do cuidado de enfermagem em saúde mental mediante a concepção de enfermeiras. Desse modo, o Senhor(a) está sendo convidado a participar do estudo, no qual você deverá inicialmente responder um questionário sobre características sociodemográficas e em seguida conceder uma entrevista onde serão feitas perguntas referentes ao tema acima mencionado. O(a) senhor(a), poderá sentir-se um pouco desconfortável e constrangido, contudo, a sua participação poderá trazer respostas para a compreensão do fenômeno relativo ao cuidado praticado pelos enfermeiros em saúde mental, mediante as mudanças paradigmáticas nesse campo específico, dando subsídios para a construção do conhecimento científico da Enfermagem.

Tendo em vista a importância de sua participação na pesquisa por meio de sua autorização, venho esclarecer que a sua colaboração deverá ser de livre e espontânea vontade. Informo, ainda que:

- Você tem o direito de não participar desta pesquisa, se assim desejar.
- Certifico que os participantes deste estudo não terão ônus de qualquer natureza.
- Garanto-lhe o anonimato e segredo quanto ao seu nome e quanto às informações confidenciais prestadas durante a pesquisa. Não divulgando nenhuma informação que possa identificá-lo ou qualquer outra pessoa que possa estar envolvida.
- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento, livre de qualquer dano.
- este documento será emitido em duas vias, sendo uma delas deixada com o(a) senhor(a).

Em caso de dúvidas ou necessidade de outros esclarecimentos, informamos-lhe o meu contato e da minha orientadora, bem como, o contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB.

Nome do pesquisador: Alexsandro Batista de Alencar

Endereço: Rua Ataulfo Alves, 603, Casa 03; Jardim das Oliveiras. Fortaleza/Ce.

Telefone: (85) 985944676 **E-mail:** alexsandro.alencar@hotmail.com

Nome da orientadora: Carolina Maria de Lima Carvalho

Instituição: Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB).

Endereço: Unidade Acadêmica dos Palmares, Rodovia CE 060, Km51, CEP: 62.785-000 Acarape - Ceará – Brasil

Telefone para contato: (85) 987824463 **E-mail:** carolinacarvalho@unilab.edu.br

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB

Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil.

Telefone: (85) 3332- 1414 **E-mail:** cep@unilab.edu.br

Atenção: Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa ou acesse a Plataforma Brasil no link: <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Fortaleza, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) voluntário (a)

Pesquisador – Alexsandro Batista de Alencar

Prof. Dr^a Carolina Maria de Lima Carvalho

Copesquisador

Testemunha

**APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA
CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DO ENFERMEIRO PARTICIPANTE DO
ESTUDO**

CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARTICIPANTES

Dados de Identificação:

1. Nome (Iniciais): _____

Código: _____

2. Faixa Etária:

18 – 25 anos 25 – 35 anos 35 – 50 anos >50 anos

3. Sexo:

masculino feminino

4. Cor/Raça:

branca preta amarela parda indígena

5. Estado Civil:

Casado(a) União consensual Solteiro(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

6. Nível de Escolaridade:

Superior completo em Enfermagem

Pós-graduação em Enfermagem (Lato senso) – Incompleto

Pós-graduação em Enfermagem (Lato senso) – Completo

Pós-graduação em Enfermagem (Stricto sensu, nível mestrado acadêmico) – Incompleto

Pós-graduação em Enfermagem (Stricto sensu, nível mestrado acadêmico) – Completo

Pós-graduação em Enfermagem (Stricto sensu, nível mestrado profissional) – Incompleto

Pós-graduação em Enfermagem (Stricto sensu, nível mestrado profissional) – Completo

Pós-graduação em Enfermagem (Stricto sensu, nível doutor) - Incompleto

Pós-graduação em Enfermagem (Stricto sensu, nível doutor) – Completo

7. Tempo de Formação Acadêmica (anos completos): _____

8. Especialização em Enfermagem e Saúde Mental:

Sim Não

9. Naturalidade:

Brasil outro: _____

10. Tipo da Instituição de saúde onde presta serviço:

Hospitalar Comunitário

11. País da Instituição de Saúde:

Brasil Outro

12. Natureza da Instituição de Saúde:

Pública Privada Outro: _____

13. Função atual que ocupa:

Clínica Gerencial

14. Tempo de experiência na função atual:

Anos completos Meses completos

15. Experiências prévias da função atual:

Sim Não

Pesquisador – Alessandro Batista de Alencar

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1- Conte-me como foi seu percurso inicial quando começou a trabalhar num serviço de saúde mental.
- 2- Fale-me sobre sua vivência com pessoas que tem adoecimento psíquico.
- 3- Quais as suas atribuições no serviço de saúde mental?
- 4- Quais instrumentos de prática de cuidado de enfermagem, você usa nas suas atividades diárias?
- 5- Ao longo do tempo sua prática de cuidado mudou? Se sim, o quê pode ter influenciado?
- 6- Quais são e como você lida com os desafios para a prática de cuidado em saúde mental?
- 7- Qual sua concepção sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental?

Pesquisador – Alessandro Batista de Alencar

ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONCEPÇÕES DE ENFERMEIROS SOBRE PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE EM PAÍSES LUSÓFONOS

Pesquisador: Alexsandro Batista de Alencar

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 68425617.8.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.359.591

Apresentação do Projeto:

Objeto de estudo: prática de cuidado em saúde mental

A questão da saúde mental tem sido fonte de preocupação em todo o mundo, devido principalmente aos prejuízos que ela traz para as populações no sentido de morbidade, incapacidades e até mortalidades. Em várias nações, predominam modelos de atenção em saúde mental diferenciados, com referências diversificadas e um pouco distintas dos princípios do processo de reforma psiquiátrica vigentes. Toma-se como exemplo nesse estudo, alguns países que compõem o cenário lusófono como: Brasil, Portugal, Angola e Moçambique. Nações que adotaram políticas públicas de saúde mental diferenciadas e que algumas, ainda convivem com problemas específicos como os relacionados a escassez de recursos humanos qualificados para atuação neste campo particular. Nesse contexto, a Enfermagem esteve historicamente inserida, desde os primórdios da assistência psiquiátrica hospitalocêntrica, até as mudanças atualmente redefinidas e reconstruídas, fundamentadas em novos referenciais teóricos e práticos. No entanto, acreditasse que dentre essa evolução, o cuidado de enfermagem em saúde mental, nem sempre consegue acompanhar as recomendações oriundas das diretrizes internacionais sobre a transformação da assistência psiquiátrica. Desse modo, ela vem buscando uma organização metodológica que oriente suas práticas e contribua com a evolução da profissão no espaço social mediante a construção do corpo de técnicas e

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 2.359.591

conhecimentos específicos sobre o seu fazer.

Objetivo da Pesquisa:

- Conhecer as principais políticas públicas voltadas para o campo da saúde mental, em Fortaleza no Brasil e cidade da Beira em Moçambique;
- Compreender as concepções sobre as práticas de cuidado em saúde mental de enfermeiros de quatro países lusófonos.
- Comparar a prática de cuidado realizada pelos enfermeiros com as diretrizes das políticas públicas que as orientam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta os riscos e benefícios do estudo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto traz benefícios à uma população específica, com um tema pertinente na sociedade atual: a saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_908490.pdf	24/10/2017 10:28:01		Aceito
Cronograma	APENDICECronograma.pdf	24/10/2017 10:27:00	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto de Dissertação MAENF20out2017.pdf	20/10/2017 08:54:00	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Dissertação maenf novaversao.pdf	25/09/2017 22:47:45	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 2.359.591

Outros	CARTAEMENDAPROJETODEPESQUI SAMAENF.pdf	25/09/2017 22:41:27	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	CARTAANUENCIAMOCAMBIQUE.pdf	25/09/2017 22:40:06	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	DECLARACAODEANUENCIA005.jpg	16/05/2017 18:08:47	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	DECLARACAODEANUENCIA004.jpg	16/05/2017 18:08:07	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	DECLARACAODEANUENCIA003.jpg	16/05/2017 18:07:35	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	DECLARACAODEANUENCIA002.jpg	16/05/2017 18:07:04	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	DECLARACAODEANUENCIA001.jpg	16/05/2017 18:06:15	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	Solicitacao_carta_ausencia.PDF	16/05/2017 13:10:41	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	Concordancia.PDF	16/05/2017 13:10:10	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	Ausencia_onus.PDF	16/05/2017 13:09:50	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	LattesCarolinaMariadeLimaCarvalho.pdf	25/04/2017 19:05:29	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	CurriculoLattesAlexAlencar.pdf	25/04/2017 19:04:51	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	CartadeEncaminhamentoCEP.pdf	25/04/2017 19:04:02	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	APENDICEC.pdf	25/04/2017 19:02:04	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Outros	APENDICEB.pdf	25/04/2017 19:01:18	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Orçamento	APENDICEE.pdf	25/04/2017 18:59:54	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Cronograma	APENDICED.pdf	25/04/2017 18:59:21	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEA.pdf	25/04/2017 18:57:20	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDissertacaoMAENF.pdf	25/04/2017 18:56:49	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	25/04/2017 18:43:23	Alexsandro Batista de Alencar	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Avenida da Abolição, 3
Bairro: Centro Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município:** REDENCAO
Telefone: (85)3332-1381 **E-mail:** rafaellapessoa@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA



Continuação do Parecer: 2.359.591

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

REDENCAO, 31 de Outubro de 2017

Assinado por:
Emilia Soares Chaves
(Coordenador)

Endereço: Avenida da Abolição, 3

Bairro: Centro Redenção

CEP: 62.790-000

UF: CE

Município: REDENCAO

Telefone: (85)3332-1381

E-mail: rafaellapessoa@unilab.edu.br