

# A CLÍNICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

---

## MENTAL HEALTH NURSING

---

### LA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

Lia Carneiro Silveira<sup>1</sup>  
Denise Tomaz Aguiar<sup>2</sup>  
Paula Danyelle de Barros Palácio<sup>3</sup>  
Mariana Karen Bringel Duarte<sup>4</sup>

Com as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica, a enfermagem foi direcionada para uma nova prática que se distancia da institucionalização e da assistência manicomial predominante no modelo anterior de assistência em saúde mental, mas essas mudanças no campo da atuação, por sua vez, convocam o enfermeiro a rever a fundamentação teórica de sua prática, de forma a favorecer a consolidação de suas ações já modificadas presentes nos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). O estudo objetivou analisar a prática clínica de enfermagem em saúde mental, identificando as bases teóricas que fundamentam suas ações. Do ponto de vista da metodologia, trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que utilizou como instrumento de coleta de dados a entrevista com 14 enfermeiros dos CAPS em Fortaleza, Ceará. A análise dos dados coletados permitiu perceber-se que a enfermagem é requisitada a desenvolver uma atuação clínica que se dá de formas variadas, evidenciando diversos enfoques do cuidado. Constatou-se que muitos enfermeiros que participaram da pesquisa ainda não haviam consolidado o real sentido da escuta em sua prática; muitos entendem por escuta o diálogo, escutar as queixas patológicas, estratégia de acolhimento ou mesmo escutar as solicitações para posterior resolução de queixas; o relacionamento terapêutico também sofre distorção em seu significado, ao ser compreendido como uma forma amigável de relação com os pacientes. Quanto à consulta, também se percebeu a falta de entendimento, ao ser confundida com triagem ou apenas avaliação, não obstante ter-se constatado que também há enfermeiros que a utilizam como espaço de intervenção. Concluiu-se que a enfermagem busca novas formas de fazer clínica em saúde mental, embora encontre dificuldades para construir uma concepção de clínica que transponha a doença e enfoque os sujeitos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde mental. Enfermagem. Prática profissional.

*With the changes proposed by the psychiatric reform, nursing was directed to a new practice which is far distant from the institutionalization and the asylum assistance prevalent in the previous model of mental health care. However, the changes in this field, in turn, call the nurses to review the theoretical foundation of their practice, in order to encourage the consolidation of their actions which are already modified in places that replace the psychiatric hospitals, such as the Psychosocial Attention Center, in Fortaleza (CAPS). This study aimed to analyze the mental health nursing practice, identifying the theoretical basis that underlie its actions. This is a qualitative study, which used as data collection interviews with 14 nurses working in the CAPS, Ceará. THE analysis of the collected data showed that nursing is requested to develop a clinical practice that occurs in various forms, highlighting various approaches of care. The results show that many nurses who participated in the survey had not yet consolidated the real sense of listening in their practice; many understand by listening to the patient's talk, listening to pathological complaints, using a receptive strategy or even listening to requests for later resolution of complaints; the therapeutic*

<sup>1</sup> Doutora em enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Clínica do Sujeito: saber, saúde e laço social (LACSU). silveiralia@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Cuidados Clínicos pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). denisetmz@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bolsista da Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP). Integrante do Laboratório de Clínica do Sujeito: saber, saúde e laço social (LACSU). pauladany85@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial do município de Caucaia, Ceará. flakerana@hotmail.com

*relationship also suffers from distortion as it is understood as a friendly way to deal with patients. With respect to the psychiatric appointment it was also noticed the lack of understanding, as the appointment was perceived as just an evaluation. Nevertheless, the results show that there are also nurses who use the appointment as a space for intervention. It was concluded from this study that nursing seeks new ways of doing mental health clinic. However, it finds it difficult to build a conception that transposes the disease and focuses on the subject.*

**KEY WORDS:** *Mental Health. Nursing. Professional Practice.*

*Con los cambios propuestos por la reforma psiquiátrica, la enfermería fue direccionada para una nueva práctica que se distancia de la institucionalización y asistencia de un manicomio predominante en el modelo anterior de asistencia en salud mental, pero estos cambios en el campo de actuación, a su vez, convocan al enfermero a rever los fundamentos teóricos de su práctica, con el fin de consolidar sus acciones ya modificadas, presentes en los servicios sustitutos al hospital psiquiátrico, como los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). El estudio objetivó analizar la práctica clínica de enfermería en salud mental, identificando las bases teóricas que fundamentan sus acciones. Desde el punto de vista de la metodología, se trata de un estudio cualitativo, que utilizó la entrevista como instrumento de recolección de datos con 14 enfermeros de los CAPS en Fortaleza, Ceará. El análisis de los datos recolectados permitió percibir que la enfermería es solicitada para desarrollar una actuación clínica que se presenta de variadas formas, evidenciando diversos enfoques de la atención. Se constató que muchos enfermeros que participaron en la encuesta aún no habían consolidado el sentido real de la escucha en su práctica; muchos entienden por escucha el diálogo, escuchar las quejas patológicas, estrategia de acogimiento o incluso escuchan peticiones para la posterior resolución de las quejas; la relación terapéutica también sufre distorsión en su significado, al ser comprendido como una forma amigable de relación con los pacientes. Con relación a la consulta, también se notó la falta de entendimiento, al ser confundida con triar o apenas con la evaluación. No obstante, haberse constatado que también hay enfermeros que lo utilizan como un espacio para la intervención. Se concluye que la enfermería busca nuevas formas de hacer clínica en salud mental, aunque encuentre dificultades para construir una concepción de clínica que transponga la enfermedad el enfoque los sujetos.*

**PALABRAS-CLAVE:** *Salud mental. Enfermería. Práctica profesional.*

## INTRODUÇÃO

A enfermagem psiquiátrica tem sido marcada por processos de mudanças em suas ações e conhecimentos. Tais transformações emergem historicamente com os acontecimentos políticos, econômicos e sociais, os quais influenciam a dinâmica de trabalho desta profissão, desencadeando novas formações discursivas e novas organizações no plano dos saberes e, consequentemente, refletindo na constituição dos referenciais teóricos específicos da área.

Um dos recortes históricos que marcam o surgimento da enfermagem psiquiátrica é aquele delimitado pela criação do hospital como espaço de intervenção médica. Para garantir seu funcionamento, o modelo hospitalar necessitava da instauração de medidas disciplinares que garantissem a nova ordem. Estas medidas são pautadas, principalmente, nos princípios de vigilância constante e registro contínuo, de forma que nenhum detalhe escape a esse saber (FOUCAULT, 2000). A despeito de ter no médico sua figura central, o espaço asilar vai

necessitar de um profissional que execute essas ações de vigilância e, ao mesmo tempo, siga suas instruções quanto ao tratamento. “O ‘enfermeiro’ é um agente situado entre o guarda e o médico do hospício, devendo estabelecer entre aquele e o doente a corrente do olhar vigilante” (MIRANDA, 1997, p. 88). O papel do enfermeiro nesse modelo é, portanto, voltado para a vigilância e manutenção da ordem do espaço asilar.

No Brasil, essa relação não foi diferente. A primeira escola de enfermagem (Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras) foi criada em 1890, visando sistematizar a formação de enfermeiros para atuarem no espaço asilar.

Corroborando o modelo hospitalocêntrico que se tornava cada vez mais forte, a assistência em saúde mental manteve-se predominantemente nesses espaços. Alguns fatores contribuíram para que, no século XX, se configurasse a chamada “ideologia do hospitalocentrismo”, dentre os quais se podem citar o grande desenvolvimento

da indústria farmacológica após a década de 1950 e a grande lucratividade dos hospitais particulares com as internações psiquiátricas (MACHADO; COLVERO, 2003).

Entretanto, na década de 1980, esse modelo começa a ser discutido e surge a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira. Este movimento coloca-se como uma tentativa de promover modificações na assistência em saúde mental, preconizando mudanças profundas de ordem política, ideológica, ética e clínica. Apresenta como principal proposta o conceito de desospitalização como forma de modificar o cuidado que, predominantemente, era realizado em ambiente hospitalar, representado pelas internações, para assistências que não inviabilizassem a socialização do sujeito. Tornou-se necessário destituir esses espaços do lugar de referência para o tratamento em saúde mental. Dessa forma, foram criados serviços que visavam o oferecimento da assistência sem que o sujeito fosse excluído da sociedade e do vínculo familiar. Busca-se, assim, uma nova forma de fazer clínica, cujo foco desloque-se da doença para a existência-sofrimento do sujeito:

De doença mental para existência – sofrimento, o fenômeno psíquico deixa de ser um mal obscuro que afeta as pessoas e passa a ser um fenômeno complexo, histórico, em estado de não equilíbrio. Instrumento de reconstrução da complexidade do fenômeno, a existência-sofrimento reorienta o objetivo da psiquiatria, passando da “cura” para a produção de vida, de sociabilidade, de subjetividades. (ROTELLI; AMARANTE, 1992, p. 52).

Tratou-se da substituição da “[...] prática assistencial do modelo clínico-biológico, hospitalocêntrico, de tradição asilar e segregadora do doente mental, para uma cultura de reabilitação do usuário por meio da construção dos serviços substitutivos voltados para a humanização do atendimento” (LIMA; SILVA, 2004, p. 591).

Com a reformulação da rede de serviços decorrente da proposta da reforma, as práticas da enfermagem psiquiátrica tributárias da ideologia do hospitalocentrismo passam a ser questionadas. Os serviços extra-hospitalares caracterizam-se, na maioria das vezes, por serem abertos, pautados por uma lógica de respeito à cidadania do doente e, portanto, não se coaduna com atitudes de vigilância e disciplinarização. Nesse

modelo, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços extra-hospitalares que surgiram como uma das propostas da reforma psiquiátrica, criados oficialmente pela Portaria GM n.º 244/92 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Eles possuem a proposta de oferecer práticas de cuidado em saúde mental de alcance intersetorial, voltado para o atendimento clínico e personalizado da pessoa em situações graves de sofrimento mental, em regime de atenção diária, com o objetivo de substituir a assistência ofertada nos hospitais psiquiátricos, sem excluí-los da comunidade e do núcleo familiar.

### PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL PÓS-REFORMA PSIQUIÁTRICA

Com o processo de modificações sugerido pela Reforma Psiquiátrica, tem-se uma discussão acerca dos conceitos, posturas e ações terapêuticas. Este é um momento de transição entre a prática baseada no modelo hospitalar/manicomial e a adesão de princípios que valorizam a subjetividade dos sujeitos assistidos.

Nessa reformulação, torna-se indispensável debruçar-se também sobre a concepção de clínica que queremos, pensando as possibilidades de superação de uma prática pautada na doença, como historicamente tem se dado. Temos, então, um espaço propício para a reflexão sobre os assuntos relacionados ao cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. O enfermeiro, nesse novo modelo, é convocado a rever as bases de sua formação teórica, bem como as conformações de sua prática.

Entretanto, após quase 30 anos de discussão, o que se observa é que não ocorreram mudanças significativas no processo do cuidar em saúde mental. O objeto de tratamento continua sendo “[...] a doença [que] se apresenta ao seu observador como um conjunto de sintomas e signos independentes, dissociados da existência do indivíduo, tratados de forma objetiva” (RINALDI; LIMA, 2006, p. 56).

Diante das mudanças, a atuação em enfermagem tem exigido maior percepção das necessidades do paciente, sendo necessário o

desenvolvimento de habilidades que lhe possam oferecer melhor desempenho de suas funções, principalmente no que se refere à cooperação interdisciplinar, incluindo o resgate da cidadania como prioridade nas ações de saúde. Entretanto, essas questões ainda estão sendo colocadas em prática de forma lenta e gradual, apontando dificuldades na viabilização do trabalho do enfermeiro no campo da saúde mental.

Soares et al. (2011) evidenciaram o desconhecimento da real atribuição do enfermeiro dentro do espaço do CAPS pelos próprios profissionais e atribuiu essa falta de compreensão ao fato de este serviço ter sido instituído recentemente e ainda se encontrar em processo de construção. Os autores acrescentam ainda que se faz “[...] necessário pensarmos no enfermeiro como membro da equipe de saúde e que a sua função está associada à realização de uma tarefa ou trabalho compartilhado entre vários indivíduos, e não de forma isolada” (SOARES et al., 2011, p. 113).

As dificuldades evidenciadas são frequentemente atribuídas à priorização do modelo clínico-psiquiátrico durante a formação. Caixeta e Moreno (2008, p. 184) relatam que a melhoria do atendimento em saúde mental passa pela “[...] capacitação da equipe para atender os usuários, a constituição de grupos, desde aqueles baseados em sintomas até grupos que busquem trabalhar com possibilidades de vida apesar dos quadros clínicos existentes [...]”. Acrescentam ainda que essa capacitação deve passar por uma questão fundamental, que se refere à necessidade de se rever os preconceitos que permeiam os conhecimentos acerca de transtorno mental.

Lucchese e Barros (2009) trazem ainda que a mudança na formação deve relacionar-se às disciplinas de saúde mental oferecidas durante a formação que priorizam o modelo clínico, baseado no ensino tradicional psiquiátrico, resumindo a doença a um conjunto de sintomas dependentes de uma intervenção para resgatar o estado de normalidade.

Por outro lado, encontram-se também indícios de que a enfermagem já se consolida como profissão de extrema relevância nessa reconstrução de sentidos das práticas de cuidado. “A

participação da enfermagem enquanto membro da equipe interdisciplinar demonstrava, aos profissionais de outras áreas, saberes específicos que a enfermagem detinha como ferramenta de trabalho, conquistando assim, visibilidade dentro da equipe” (MORAES et al., 2010, p. 531). Dessa forma, pensa-se ser ainda relevante discutir a inserção da enfermagem nesse processo, tendo em vista que as transformações ocorridas não foram suficientes para permitir a criação de um novo paradigma para esta profissão.

O objeto de estudo desta pesquisa é a prática de enfermagem em saúde mental em CAPS. Dessa forma, surge o questionamento: Como a atuação do enfermeiro se realiza diante das possibilidades de embasamento teórico? Entende-se que, para a criação de novas práticas, é preciso conhecer e repensar os processos de trabalho em saúde. Assim faz-se relevante a presença de teorias que fortaleçam as ações desses profissionais. A questão de pesquisa, portanto, tem o propósito de despertar no enfermeiro o interesse em identificá-las com base nas práticas realizadas.

Partindo dessas considerações desenvolveu-se este estudo com o objetivo de analisar a prática clínica desenvolvida pelos enfermeiros em saúde mental em CAPS, identificando as bases teóricas que as norteiam. Considera-se que este estudo poderá contribuir para a reflexão sobre a atuação de enfermagem, viabilizando a sua consolidação com a reinvenção dos modos de cuidado em saúde mental. Considera-se que uma análise acerca do atual contexto da enfermagem possibilita o fortalecimento das ações para mudanças com vistas a uma maior aproximação com um cuidado humanizado, que se distancie dos reducionismos e possibilite considerar o indivíduo como sujeito e suas subjetividades como alvo desse cuidado.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, tendo como propósito a análise do significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas, avaliando tanto as interpretações quanto as práticas dos sujeitos (DESLANDES; ASSIS, 2002).

O local de desenvolvimento do estudo foram 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Fortaleza, Ceará, existentes no período de realização da pesquisa, tendo como sujeitos enfermeiros que neles atuavam. Os participantes foram selecionados de acordo com a disponibilidade e após consentirem em participar da pesquisa. O critério de inclusão foi ser enfermeiro e estar atuando em CAPS. Dessa forma, teve-se um profissional de cada serviço. Para a produção dos dados foi realizada a entrevista episódica, utilizada quando se almeja obter um conhecimento cotidiano sobre certos objetos ou processos (FLICK, 2004).

Além da entrevista, utilizou-se também, como meio de coleta de dados, um formulário que permitiu gerar um perfil sociodemográfico dos sujeitos participantes e continha dados relativos a aspectos como idade, sexo, formação, experiência profissional e renda. Quanto à entrevista, apresentou-se de forma semiestruturada que permitiu a inclusão de novas questões no decorrer da sua utilização. Dessa forma, puderam-se abordar questões como: O que você entende por Saúde Mental? O que você entende por sofrimento psíquico? Por que você escolheu trabalhar com Saúde Mental? Qual sua experiência profissional na área? Qual sua formação em Saúde Mental? Quais as influências teóricas (livros, pessoas, músicas, filmes...) na sua atuação em Saúde Mental? Fale da sua atuação no CAPS.

As entrevistas foram transcritas de forma fidedigna ao expresso pelo participante. Desenvolveu-se leitura exaustiva de todas as transcrições, para possibilitar a definição de unidades temáticas e, posteriormente, de categorias que abordassem os temas identificados na coleta. As informações foram analisadas por meio da análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem as falas (MINAYO, 2008).

O presente artigo constitui um recorte da pesquisa intitulada "A Prática de Enfermagem em Saúde Mental: uma Visão a Partir de seu Referencial Teórico", a qual foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com protocolo nº 06378681-8. Foram assegurados todos os princípios éticos

descritos na Resolução nº 196/96, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, incluindo o consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a utilização do formulário, pôde-se identificar o perfil sociodemográfico dos indivíduos participantes da pesquisa. Nos dados coletados, incluíam-se questões acerca de: idade, sexo, formação acadêmica com ou sem pós-graduação, estado civil, tempo de formação e de atuação em saúde mental, carga horária e renda.

Dentre os indivíduos participantes da pesquisa, tem-se 79,92% são do sexo feminino. Referente ao estado civil, 69,23% eram casados, 23,08% solteiros e 7,69% divorciados.

Quanto à formação, todos eram graduados em enfermagem, com uma média de tempo de conclusão do curso em torno de 4,75 anos. Desses, 15,38% têm capacitação, 79,92% especialização, podendo ou não ser em saúde mental, e 7,69% não têm pós-graduação nem capacitação.

Sobre o tempo de atuação na área, a maioria trabalha há pouco tempo: 69,23% trabalham entre 0 a 2 anos; 15,58% de 3 a 5; e 7,69% entre 6 e 8 anos. A mesma quantidade trabalha há mais que quinze anos. Ao todo, percebe-se que a média de tempo de atuação nos CAPS é de dois anos e seis meses.

Com base no que foi relatado nas entrevistas, os dados foram organizados de modo a dar suporte às seguintes categorias formuladas acerca da atuação de enfermagem em CAPS e das suas bases teóricas: clínica de enfermagem pautada no modelo biomédico; sistematização da assistência de enfermagem como embasamento; estratégias de escuta para a prática de enfermagem; consulta de enfermagem como ferramenta de atuação.

### **Clínica de enfermagem pautada no modelo biomédico**

Nessa categoria foram incluídas as passagens que apresentavam elementos do modelo biomédico como marco que permeia a atuação da

enfermagem em saúde mental. Refere-se à realização da atuação clínica de enfermagem dentro de um modelo que se organiza em torno do ato médico e em que as demais ações são complementares e dirigidas a aumentar a eficácia deste.

“Assim, tem paciente que a gente faz o atendimento de enfermagem clínico [sic]. O paciente tá com algum problema da saúde, assim, problema ginecológico, alguma coisa assim..., então, uma gestante, a gente dá as orientações do pré-natal, essas coisas assim. E dá ginecologia também; a história da importância do exame de prevenção, dessas coisas, do uso da camisinha.” (Enfermeiro 9).

Nesse modelo, sua clínica envolve ações voltadas, quase que exclusivamente para o cuidado físico (como a administração de medicamentos, realização de curativos, cuidados com a higiene) ou ainda ações direcionadas ao adoecimento físico (queixas ginecológicas, orientações quanto a práticas sexuais, DSTs).

[...] eu me vejo como enfermeira. Por que, por exemplo, se uma criança está com ferimento, eu vou lá e faço curativo; se a criança está tomando a medicação, eu faço a orientação aos pais de como administrarem a medicação. Faço parte dos atendimentos individuais nos quais a gente aborda questões de higiene, questões sexuais, o que a demanda pedir.” (Enfermeiro 10).

Na fala anterior, percebe-se que o próprio sentimento de pertença à categoria de enfermagem depende da realização desse tipo de ação. Essa associação entre a atuação de enfermagem e uma prática voltada para o âmbito biológico justifica-se pela abordagem tradicionalmente hospitalar que é dada durante a formação que, predominantemente, enfatiza o adoecimento.

A abordagem para diagnóstico médico está na relação entre a queixa e as lesões orgânicas, iniciando-se a prática da separação entre a doença e a psique humana. Limita-se ao estudo do organismo como um mecanismo fisiológico, evidenciado pelos métodos de investigação, mas não revela o conteúdo subjetivo do paciente – em verdade,

frequentemente conserva pouco significativo. Surge, então, a tendência atual de segmentação do indivíduo, gerando abordagens cada vez mais reduzidas à queixa e, conseqüentemente, à lesão buscada como sua causa.

Quando o processo de trabalho está centralizado na figura do médico e alicerçado no saber biomédico, então o enfermeiro não reconhece sua autonomia para a realização de outras ações que não sejam aquelas determinadas pelas ações programáticas. (CAIXETA; MORENO, 2008, p. 185).

A abordagem biomédica, que considera a queixa apenas como uma perturbação de órgãos e células, não permite considerar as variáveis diversas que compõem o homem em seu aspecto biopsicossocial. O corpo é isolado do intercâmbio social e cultural do sujeito, de maneira que as trocas simbólicas e emocionais que nele se expressam são, geralmente, ignoradas ou tidas como irrelevantes no que se refere à compreensão científica da doença e da dor (GONZALEZ REY, 2005).

O indivíduo não apresenta o corpo separado de sua mente; na verdade existe uma estruturação dependente entre essas dimensões. A noção de corpo depende de como se percebe a realidade psíquica. “Corpo e mente são indivisíveis, e dentro dessa ótica todas as doenças são psicossomáticas, porque atingem tanto a psique como o soma.” (TAQUETTE, 2006, p. 22).

Sabe-se que a significação dessa queixa é diferenciada entre os indivíduos, portanto, não se faz favorável ao tratamento uma padronização de sintomas, não sendo vistas como relevantes as subjetividades de cada um. É de acordo com esse enfoque hegemônico que, predominantemente, se encontra a assistência de enfermagem, em que o cuidado é restrito aos aspectos biológicos e distancia-se do indivíduo. As condições subjetivas daquele que é cuidado não são enfatizadas na prática e os profissionais apresentam dificuldades em estabelecer o seu papel na assistência quanto ao sofrimento psíquico apresentado. Com isso, reduzem sua atuação a meros executores de atividades e não dão conta do sujeito em sua ampla conotação. Tal abordagem, isoladamente, não dá conta da complexidade do sofrimento humano, excluindo percepções e saberes do sujeito, que podem ser sinalizadores

de um projeto singularizado e que faça sentido na sua particular experiência de adoecimento (SILVA; FONSECA, 2003).

A clínica a ser desenvolvida nos serviços de saúde mental, ao contrário, requer uma proposta que enfatize o desenvolvimento de ações voltadas para o sofrimento psíquico, sem abandonar as questões físicas. Nessa condição, há, por parte desta categoria profissional, a necessidade de utilizar referenciais teóricos que proponham ações que valorizem a dimensão subjetiva do sofrimento psíquico.

O cuidado em Saúde Mental exige um olhar diferenciado aos sujeitos, compreendendo o sofrimento psíquico como um processo composto por fatores subjetivos, os quais são individuais e influenciados pelos contextos sociais em que os indivíduos encontram-se inseridos: tradições familiares, hábitos, costumes e crenças (PRANDONI; PADILHA; SPRICIGO, 2006).

Em algum momento de sua permanência nesses serviços, os usuários podem até vir a desenvolver queixas físicas, mas o motivo pelo qual estão ali reside no fato de que algo ao longo de sua existência acabou manifestando-se sob a forma de sofrimento. A dificuldade da enfermagem está em encontrar ferramentas que lhe permitam abordar a dimensão psíquica, espaço que foge ao conhecido terreno das queixas físicas.

### **Sistematização da assistência de enfermagem como embasamento**

Uma das tentativas de reformulação dessa clínica pautada no modelo médico é aquela que aponta para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Nesse contexto, encontram-se falas que refletiram alguns pontos da SAE: “[...] nós temos que trabalhar com esse processo em todos os níveis para sermos valorizados e reconhecidos profissionalmente e aumentar o nosso capital, o salário emocional.” (Enfermeiro 5).

Trata-se de uma proposta de aplicação do método científico ao campo da enfermagem, permitindo ao enfermeiro elaborar um plano de cuidados que segue as etapas de avaliação, diagnóstico, planejamento e intervenção.

Geralmente, encontra-se associada à prática de classificações, que visa padronizar a terminologia utilizada pela enfermagem, como a proposta da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).

“A gente está tentando também agora sistematizar a assistência de enfermagem no CAP-Sad. Eu estou tentando criar aqui um instrumento de coleta de dados para levantar os principais diagnósticos de enfermagem dos pacientes da saúde mental. De posse desses diagnósticos, a gente vai fazer a prescrição e o acompanhamento e a evolução. Vamos fazer a consulta de enfermagem, porque nós queremos as nossas funções independentes aqui no CAPS.” (Enfermeiro 5).

Mediante tal processo sistematizado, a enfermagem crê em novas possibilidades dentro de seu campo de atuação, na delimitação de seu campo próprio de conhecimentos e na independência em relação às outras áreas do saber (ANDRADE, 2007). Esta é uma proposta que permite maior organização quanto à assistência de enfermagem, já que a divide em etapas e, dessa forma, cria condições próprias para cada uma delas. Segundo Horta (1979), o processo de enfermagem, propriamente dito, emergiu com o objetivo de organizar o serviço de enfermagem, ou seja, garantir a autonomia profissional por meio de uma sistematização das ações de enfermagem. Acredita-se que a sistematização da assistência de enfermagem, enquanto processo organizacional, é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado (NASCIMENTO et al., 2008).

Entende-se que, com essa sistematização do cuidado, as potencialidades são melhor compreendidas e há uma apropriação de qual é realmente seu papel, já que se trata de uma atuação não submissa à de outros profissionais. Beteghelli et al. (2005) confirmam que o processo de enfermagem deve ser utilizado adequadamente na abordagem do doente mental, pois oferece ordem e direcionamento ao cuidado prestado, constituindo-se na essência da prática da enfermagem,

como instrumento e metodologia para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisões. Assim o profissional terá subsídios para as intervenções nos sofrimentos apresentados pelos doentes mentais.

Essa teoria não distancia a atuação de enfermagem de um modelo biologicista, mas sugere que seja abordada uma questão ampliada, não restrita ao binômio saúde-doença, mas contemple a complexidade do ser humano em todas as instâncias. Segundo Sampaio e Pellizzetti (2007), a SAE fornece um método organizado para uma análise do estado de saúde do indivíduo, identificando suas necessidades e padrões de resposta aos problemas, possibilitando soluções apropriadas. Mascarenhas et al. (2011) complementam esse entendimento, ao sustentarem que, na aplicação da SAE, se faz necessário entender o indivíduo cuidado como um ser de ações, reações e interações diferentes, à medida que sua situação particular de vida muda. Silva e Santos (2009) contribuem ainda para essa discussão ao afirmarem que, por interagir com seres humanos, nenhum instrumento pode estar desvinculado dos aspectos humanísticos e das necessidades espirituais a eles intrínsecos.

A despeito de vários estudos constatarem os benefícios de uma prática pautada na sistematização em diversas áreas da enfermagem, acredita-se que, ao transpor esse conhecimento para o campo da saúde mental, o enfermeiro depara-se com algumas contradições. A principal delas reside no fato de que o método científico exige, por definição, a objetificação dos fenômenos abordados. Essa estratégia encontra aplicação oportuna quando se lida no plano da doença, como queixa física, mas, no plano do sofrimento psíquico, corre-se o risco de torná-la uma prática reducionista, anulando a subjetividade envolvida no processo e não atentando para as singularidades de um sujeito que é constituído de crenças e desejos e

[...] em cada organismo singular, é chamado a produzir, pelo fato de que nós, ao contrário das outras espécies, só nos relacionamos com os outros e com nós mesmos, com nossa sexualidade, com nossos desejos, com a alteridade dos outros e da natureza, através da mediação do sentido. (BEZERRA, 1996, p. 142).

Ao diagnosticar ou intervir, tende-se a classificar o indivíduo dentro de uma estrutura rígida e padronizada. O cuidado acaba tornando-o reduzido ao diagnóstico, enquadrando-o às características listadas e suas intervenções são também padronizadas. Enfim, corre-se o risco de também atuar de forma reducionista e, assim como no modelo biologicista, não se tomar o indivíduo como alvo do cuidado, assumindo uma posição atuante como sujeito de seu tratamento, que apresenta aspectos próprios que o fazem diferente dos outros.

Se o sujeito for entendido como aquele que se relaciona com o mundo e consigo por meio da dimensão do sentido, é preciso encontrar ferramentas que permitam lidar com o sofrimento psíquico, entendido como algo que se engendra nesse espaço da criação dos sentidos. A enfermagem encontra, nas estratégias de escuta e no momento de encontro da consulta de enfermagem, alguns elementos que podem auxiliar nesse processo.

### **Estratégias de escuta para a prática de enfermagem**

Ao serem questionados sobre os instrumentos de trabalho utilizados na sua prática clínica, alguns enfermeiros citaram, especificamente, a ferramenta de escuta: “É a escuta. Faço também a abordagem familiar de trazer que relações ele tem na família ou mesmo na comunidade. Orientações e escuta dos familiares.” (Enfermeiro 8).

O conceito de escuta, muitas vezes, associa-se ao fato de colocar o profissional na posição de desencadear respostas ou solucionar algum problema identificado. Oliveira et al. (2009, p. 525) colaboram, ao afirmarem que o profissional, numa atitude de escuta com o usuário, possibilita-lhe “[...] expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde”.

“Eu acho que o diálogo é o instrumento mais forte que a gente pode usar na saúde mental, o diálogo, aquela questão das duas vias [...] Eu escuto muito.” (Enfermeiro 3).

“Escutar muito e registrar tudo no prontuário. É a escuta e o conhecimento que é muito importante, porque escutar todo mundo escuta, mas você ter estudado as patologias é importante.” (Enfermeiro 6).

“Porque, muitas vezes, o paciente chega na recepção e as meninas não escutam. Quando chega lá é uma coisa tão simples; qualquer pessoa podia resolver. Então, tem a questão do acolhimento, que é muito importante. Você acolhendo, você tá escutando.” (Enfermeiro 6).

Percebe-se que alguns enfermeiros entrevistados, embora poucos, identificam como escuta algo que se associa à subjetividade do indivíduo, portanto, uma ferramenta para uma abordagem que vai além do orgânico.

“[escutar] Significa ampliar os ouvidos para ouvir algo que às vezes o paciente não tá te dizendo claramente, mas que está ali escondido, que é o que a gente precisa saber para cuidar dele. É você apurar bem os ouvidos pra ouvir e os olhos para ver algo que ele quer mostrar, mas que tá meio escondido.” (Enfermeiro 3).

A despeito de se entender que há a compreensão da necessidade de se realizar a escuta como estratégia de abordagem do paciente, ainda há uma dificuldade em situar essa ferramenta como intervenção terapêutica. A escuta aparece algumas vezes como sinônimo de diálogo ou como forma de coletar informações para delimitar uma patologia, ou ainda como estratégia de acolhimento, para a resolução de queixas.

Entretanto, apesar de se iniciar com o acolhimento da queixa do paciente, o processo de escuta não se resume a isso. Trata-se de uma ferramenta terapêutica, ou seja, ela não é um meio para se alcançar outros fins. Ela traz em si a própria finalidade do processo terapêutico na perspectiva da mudança de paradigma, considerando a individualidade do ser humano como forma de responsabilizar o sujeito pela sua saúde

(VILLELA; SCATENA, 2004). Para Oliveira et al. (2009, p. 524, “[...] a escuta precisa ocorrer de forma que propicie resolutividade no atendimento”. Isto implica na necessidade de escutar as queixas, os sofrimentos demandados pelo sujeito, em busca de uma responsabilização das demandas pronunciadas.

Trata-se de, por meio da palavra, lidar com aquilo que se constituiu pela própria criação de sentidos, pela inserção do sujeito na linguagem. Mais do que acolher uma queixa, “[...] é preciso ajudá-lo a reconstruir (e respeitar) os motivos que ocasionaram o seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida – as relações com seus convivas e desafetos” (BRASIL, 2008, p. 16). Isso significa que é preciso investigar o sintoma, relacionando-o à existência, à história de vida e às significações que os sujeitos, individualmente, trazem em seus discursos. Para isto, torna-se necessário entender que a prática clínica de enfermagem em saúde mental é um cuidado *a posteriori*, o qual é construído no momento do contato direto entre enfermeiro e cliente. Este cuidado, entretanto, não se antecipa à demanda, mas se faz com base nos saberes dos sujeitos envolvidos (LOYOLA, 2008). Implica ainda num deslocamento, onde o profissional deve sair do lugar de saber prévio sobre o outro, deixando que o próprio sujeito reconstitua as tramas de sua história e de seu sofrimento.

Vale ressaltar que a enfermagem dispõe, em seu arsenal clínico, de um instrumento de aplicação da escuta que permite ao enfermeiro atuar como agente terapêutico. Trata-se do relacionamento terapêutico (RT), que

[...] conduz o enfermeiro ao entendimento das experiências de vida do paciente, estimulando-o a participar na tomada das decisões. Além disso, favorece a aproximação entre paciente e enfermeiro através da percepção de que estes são seres humanos dotados de saberes próprios, limitações pessoais e potencialidades. (KANTORSKI et al., 2005, p. 320).

Contudo, percebe-se que o RT ainda não é valorizado pelos enfermeiros como uma ferramenta importante, sendo, inclusive, pouco compreendido e confundido com uma forma amistosa de relação com o paciente.

“Não, sinceramente, essa história de relacionamento terapêutico não consigo manter. É que eu te digo, eu trato as pessoas como se elas fossem pessoas minhas, embora tendo um limite, por que eu sou profissional, não sou mãe deles, eu sou um profissional. Então, eu trato com o coração.” (Enfermeiro 7).

### **Consulta de enfermagem como ferramenta de atuação**

Outro dispositivo que os enfermeiros destacam como um espaço de produção de cuidado é a consulta de enfermagem: “Na verdade, a consulta de enfermagem também é a avaliação que chamavam antigamente triagem... E a enfermagem também faz essa triagem, essa avaliação, que é pra estabelecer se esse paciente está nos ‘perfis’ dos CAPS ou não.” (Enfermeiro 4).

Atividade privativa do enfermeiro, conforme definido na Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (2009). Ao falar sobre a consulta de enfermagem em saúde mental, os entrevistados mostram uma indefinição sobre o que a caracteriza. Há uma confusão entre o que é a consulta e as ferramentas de triagem e avaliação. A consulta de enfermagem, porém, não se resume à avaliação do paciente nem à triagem, que é compreendida como uma atividade interdisciplinar, tendo por objetivos descrever as queixas da pessoa que procura o serviço pela primeira vez, verificando se apresenta características compatíveis com a demanda ou exige encaminhamento às unidades especializadas (AZEVEDO; BARBOSA, 2007). Entende-se que esse momento de “avaliação inicial”, que se realiza na triagem ou na realização da anamnese, corresponderia apenas ao primeiro momento da consulta. É, portanto, apenas uma das etapas da consulta, que envolve também o diagnóstico, o planejamento e a realização de intervenções como etapas de seu desenvolvimento. A consulta de enfermagem deve compreender

A realização de um histórico com um enfoque que vai além dos aspectos biológicos. A elaboração de diagnósticos de enfermagem deve, por sua vez, contemplar ações, adotando-se ou não taxonomias

consagradas ou a denominação de problemas ou de necessidades de atendimento e, finalmente, o plano assistencial inclui técnicas, normas e procedimentos que orientam e controlam a realização das ações destinadas à obtenção, análise e interpretação de informações acerca das condições de saúde da clientela, decisões quanto à orientação e outras medidas que possam influir na adoção de práticas favoráveis à saúde. (SANTOS et al., 2008, p. 125).

Ela pode se configurar como um espaço propício para a aplicação de ferramentas terapêuticas, desde que se guie por um referencial que permita ir além da simples identificação de problemas e da classificação dos sujeitos. Segundo Machado, Leitão e Holanda (2005), trata-se de um momento de interação entre o profissional enfermeiro e o assistido, em que se pode implementar ferramentas de comunicação para o exercício da escuta. O processo de comunicação é “[...] feito face a face, entre o profissional e o cliente, de forma individual, requer uma interação maior entre ambos, para que haja mais liberdade nessa relação” (SANTOS et al., 2008, p. 128). Todavia, como situar, essas intervenções no campo da saúde mental? Como realizar diagnósticos que não se limitem a atribuições de rótulos? Como envolver o próprio sujeito que sofre na construção de seu projeto terapêutico? São estas as questões que estão em jogo quando se trata de pensar uma clínica de enfermagem em saúde mental e que devem ser consideradas caso se deseje oferecer um cuidado que não se restrinja a reducionismos e padronizações.

A tentativa de refletir sobre essas questões leva, novamente, ao entendimento da escuta como uma ferramenta relevante também durante a consulta de enfermagem. Essa escuta significa estimular a fala do indivíduo, procurando entender o que ele diz e por que o diz. O processo de escuta só tem sentido porque permite contar e contar-se. Por meio da escuta pode-se desenvolver uma relação terapêutica, na qual se estimula a autonomia do sujeito. O relacionamento obtido, então, “[...] permite a reflexão, o crescimento pessoal, o reconhecimento do ser humano como importante promotor do cuidado de si e o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento do sofrimento” (KANTORSKI et al., 2005, p. 319).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica ressaltou, de maneira bastante enfática, a necessidade de adoção de conceitos e intervenções que pensassem a relação do sujeito com a realidade social, compondo o modelo que ficou conhecido como “Reabilitação Psicossocial”. No momento histórico e na conjuntura específica em que sua proposta surgiu, essa espécie de estiramento em direção às práticas sociais se fez necessária, principalmente para pôr em cena o respeito à cidadania e o resgate do poder de contratualidade dos pacientes. No entanto, a atuação nos serviços de saúde mental não pode dispensar as ferramentas advindas da clínica, embora estas necessitem passar por um redirecionamento, evitando o risco de se reduzir a intervenção medicamentosa.

O cuidado de enfermagem é influenciado por vários saberes, sendo perceptível a presença de diferentes conceitos na prática de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico. Mesmo que isto não seja explicitado pelos enfermeiros, pôde-se identificar, em suas falas, elementos que apontam para a presença de referenciais teóricos que, muitas vezes, são contraditórios. Nesse contexto, quando se reflete sobre a forma como a enfermagem está realizando seu cuidado clínico junto ao paciente em sofrimento psíquico, percebe-se que as práticas variam de acordo com as influências teóricas que as perpassam. Ainda prevalece uma clínica pautada no modelo biomédico, com atividades voltadas para aspectos biológicos dos indivíduos ou que visem apenas favorecer a prática médica, distanciando-se da valorização das subjetividades dos indivíduos cuidados e tendo como segundo plano o enfoque ao seu sofrimento psíquico.

Os enfermeiros têm buscado novos referenciais que possam subsidiar sua prática, como a sistematização da assistência, que preconiza a prática clínica de enfermagem dividida em etapas. Entretanto, esse instrumento, a despeito de eficiente, necessita de certos cuidados ao ser implementado, já que, em sua realização, utiliza padrões tanto ao propor diagnósticos quanto ao propor intervenções. Tais padrões tendem a

gerar uma anulação das especificidades dos indivíduos cuidados, sendo, portanto, reducionistas como toda padronização que se distancia do cuidado caso a caso.

Ainda como forma de se posicionar contra uma prática que se distancie do sujeito alvo do cuidado, os enfermeiros participantes desta pesquisa estão utilizando estratégias para valorizar, em sua prática clínica, as questões subjetivas de cada cliente cuidado. Para tanto, dispõem da escuta e da consulta de enfermagem. Apesar de alguns já utilizarem a escuta como intervenção terapêutica, constata-se que muitos ainda não haviam consolidado o real sentido da escuta em sua prática. Muitos entendem por escuta o diálogo, escutar as queixas patológicas, estratégia de acolhimento ou mesmo escutar as solicitações para posterior resolução de queixas. O relacionamento terapêutico também sofre distorção em seu significado ao ser compreendido como uma forma amigável de relação com os pacientes. Quanto à consulta, também se percebe a falta de entendimento, ao ser confundida com triagem ou apenas avaliação, não obstante ter-se constatado que também há enfermeiros que a utilizam como espaço de intervenção.

Na perspectiva de propor uma abordagem subjetiva, singular, trilhando o caminho inverso de não privilegiar propriamente a doença, mas a vivência desse sujeito em seu contexto e em seus significantes, a escuta e o consulta foram ferramentas essenciais para a mudança de paradigmas.

Identifica-se que nem todas as maneiras de operacionalizar os referenciais que permeiam a prática de enfermagem em saúde mental determinam processos terapêuticos definidos por características metodológicas rígidas, objetificadoras e reducionistas, mas se encaminham também para uma perspectiva de apreensão da subjetividade dos sujeitos assistidos. Concluiu-se que a enfermagem busca novas formas de fazer clínica em saúde mental, embora ainda encontre dificuldades para construir uma concepção de clínica que transponha a doença e enfoque os sujeitos.

A enfermagem, como importante categoria profissional que presta cuidados ao sujeito em sofrimento psíquico, precisa debruçar-se sobre sua prática, buscando estratégias de atuação que não repliquem as ferramentas do modelo médico ainda predominante, mantendo o compromisso ético com a autonomia dos sujeitos a quem presta cuidados.

Tem-se então o desafio de construir uma concepção de clínica que passe da doença, para o enfoque nos sujeitos e em suas histórias de vida. Para isso, faz-se necessário abrir-se à imprevisibilidade da vida cotidiana, reconhecer os fatores internos e externos aos sujeitos envolvidos no processo de adoecimento e reconhecer a forma que o sujeito tem de lidar com isto como prioridade no cuidado prestado.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Andréia de Carvalho. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, v. 60, n. 16, p. 96-98, 2007.
- AZEVEDO, Jane Mary Rosa; BARBOSA, Maria Alves. Triagem em serviços de saúde: percepções dos usuários. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 33-39, 2007.
- BETEGHELLI, Paula et al. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. *Rev. Eletr. Enferm.*, Goiânia, v. 7, n. 3, p. 334-343, 2005. Disponível em: <[www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)>. Acesso em: 29 jul. 2012.
- BEZERRA, Benilton. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 137-142.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2. ed. Brasília, 2008.
- CAIXETA, Camila Cardoso; MORENO, Vânia. O enfermeiro e as ações de saúde mental nas unidades básicas de saúde. *Rev. Eletrôn. Enferm.*, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 178-188, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a16.htm>>. Acesso em: 29 jul. 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009*. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.
- DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Gonçalves de. Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 195-223.
- FLICK, Uwe. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- FOUCAULT, Michael. *História da loucura na Idade Clássica*. 6. ed. reimpressão. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- GONZALEZ REY, Fernando. *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Thomson, 2005.
- HORTA, Wanda Aguiar. *Processo de enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.
- KANTORSKI, Luciane Prado et al. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 317-324, 2005.
- LIMA, Maria da Glória; SILVA, Graciete Borges. A reforma psiquiátrica no Distrito Federal. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 57, n. 5, p. 591-595, set./out. 2004.
- LOYOLA, Cristina Maria Douat. Notas sobre o cuidar em enfermagem psiquiátrica. In: CAVALCANTI, Maria Tavares; FIGUEIREDO, Ana Cristina; LEIBING, Annette (Org.). *Por uma psiquiatria inquieta*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008. p. 64-68.
- LUCCHESI, Roselma; BARROS, Sônia. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 152-60, 2009.
- MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 672-677, 2003.

- MACHADO, Márcia Maria Tavares; LEITAO, Glória da Conceição Mesquita; HOLANDA, Francisco Uribam Xavier de. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 723-728, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500017>>. Acesso em: 29 jul. 2012.
- MASCARENHAS, Nildo Batista et al. Sistematização da assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus e insuficiência renal crônica. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 64, n. 1, p. 203-208, jan./fev. 2011.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.
- MIRANDA, Cristina Loyola. *O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do campo asilar*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1997.
- MORAES, Ana Emília Cardoso et al. Implantação da reforma psiquiátrica no município de volta redonda: implicações para a enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 526-535, jul./set. 2010.
- NASCIMENTO, Keyla Cristiane do et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 643-648, 2008.
- OLIVEIRA, Deyse Cardoso et al. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 521-526, out./dez. 2009.
- PRANDONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Sousa; SPRICIGO, Jonas Salomão. A reforma psiquiátrica possível e situada. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 357-365, 2006.
- RINALDI, Doris Luz; LIMA, Maria Cândida Neves de. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. *Mental*, Barbacena, v. IV, n. 6, p. 53-68, jun. 2006.
- ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., Benilton; AMARANTE, Paulo (Org.). *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.
- SAMPAIO, Lucimar Aparecida Barrense Nogueira; PELLIZZETTI, Nazare. Método científico: instrumento básico da enfermeira. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow (Org.). *Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência*. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 25-38.
- SANTOS, Sueli Maria dos Reis et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-130, jan./mar. 2008.
- SILVA, Ana Luisa Aranha; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidado. *Rev. Latino-am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 800-806, nov./dez. 2003.
- SILVA, Rudval Souza da; SANTOS, Maria Helena Evangelista Rios. Sistematização da assistência de enfermagem como uma estratégia para a autonomia do enfermeiro. *Nursing*, São Paulo, v. 36, n. 12, p. 435-442, 2009.
- SOARES, Régis Daniel et al. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 110-115, jan./mar. 2011.
- TAQUETTE, Stella. Doenças psicossomáticas na Adolescência. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 22-26, 2006.
- VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-741, nov./dez. 2004.

Submissão: 19/12/2011

Aceito: 28/6/2012

