



ALESSANDRO MARQUES DOS SANTOS

**ESTUDO DAS REFERÊNCIAS QUE DIRECIONAM O PROCESSO DE
CONSTRUÇÃO DO ENFERMEIRO CUIDADOR DE PESSOAS
MENTALMENTE DOENTES**

RIO GRANDE

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ESTUDO DAS REFERÊNCIAS QUE DIRECIONAM O PROCESSO DE
CONSTRUÇÃO DO ENFERMEIRO CUIDADOR DE PESSOAS
MENTALMENTE DOENTES

ALESSANDRO MARQUES DOS SANTOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem e Saúde para indivíduos e grupos sociais.

ORIENTADORA: DR.^a MARA REGINA SANTOS DA SILVA

Rio Grande
2016

S237e

Santos, Alessandro Marques dos

Estudo das referências que direcionam o processo de construção do enfermeiro cuidador de pessoas mentalmente doentes./ **Alessandro Marques dos Santos**. – Rio Grande: FURG, 2016.

126f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, BR-RS, 2016. Orientadora: Mara Regina Santos da Silva.

1.pessoal de saúde. 2.saúde mental. 3. enfermagem psiquiátrica. 4.prática profissional. 5. ensino. I. Silva, Mara Regina Santos da, or.

CDD 610.73

ALESSANDRO MARQUES DOS SANTOS

**REFERÊNCIAS QUE DIRECIONAM O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO
ENFERMEIRO CUIDADOR DE PESSOAS MENTALMENTE DOENTES**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 28 de março de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



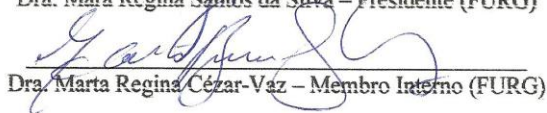
Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA

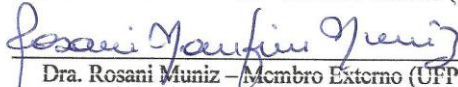


Dra. Mara Regina Santos da Silva – Presidente (FURG)



Dra. Marta Regina César-Vaz – Membro Interno (FURG)

Dra. Francisca Lucélia Farias – Membro Externo (UNIFOR)



Dra. Rosani Muniz – Membro Externo (UFPEL)

Dra. Marlene Teda Peizer – Suplente Interno (FURG)

Dra. Ingrid Elsen – Suplente Externo (UFSC)

Dedico este trabalho aos meus pais Valter Vieira dos Santos (in memoriam) e Nara Regina Marques dos Santos pela confiança depositada durante toda a minha vida. Vocês foram meu espelho de honestidade, integridade, amor e cuidado ... Papai esteja você onde estiver ... minha saudade e reconhecimento pelo Grande Homem que você foi e sempre será no meu coração!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus e a todos os Mentores de Luz que iluminaram meu caminho nos momentos em que me senti perdido e com vontade de desistir... muito obrigado!!!

À minha Família, em especial a minha Mãe Nara, meus irmãos Alex e Cinara, pelo apoio, carinho, incentivo e compreensão, sei que mesmo de longe sempre torcem pela minha vitória.

Ao Sérgio Klein, Meu Companheiro, pela dedicação de estar sempre ao meu lado entendendo e aceitando meus momentos de ausência... tenha certeza que o que Deus uniu o Homem jamais terá força de desunir...

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, em especial a Prof^a. Dra. Mara Regina Santos da Silva, que há dez anos sempre foi muito mais que uma orientadora. Nos momentos difíceis soube ser uma Grande Amiga, agradeço-lhe pelas palavras de incentivo, respeitando meus momentos de dificuldades.

À minha "filhota" do coração Eduarda Ramis Pontes, um Anjo que Deus colocou nas nossas vidas para nos fazer sorrir e entender que com luta tudo é possível.

Às colegas do Curso de Enfermagem da UCPEL que sempre confiaram no meu trabalho e estiveram disponíveis em ajudar quando precisei.

Aos meus alunos da Enfermagem/UCPEL pelo incentivo de sempre continuar crescendo como profissional.

Aos colegas do curso de doutorado, agradeço os bons momentos que passamos juntos, em especial as amigas de almoço, boas risadas e trabalhos em grupos: Gabriele, Maria Emília e Diana.

Aos Enfermeiros participantes desse estudo pelo acolhimento e disponibilidade em ajudar de forma singular na construção deste trabalho.

Aos membros da Banca Examinadora por compartilharem conhecimentos nesta caminhada.

A Coordenação do Curso de Enfermagem da UCPEL, Prof. Luciene Primo, que soube entender meus momentos de ausência, obrigado pelo incentivo e confiança.

E a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

SANTOS, Alessandro Marques dos. Referências que direcionam o processo de construção do enfermeiro cuidador de pessoas mentalmente doentes. 2016. 126f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O processo de construção do Enfermeiro cuidador mobiliza variáveis de natureza afetiva, cognitiva, social e biológica, as quais influenciam as múltiplas interações que esse sujeito vivencia em todo seu ciclo de vida, nos diferentes contextos em que atua e se constrói como profissional. Sustentado nesta posição teórica, este estudo tem como objetivo geral compreender a relação entre a prática desenvolvida por enfermeiros que cuidam de pessoas mentalmente doentes e os saberes que se agregam à formação/construção destes profissionais, em diferentes contextos. Especificamente objetiva: (1) Identificar as experiências familiares que influenciam na construção/formação do Enfermeiro cuidador de pessoas mentalmente doentes; (2) Identificar as referências teórico/práticas que prioritariamente influenciam na formação/construção do Enfermeiro cuidador de pessoa mentalmente doente; (3) Identificar nas experiências vivenciadas na família, na vida acadêmica e profissional, o processo de construção do enfermeiro para cuidar de pessoas mentalmente doentes.

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, cujos dados foram coletados em três hospitais gerais, nas unidades de clínica médica, clínica cirúrgica, hospital dia HIV/AIDS, pronto socorro; cinco centros de atenção psicossociais (CAPS I, II, III e AD); dois hospitais psiquiátricos; três unidades básicas de saúde com Estratégia de Saúde da Família, localizadas nas cidades de Pelotas/RS e Rio Grande/RS, através de entrevistas semiestruturadas, realizadas com trinta Enfermeiros, com ênfase nas experiências familiares, acadêmicas e profissionais, que o habilitam como cuidador de pessoas mentalmente doentes. Os dados foram submetidos à análise textual discursiva, balizada pela Teoria bioecológica do desenvolvimento humano, a qual possibilita compreender as interações entre seres humanos, em diferentes contextos nos quais convivem. Os resultados mostraram que o enfermeiro se constrói cuidador, a partir das vivências aprendidas na família, as quais incorpora os princípios, valores e saberes, com base na formação cultural repassada pela família. Os valores como a honestidade e o respeito, são transportados para a vida acadêmica, quando associam ao seu fazer com as Teorias e Práticas da Enfermagem. Estas aptidões são desenvolvidas e aprofundadas na vida profissional com as relações de proximidade entre o enfermeiro e as pessoas que fazem parte de seu cotidiano de trabalho. As relações face a face vivenciadas na família se perpetuam e se transformam em práticas de cuidados, considerando a pessoa mentalmente doente como um ser singular que necessita cuidados, momento em que se mantém as relações interpessoais e a empatia. Assim, se confirma a tese que o enfermeiro nos diferentes contextos de cuidados, seja na vida familiar, acadêmica e profissional, se constrói como cuidador de pessoas mentalmente doentes, conforme as relações que estabelecem nas diferentes etapas dos ciclos de vida. Salienta-se ainda que nesta árdua tarefa de se construir cuidador os enfermeiros enfrentam barreiras, pois alguns deles não possuem a aptidão para cuidar em saúde mental. Porque, não se identificam com esta disciplina, a saúde mental, os serviços não proporcionam capacitações específicas para o cuidado, mas ainda assim, estes profissionais proporcionam os cuidados a pessoa mentalmente doente.

Descritores: Pessoal de saúde. Saúde mental. Enfermagem psiquiátrica. Prática profissional. Ensino.

ABSTRACT

SANTOS, Alessandro Marques dos. References that orientate the preparation process of nurse caregivers for mentally ill people. 2016. 126f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Nursing School. Nursing Postgraduate Program, Federal University of Rio Grande do Sul, Rio Grande

The context of nurse caregivers' preparation involves affective, cognitive, social and biological aspects, which are influenced by multiple interactions these individuals experience in their whole life cycle, in the different contexts in which they act and establish themselves as professionals. Supported by this theoretical approach, this study aims at understanding the relationship between the work developed by nurses who work with mentally ill people and how the knowledge acquired contributes to their formation/growth as professionals, in different contexts. It aims specifically at: (1) Identify which family experiences influence the formation/growth of the nurse caregiver of mentally ill people; (2) Identify the practical/theoretical references that influence the formation/growth of the nurse caregiver of mentally ill people the most; (3) Identify amongst family, academic and professional experiences, the process nurses undergo to become caregivers for mentally ill people. It's a qualitative, descriptive and exploratory study, in which the data was collected from 3 general hospitals, in the units of medical clinic, surgical clinic, HIV/AIDS hospital, emergency unit; five centres of psychosocial attention (CAPS I, II, III e AD); two psychiatric hospitals; three basic health units with Family Health Strategy, in the cities of Pelotas/RS e Rio Grande/RS, through semi-structured interviews, answered by thirty nurses, emphasizing academic, professional and family experiences, that they go through as caregivers of mentally ill people. The data underwent discursive textual analysis, delimited by the Biological Theory of Human Development, which enables us to understand the interactions between human beings, in different contexts in which they cohabit. The results showed that the nurse becomes a caregiver from shared experiences with the families, and families' knowledge, values and principles are incorporated by the nurse. Values such as honesty and respect are visible in their academic lives, when they associate their work with the Theories and Practices of Nursing. These aptitudes are developed and deepened in their professional lives with the proximity between nurses and people who are part of their everyday working lives. The face to face relationships within the families perpetuate and change into caring practice, considering the mentally ill person as a singular being that needs care, moment in which the interpersonal relationships and empathy take place. So, it is confirmed the thesis that nurses in different care contexts, whether in family lives, or academic and professional life, becomes a caregiver for mentally ill people, according to the relationships established in different life cycle phases. We point out that in this arduous task of becoming caregivers, nurses face obstacles, for some of them don't have the aptitude for working in mental health. Because they don't relate to this subject, their caring show signs of lack of specific training, but still, these nurses provide care to the mentally ill people.

Descriptors: Health Staff. Mental Health. Psychiatric Nursing. Professional Practice. Teaching.

RESUMEN

SANTOS, Alessandro Marques dos. Referencias que direccionan el proceso de construcción del enfermero cuidador de personas mentalmente enfermas. 2016. 126f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal del Rio Grande, Rio Grande.

El proceso de construcción del enfermero cuidador moviliza variables de naturaleza afectiva, cognitiva, social y biológica, las cuales influyen las múltiples interacciones que ese sujeto experimenta en todo su ciclo de vida, en los diferentes contextos en que actúa y se construye como profesional. A partir de esta posición teórica, esta pesquisa tiene como objetivo general comprender la relación entre la práctica desarrollada por enfermeros que cuidan de personas mentalmente enfermas y los saberes que se agregan a la formación/construcción de esos profesionales en diferentes contextos. Específicamente objetiva: (1) Identificar las experiencias familiares que influyen en la construcción/formación del enfermero cuidador de personas mentalmente enfermas; (2) Identificar las referencias teórico/prácticas que prioritariamente influyen en la formación/construcción del enfermero cuidador de persona mentalmente enferma; (3) Identificar en las experiencias familiares, en la vida académica y profesional, el proceso de construcción del enfermero para cuidar de personas mentalmente enfermas. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, cuyos datos han sido colectados en tres hospitales generales, en las unidades de clínica médica y clínica de cirugía, hospital de asistencia a los portadores de HIV/AIDS, primeros auxilios; cinco centros de atención psicosociales (CAPS I, II, III y AD); dos hospitales psiquiátricos; tres unidades básicas de salud con Estrategia de Salud de la Familia, localizadas en las ciudades de Pelotas/RS y Rio Grande/RS, a través de entrevistas semiestructuradas, realizadas con treinta Enfermeros, con énfasis en las experiencias familiares, académicas y profesionales las cuales habilitan el profesional como cuidador de personas mentalmente enfermas. Los datos fueron sometidos a un análisis textual discursivo, basada por la Teoría bioecológica del desarrollo humano, la cual posibilita comprender las interacciones entre seres humanos, en diferentes contextos en los cuales conviven. Los resultados mostraron que el enfermero se vuelve cuidador a partir de las experiencias aprendidas en el ciclo familiar, las cuales incorporan los principios, los valores y los saberes basados en la formación cultural repasada por la familia. Los valores como la honestidad y el respeto son transmitidos para la vida académica y asociados a las Teorías y Prácticas de Enfermería. Estas aptitudes son desarrolladas y profundizadas en la vida profesional como las relaciones de proximidad entre el enfermero y las personas que forman parte de su cotidiano de trabajo. Las relaciones experimentadas en la familia se perpetúan y se transforman en prácticas de cuidados, considerando la persona mentalmente enferma como un ser singular que necesita cuidados, momento en que se mantiene las relaciones interpersonales y la empatía. Así, se confirma la tesis que el enfermero, en los diferentes contextos de cuidados, sea en la vida familiar, académica y profesional, construye su perfil como cuidador de personas mentalmente enfermas según las relaciones establecidas en las diferentes etapas de los ciclos de su vida. Es importante destacar que en la ardua tarea de construcción del perfil del cuidador los enfermeros enfrentan obstáculos, pues ni todos tienen la aptitud para trabajar con los problemas relacionados a la salud mental. Eso ocurre debido al hecho de la falta de identificación de algunos enfermos con esta asignatura, la salud mental, además los servicios no proporcionan capacitaciones específicas para el cuidado, pero mismo así, esos profesionales proporcionan los cuidados a la persona mentalmente enferma.

Descriptorios: Personal de salud; Salud mental; Enfermería psiquiátrica; Práctica profesional, Enseñanza.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
Objetivo geral:	26
Objetivos específicos:.....	26
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	34
3.1 A Política Nacional em Saúde Mental e o cuidado humano	34
3.2 A atuação do enfermeiro em diferentes contextos da prática em saúde mental ...	36
3.3 A formação acadêmica do enfermeiro para cuidar da pessoa mentalmente doente	46
4 METODOLOGIA.....	51
4.1 Tipo de Estudo.....	51
4.2 Participantes do Estudo e Locais onde será desenvolvido	52
Participantes do Estudo	54
4.3 Procedimentos para a coleta de dados	54
4.4 Análise de Dados	55
4.5 Aspectos Éticos	58
5.1 ARTIGO I - A influência familiar na construção do enfermeiro que cuida de pessoas mentalmente doentes	62
5.2 ARTIGO II - A enfermagem em suas teorias e práticas: a construção do acadêmico para cuidar em saúde mental*	77
5.3 ARTIGO III - As vivências familiares, acadêmicas e profissionais: na construção do enfermeiro para cuidar em saúde mental	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
REFERENCIAS	114
APÊNDICE A	122
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122
APÊNDICE B.....	124
Roteiro de Entrevista	124

1 INTRODUÇÃO

É nos diferentes contextos onde concretiza sua existência que o sujeito se constrói, a partir das interações recíprocas que vivencia, em uma direção determinada pela qualidade dessas interações, dos vínculos, da comunicação que estabelece com outras pessoas em seu ambiente e, ainda, pelos afetos e desafetos que se expressam principalmente no interior do grupo familiar. Embora as transformações sociais desempenhem papel importante na vida familiar, sozinhas não determinam os rumos da construção do sujeito. Elas apontam sim para a valorização dos anseios psíquicos individuais, para o reconhecimento da subjetividade e para a importância do sujeito e do individual no âmbito familiar (SARTI, 2000; BRONFENBRENNER e MORRIS, 1998).

O sujeito em construção tem como suporte primeiro a família e, ao mesmo tempo que a constrói de forma participativa, também (re) constrói a si mesmo, destacando sua singularidade, na medida em que é detentor e faz uso de suas possibilidades de escolhas. No emaranhado de interações entre sujeito-família; família-sujeito; e sujeito-sujeito, o processo de construção de um ser humano se desenrola envolvendo pessoas, objetos e símbolos do ambiente que o rodeia e tornando-o apto a construir a visão de si mesmo e do mundo, e atribuir significados a suas vivências pessoais.

Para Foucault (2004) o sujeito não é dado, mas algo a ser constituído, sendo apenas um coadjuvante, sem portar racionalidade e decorrente do seu processo histórico. É um sujeito com uma identidade própria, detentor de saberes, provido de conhecimento adquiridos no desenrolar do seu processo histórico, ainda expressa uma identidade e a reconhece como sua, que Foucault (2004) chama de processo de subjetivação. A partir dos processos de subjetivação, o homem se compreende como sujeito legítimo de determinado tipo de conhecimento, identificando a percepção de si mesmo na relação sujeito-objeto (FOUCAULT, 2004). Já os processos de objetivação são mecanismos que tornam o homem um objeto do conhecimento, envolvendo processos disciplinares que tendem a torná-lo dócil politicamente e útil economicamente. A objetivação e a subjetivação são, portanto, segundo Foucault (2004), processos complementares da constituição do sujeito, determinados como jogos de verdade.

Nesta perspectiva, o sujeito é caracterizado não em uma forma única, fechada em seu universo como algo abstrato, mas como uma forma diferente de si mesma, atribuindo-se a isso as diferentes interações, as quais enfrenta no decorrer de sua constituição. Foucault (1985) ressalta que em cada relação/interação que o sujeito

estabelece, se posicionará de uma maneira diferente, em conformidade com os processos de subjetivação e objetivação.

Com base nesta premissa, este estudo busca compreender o processo de construção/formação do enfermeiro que cuida de pessoas mentalmente doentes, considerando os diferentes contextos onde esse processo se desenrola. Inicialmente, é na família com o aprendizado de valores culturais os quais carregam por toda a vida, dentre eles o respeito, a honestidade, a preocupação com o outro, pautados na definição acerca do certo ou do errado, do que se deve ou não fazer. Estes saberes instituídos e formalizados na vida familiar são regidos pela sociedade, que institui um poder sobre as pessoas e as relações sociais.

A sociedade se disciplina através da linguagem de ideias que se proliferam indefinidamente caracterizando uma sociedade de discurso, camuflando o poder, e fazendo com que os indivíduos atendam as ordens sociais, principalmente, sendo um indivíduo dócil e economicamente útil, que reproduz os modelos aceitos socialmente (FOUCAULT, 2004).

Mais tarde, a instituição escolar tem a função de “modelar”, “adestrar” o sujeito, fazendo-o entender quais as ideias e discursos apropriados dentro do contexto social, funcionando como apoio a verdade, ou seja, a verdade instituída socialmente. A forma utilizada pela instituição escolar para promover este “adestramento” aos indivíduos é valorizando e repassando o saber. Dessa forma, a escola dita as regras impostas pelo saber dominante, principalmente, o saber científico, forçando o sujeito a sujeitar-se a uma ideologia e reproduzir os discursos apreendidos (FOUCAULT, 2004).

Salienta-se que esta inserção de saberes familiares, induzidos por crenças e valores sociais, reproduz também, os estigmas e preconceitos relacionados a tudo que não é “normal”, incluindo, muitas vezes, as pessoas mentalmente doentes, o que repercute negativamente nas práticas de cuidados do enfermeiro, durante sua vida acadêmica e profissional. Assim, o enfermeiro se constrói como cuidador a partir da bagagem de experiências e saberes acumuladas ao longo da vida, nos diferentes contextos em que vive e atua. Nessa perspectiva, é coerente afirmar que este profissional aprende a cuidar incorporando os saberes, as crenças e os valores que orientam e sustentam a vida familiar onde, por exemplo, aprende a cuidar de si e das pessoas a sua volta, seja dos idosos ou dos irmãos menores.

Em etapa posterior, na vida acadêmica, o enfermeiro se constrói como cuidador a partir de uma bagagem de saberes que o capacitam e possibilitam promover o bem-estar

às pessoas sob seus cuidados. Além disso, conforme avança em seus aprendizados acadêmicos, ele aprofunda seus conhecimentos e as práticas de cuidados se aperfeiçoam, possibilitando se identificar mais com determinada área do conhecimento, mas não em detrimento de outras, porque ele está apto a prestar cuidados nas mais diferentes áreas do conhecimento da enfermagem, em virtude de sua formação generalista.

Na vida acadêmica, o enfermeiro em construção/constituição é instrumentalizado a cuidar de pessoas, a partir de elementos que em conjunto vão moldar a maneira como cuida das pessoas: o saber científico, normatizado pela Ética Profissional que regula sua prática e seu comportamento frente a sociedade e a pessoa sob seus cuidados. No entanto, o acadêmico de enfermagem, muitas vezes, apresenta dificuldades em cuidar, especificamente, das pessoas com transtornos mentais e, de certa forma, expressa em suas atitudes, a influência familiar e social que não aceita a singularidade e subjetividade das pessoas mentalmente doentes.

Foucault (2004) ressalta que a partir do momento em que o sujeito tem consciência de que a sociedade constrói todo um discurso ao qual ele é moldado, ele passa a ter voz ativa sobre suas ações, isso não significa ter total liberdade sobre seu agir e pensar, mas terá ao menos consciência e visão do jogo de ideologias ao seu redor, e poderá questionar a verdade condicionada pelas instituições que detêm o poder (FOUCAULT, 2004). Dessa forma, este enfermeiro em construção, apesar de suas concepções familiares e sociais tem o dever de cuidar em qualquer instância do ser humano, visto que a Lei do Exercício Profissional o obriga, mediante ao Código de Ética de Enfermagem, desenvolver as práticas de cuidados de Enfermagem nos diversos contextos nos quais está inserido.

Mais tarde, já como profissional, o enfermeiro, efetivamente, incorpora estes elementos que contribuem e, ao mesmo tempo, sustentam as formas e maneiras de cuidar das pessoas, especificamente neste estudo, as pessoas mentalmente doentes, que utilizam os diferentes serviços de saúde onde o enfermeiro está inserido, independente da área específica. Além do Código de Ética e da Lei do Exercício Profissional, outros elementos são estabelecidos para que os cuidados sejam efetivos e tenham uma base norteadora que sustente a prevenção e promoção de saúde. Tais elementos são formalizados a partir dos programas do Ministério d'a Saúde, prioritariamente, na Legislação e normas que regem o Sistema Único de Saúde, que prioriza a integralidade, a equidade e a interdisciplinaridade nas ações de saúde, bem como as Políticas Públicas de Saúde. Além disso, outros elementos são importantes nesta construção do enfermeiro, particularmente,

as normas e rotinas que as instituições de saúde estabelecem para orientar as práticas de gestão e a organização desses serviços.

Em relação a vida profissional, a construção do enfermeiro, está previamente normatizada pela Lei do Exercício Profissional, nos Deveres orientados pelo Código de Ética da Enfermagem. Entretanto, ainda se observa uma maior preocupação deste profissional com a cura das doenças, priorizando o corpo enfermo à totalidade do ser humano. Salienta-se que o cuidado de enfermagem assumiu perspectivas alicerçadas no pensamento científico moderno, absolutamente intervencionista embasados em políticas e programas governamentais, de certa forma, impositivos ao modo de viver e pensar das pessoas (VIEIRA e SILVEIRA, 2011).

Observa-se que o enfermeiro desenvolve desde sua formação, um poder disciplinar, sujeitando os pacientes às normas, priorizando às rotinas e regras institucionais, determinando sua forma de cuidar moldado na disciplina e padrões e, ao mesmo tempo, interferindo nas formas de agir e pensar de seus pacientes. Especificamente, quando se trata da pessoa mentalmente doente, estes descuidados se tornam mais rigorosos e possuem um sentido punitivo e de vigília, pois o ser humano mentalmente doente ainda é considerado um perigo social, alguém que perdeu sua identidade para a loucura.

Nesse longo processo de tornar-se enfermeiro, estão envolvidas, portanto, variáveis de natureza afetiva, cognitiva, social e biológica, as quais estão presentes nos diferentes contextos onde ele se constrói como ser humano e profissionalmente, incluindo a família, a etapa de formação acadêmica e a vida como profissional em uma instituição de saúde (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998; BRONFENBRENNER, 2005). Na família, por exemplo, o sujeito aprende as primeiras concepções de cuidados, experienciando sua função de cuidador, pois incorpora esses saberes e práticas da vivência desde as etapas iniciais da vida. Neste contexto, se produzem os cuidados essenciais à saúde, evidenciados desde as interações afetivas para o desenvolvimento da saúde mental e da personalidade madura de seus membros, aos cuidados relacionados com as necessidades básicas, como a higiene e alimentação, com vistas à manutenção da saúde das pessoas. Essas ações concretas no cotidiano das famílias permitem o reconhecimento da doença, a procura dos serviços para a solução de problemas e incentiva o autocuidado, estabelecendo o apoio emocional entre seus membros (GUTIERREZ e MINAYO, 2010).

Geralmente, é no âmbito da família que os cuidados em saúde são reproduzidos, e repassados ao longo do tempo, às vezes, de geração em geração, adaptados à cultura, às crenças e aos costumes. Nas interações face a face entre os membros da família, os cuidados são apreendidos e repassados, com um vínculo afetivo associado, cuja essência traduz a preocupação, no núcleo familiar, de uns em relação aos outros. Neste contexto, inicia o processo de construção do enfermeiro cuidador, salientando que as interações entre os membros da família são significativas, pois desempenham papel importante na construção do ser humano.

Todavia, quando se trata da pessoa mentalmente doente, nem sempre as interações são de cuidado. Possivelmente pela natureza crônica e estigmatizada socialmente do transtorno mental, as interações entre as pessoas da família, são influenciadas pelo impacto, geralmente, negativo, que reveste a experiência de conviver com o transtorno mental em um familiar ou uma pessoa próxima. A família, frequentemente, vivencia esta situação de maneira solitária e isolada, em virtude da dificuldade de enfrentar os preconceitos sociais e de seus próprios membros que ainda repudiam a pessoa mentalmente doente e a afasta do convívio em sociedade. Nesta situação, a família como o primeiro espaço onde o sujeito aprende a cuidar do outro, passa a ser *o lócus* de descuidado, pois são mais fortes e impactantes os preconceitos e estigmatizações arraigados.

Particularmente, quando o transtorno mental se manifesta em um de seus membros, o sistema familiar sente as repercussões que a condição provoca. A família, possui dentre outras funções, a responsabilidade de proteger e socializar seus entes queridos, mas com a doença instalada em seu cotidiano, todo o sistema se torna impotente e, ao mesmo tempo, falho em virtude do transtorno mental atuar sobremaneira na constituição existencial do doente. Por essa entre outras razões, cabe destacar que a doença mental não afeta apenas a pessoa doente, mas atinge a família como um todo. Na condição de adoecimento, o sistema familiar fica fragilizado e, muitas vezes, sofre juntamente com seu familiar doente, visto que a pessoa doente é parte constituinte do núcleo familiar (NUNES e TORRENTÉ, 2009; PINHO et al, 2010;2012).

Nesta situação, a família que preconiza o cuidado como uma das formas de interações entre seus membros, sofre com os efeitos da sobrecarga de cuidar, principalmente, o familiar cuidador, pois este altera sua rotina de vida e seus projetos pessoais em detrimento do cuidado ao outro. Evidencia-se, assim, que mesmo no cotidiano da família, geralmente, local de interações positivas entre as pessoas, a

experiência de cuidar de um familiar com transtorno mental, transforma-se em uma densa tarefa permeada, muitas vezes, por sentimentos ambivalentes e relações conflituosas.

Durante muito tempo a família foi considerada a responsável pela produção da loucura e do “louco”. Por sua influência, desencadeavam-se os primeiros sintomas da loucura e também a evolução e manutenção destes. À própria família eram atribuídos os desequilíbrios e a perda da razão de seus membros, incluindo a incompetência familiar em disciplinar do “louco”. Frequentemente, era acusada de ceder aos impulsos do familiar doente em razão, na maioria das vezes, do medo, da violência e as expressões de hostilidade aos quais poderia estar submetida (PEGORARO, 2009; BORBA et al, 2011).

A doença produz na família sentimentos de depressão, tristeza e impotência, principalmente na pessoa mais diretamente responsável pelo cuidado do doente. Além disso, geralmente é associada com incapacidades da pessoa doente, sentimentos de negação, revolta e atitude crítica em relação à doença e à pessoa doente. É nessas condições que emerge, na maioria das vezes, o descuido familiar (SANT’ANA et al, 2011; GOMES e MELLO, 2012).

Esta maneira de perceber a pessoa mentalmente doente é vivenciada pelo enfermeiro em diferentes contextos, onde seu ciclo de vida se completa. Inicialmente nas interações familiares, mais tarde, na vida escolar e acadêmica, quando, então passa a interagir com os amigos e pessoas próximas, trocando experiências (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998). Com isso, se reproduzem os modelos de ser e de viver no grupo em que está inserido, sendo que um desses modelos, frequentemente encontrados, é a desvalorização da pessoa mentalmente doente. Esta, na maioria das vezes, é afastada do grupo por “ser diferente”, reforçando o estigma e a marginalização em relação ao “louco”.

Na vida acadêmica, a construção/formação do enfermeiro acontece prioritariamente pela incorporação de práticas e saberes, embasados em um conhecimento técnico-científico que lhe possibilitará atuar profissionalmente, regido pelo Código de Ética da profissão (COREN/RS, 2014). Com uma formação idealmente generalista, humanista, crítica e reflexiva, preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), o enfermeiro deverá estar apto a cuidar das pessoas em qualquer área da enfermagem (BRASIL, 2004; FERNANDES et al, 2009; MAURER et al, 2013). Mesmo que recentemente graduado, o enfermeiro pode assumir responsabilidades técnicas e de cuidados nos diferentes ambientes, seja em centros de tratamento intensivo, centro

cirúrgico, unidades de urgência e emergência, unidades de clínica médica ou cirúrgica, maternidade ou pediatria, visto que sua formação o habilita para o cuidado generalista.

Ainda, com base nas DCNs, a formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, enfatizando as recomendações do Sistema Único de Saúde (SUS), e assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento, dotando o profissional de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas para várias competências, dentre elas: intervir no processo saúde/doença responsabilizando-se pela qualidade do cuidado de enfermagem, nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2004; FERNANDES et al, 2009; MAURER et al, 2013).

Entretanto, quando se trata de Saúde Mental, se faz necessário uma complementação de saberes e práticas para esta área específica. Observa-se, entre os alunos de graduação em enfermagem, certo distanciamento em relação à pessoa mentalmente doente e, muitas vezes, até com o próprio serviço de saúde especializado, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Este comportamento do acadêmico pode estar vinculado a mecanismos intrapsíquicos de autoproteção e defesa e/ou, ainda, a partir de suas representações culturais sobre a doença, justificado pelo estigma que a doença mental carrega em sua história. Frequentemente, verifica-se, também, certa dificuldade dos alunos e dos profissionais para compreender o que o paciente expressa e, ao mesmo tempo, integrar essa expressão no planejamento do cuidado de enfermagem (STEFANELLI et al, 2008; FERNANDES et al, 2009; MAURER et al, 2013; VILLELA et al, 2013; OLIVEIRA et al, 2013; MARCOLAN e CASTRO, 2013).

Destaca-se, ainda, que muitos acadêmicos de enfermagem manifestam medos e angústia em relação à disciplina de saúde mental. Em virtude disso, frequentemente, referem não saber como se comportar, ou o que falar com a pessoa mentalmente doente. Além disso, na maioria das vezes, o aluno rotula o doente como agressivo e imprevisível, possivelmente pelos saberes que acumulou e o senso comum que rotula a pessoa mentalmente doente como um ser perigoso (FERNANDES et al, 2009; MAURER et al, 2013; VILLELA et al, 2013; OLIVEIRA et al, 2013).

O docente que ministra esta disciplina deseja um aluno comprometido com a singularidade do usuário, com potencial para compartilhar e trocar conhecimentos que viabilizem a capacidade crítica do estudante e, ao mesmo tempo, preocupado com o cuidado individualizado e inserido na realidade da pessoa mentalmente doente e de sua família, observando, assim, este usuário em sua integralidade. Este processo de ensino-aprendizagem deve ser individualizado e processual, estimulando a compreensão de cada

aluno acerca de seu papel como profissional, com vistas à formação que possibilite reflexões e discussões dos saberes e fazeres em saúde mental (SANTOS et al, 2011; RODRIGUES et al, 2012; OLIVEIRA et al, 2013).

Salienta-se, ainda, que neste processo, o acadêmico deveria ser um sujeito ativo da aprendizagem, buscando conhecimentos e experiências, além dos apreendidos em sala de aula, ao ser colocado em situações mobilizadoras de suas capacidades, desenvolvendo atividade intelectual, criadora e expressiva para determinada área do conhecimento (BARROS e CLARO, 2011). A partir disso, possibilitar a interface entre outras áreas, utilizando os saberes e fazeres como base para a construção profissional. Entretanto, observa-se o pouco interesse do acadêmico em refletir acerca de suas práticas de cuidados, restringindo-se a buscar conhecimento técnico, como se isso fosse a única base dos cuidados de Enfermagem (RODRIGUES et al, 2012).

As mudanças nas políticas públicas em saúde mental exigem profissionais críticos, que tenham capacidade de desenvolver uma assistência pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e na singularidade da pessoa mentalmente doente. Assim, a construção do enfermeiro, especificamente na sua formação acadêmica, deveria atender as transformações da assistência psiquiátrica, em um modelo de atenção que privilegie as atividades que favoreçam o processo de inserção social da pessoa mentalmente doente, enfatizando as propostas das políticas públicas em saúde mental (WAIDMANN et al, 2012).

Neste contexto, a construção do enfermeiro, deve estar pautada no conhecimento como ferramenta para a transformação dos processos de trabalho em saúde mental e educação. Desenvolvendo competências e habilidades que contemplem os princípios da Atenção Psicossocial, norteado pelo ensino de enfermagem em Saúde Mental que o possibilite conhecimento nesta área, instrumentalizando-o para sua prática profissional nos diferentes serviços de saúde (STEFANELLI et al, 2008; VILELLA et al, 2013).

A construção do enfermeiro é pautada nos saberes e práticas acumuladas e desenvolvidas e na constituição de conhecimentos teóricos que o instrumentalizam para o cuidado. É um processo sustentado nas interações com as pessoas que lhes são próximas, seja no contexto acadêmico, com professores, nos serviços de saúde em geral, com os pacientes e os familiares. Nesta perspectiva, para serem efetivas, essas interações devem ocorrer em bases sólidas e mantidas por um período de tempo, suficiente que possibilite a trocas entre as pessoas envolvidas neste ambiente de formação para o cuidado humano (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998).

Outros contextos significativos para a construção do enfermeiro, cuidador de pessoas mentalmente doentes, são os serviços de saúde em geral nos quais esse profissional está inserido. É nestes espaços que ocorrem interações face a face, com outros profissionais, usuários e familiares, que também direcionam a maneira de cuidar conforme a necessidade de cada pessoa que procura o serviço. Entretanto, em se tratando de saúde mental, esses serviços de saúde, nem sempre estão organizados para cuidar das pessoas mentalmente doentes e seus familiares. Não tão raramente, as práticas desenvolvidas são de descuido evidenciando, assim, um descompasso entre o que está preconizado nas políticas públicas de saúde, em relação à prática assistencial em saúde mental.

Em geral, nos serviços de saúde existem problemas de infraestrutura, déficit no número de profissionais para cuidar nesta área específica, além do despreparo profissional. O despreparo dos profissionais da saúde, especialmente do enfermeiro, coopera para o descuido da pessoa mentalmente doente, quando necessita de atendimento nos serviços de saúde.

Nos serviços de urgência/emergência, na maioria das vezes, os pacientes são atendidos em salas com outros pacientes sem diagnóstico de patologia mental, sendo alvos de constrangimentos e preconceitos, tanto da equipe de saúde como das demais pessoas neste ambiente. Em se tratando dos serviços especializados, em geral, essas unidades não comportam as demandas dos usuários, pois são reduzidos os espaços físicos em relação ao número de atendimentos. Esta situação habitualmente constrange os pacientes, em virtude de estarem expostos aos outros pacientes e à equipe de saúde. Este tipo de descaso se constitui em desrespeito à pessoa, fere sua integridade pessoal, e configura-se como um ato de descuido por parte do enfermeiro que aprendeu, ao longo de sua vida acadêmica, que não deveria expor as pessoas sob seus cuidados.

As práticas de descuido à pessoa mentalmente doente, podem ser algumas vezes observadas através de agressões físicas como, por exemplo, contenções mecânicas e farmacológicas, violência emocional na forma de desprezo e indiferença do enfermeiro, com julgamentos que depreciam a pessoa mentalmente doente como alguém improdutivo e incapaz de compreender e de se expressar (BONFADA et al, 2012; PAES e MAFTUM, 2013). Em geral, estas práticas de descuidados estão relacionadas aos sintomas produzidos pela doença mental, associados, principalmente, a agitação psicomotora e a agressão verbal, as quais se manifestam pela instabilidade de humor e a condição persecutória instalada pela doença. Todavia, devido ao medo do comportamento

“imprevisível” do paciente, o descuidado pode expressar-se através do distanciamento do paciente, ou da priorização de ações de contenção mecânica e química (PAES e MAFTUM, 2013).

Salienta-se, ainda, o descuidado em relação às necessidades básicas da pessoa mentalmente doente, principalmente, aquelas internadas em unidades de pronto atendimento, urgência e emergência. Os pacientes, em alguns desses serviços, em virtude da contenção química que os levam a perda dos sentidos e descontrole dos esfíncteres, permanecem por horas evacuados e urinados, sem que a equipe de enfermagem realize a higiene necessária. Evidencia-se, nestes casos, descaso e negligência porque, na maioria das vezes, os profissionais desta área da saúde não aceitam o transtorno mental como doença, e realizam ações punitivas (KONDO et al, 2011).

O enfermeiro, na condição de líder da equipe de enfermagem, tem como principal função organizar, gerenciar e orientar seus subordinados à prática de cuidados que incluam a promoção da saúde e do bem-estar das pessoas sob seus cuidados. Entretanto, ao não verificar esses cuidados, identifica-se que o enfermeiro é conivente com tal situação, pois aceita que o paciente com transtorno mental seja negligenciado e até mesmo maltratado.

Ainda, nestes serviços, se observam formas de julgamento e punição à pessoa em sofrimento psíquico. O enfermeiro se utiliza de seu “poder profissional” para manejar a situação de sofrimento com procedimentos que causam maior desconforto ao paciente, como, por exemplo, a introdução de um cateter nasogástrico de maior calibre para demonstrar à pessoa que tentou suicídio que este ato é repugnante socialmente. Salienta-se que a pessoa ao tentar suicídio está insatisfeita com algumas situações de seu cotidiano e precisa do enfermeiro, neste momento, para escutar seus problemas e ajudá-la a encontrar uma melhor forma de enfrentá-los. No que tange aos hospitais gerais, se observa, que o transtorno mental, além de não ser tratado com a devida importância, os pacientes são igualmente expostos a preconceitos dentre as equipes de saúde e dos demais pacientes internados.

Na rede de Atenção Básica, além da estrutura física, os profissionais de saúde referem que não dispõem de tempo suficiente para fazer o acolhimento da pessoa mentalmente doente, que imediatamente é referenciada para o serviço especializado. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), observa-se que são inúmeros os atendimentos de triagem vinculados à problemática da saúde mental e transtornos mentais dos usuários. Estes procuram atendimento para cuidados elementares como verificação de pressão

arterial, curativos, controle de glicemia, mas na entrevista de enfermagem ressaltam problemas da vida cotidiana, que provocam insatisfações pessoais e familiares. Relatam conflitos familiares que causam ansiedade e desprazer com relação às atividades do grupo familiar. Muitas vezes, referem fadiga, cansaço, sem doença aparente, bem como sinais suicidas. Entretanto, observa-se que o enfermeiro geralmente se afasta da problemática evidenciada e prioriza a execução de técnicas de cuidados, essencialmente voltados para as funções biológicas, não se detendo nas questões referentes à saúde mental.

Estes profissionais se intitulam desqualificados para prestar cuidados de saúde mental, aprofundam seus relatos descrevendo falta de paciência para escutar e manejar adequadamente as situações. Não obstante, ressaltam que uma entrevista de enfermagem para se estabelecer a interação com o usuário depende muito tempo e, geralmente, têm inúmeros atendimentos para realizarem, remetendo ao atraso na dinâmica e nas rotinas da unidade.

Entretanto, evidencia-se que o enfermeiro da ESF também tem preconceitos e dificuldades para acolher a pessoa com transtorno mental. Razão pela qual, focalizam suas ações no cuidado com o corpo em detrimento às questões subjetivas. Além disso, não identificam como sua responsabilidade profissional a atenção em saúde mental, desconsiderando na sua prática o conceito ampliado de saúde, proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010; RIBEIRO et al, 2010; AMARANTE et al, 2011, PINHO et al, 2010; 2012), o qual enfatiza um modelo integral à saúde, com a incorporação progressiva de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Na Atenção Secundária em Saúde Mental estão os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), como serviços abertos, comunitários, que prestam atendimento clínico e interdisciplinar diariamente, às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Estes serviços têm como principais objetivos a inserção social das pessoas mentalmente doentes por ações intersetoriais, além de regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e dar suporte à rede básica (BRASIL, 2003; BRASIL, 2007; BRASIL, 2011; MARCOLAN e CASTRO, 2013). Entretanto, a realidade observada é distante da proposta contida nas políticas de saúde mental, no Brasil. Observa-se o distanciamento entre os CAPS e os demais serviços da rede de atenção, em alguns casos se constata a reprodução do modelo manicomial tradicional, preconizando o cuidado farmacológico e internações psiquiátricas para os casos mais graves (MARCOLAN e CASTRO, 2013).

Dessa forma, mostra-se o afastamento das equipes da saúde básica em relação às propostas da atenção psicossocial, comprometendo sob maneira o cuidado à pessoa mentalmente doente. Os serviços estão estagnados, visto os baixos investimentos para a ampliação da rede de atenção psicossocial e a insuficiência em termos de capacitação dos profissionais. Além disso, a articulação entre os CAPSs e os demais serviços de saúde são insuficientes, o que inviabiliza a capacidade desses serviços para os avanços ainda necessários (MARCOLAN e CASTRO, 2013). Observa-se que a constituição teórica das políticas públicas para a atenção psicossocial enfatiza a necessidade de cuidados profissionais que estimulem a autonomia e singularidade das pessoas mentalmente doentes, embasada em serviços especializados para suporte técnico específico no atendimento às diferentes situações de gravidade em saúde mental (MARTINHAGO e OLIVEIRA, 2012). No entanto, os empecilhos técnicos, estruturais e culturais são maiores para que efetivamente a pessoa com transtorno seja cuidada.

Neste contexto, concretiza-se o des cuidado à pessoa mentalmente doente pelo enfermeiro, pois este profissional não consegue estabelecer seu papel na equipe de saúde, e desenvolve práticas que o afastam dos usuários. Suas funções são prioritariamente administrativas, voltada para recursos humanos e materiais, distanciando-se dos cuidados a pessoa mentalmente doente e seus familiares, conforme orientado na Reforma Psiquiátrica (ALMEIDA FILHO et al, 2009; SOARES et al, 2010). Ainda, nestes serviços especializados, via de regra, a demanda supera o contingente de profissionais, os quais assumem responsabilidades além das condições efetivas para executar os cuidados. O enfermeiro se empenha em atender as rotinas da unidade, não se preocupando em estabelecer interações que possibilitem melhores conhecimentos e saberes da verdadeira situação de saúde dos pacientes.

Dentre os casos graves que necessitam atendimento imediato, pessoas com risco de suicídio, por exemplo, são acolhidas e necessitam de agendamento para continuarem frequentando o serviço de saúde. Todavia, são encaminhados a outros serviços que nem sempre atendem as expectativas dos usuários, demonstrando que a equipe de saúde, especialmente o enfermeiro, não consegue responder às necessidades de cuidado das pessoas e, conseqüentemente, distanciando-se da relação de cuidado. Salienta-se que neste microsistema em que atua o enfermeiro, a relação face-a-face com a pessoa mentalmente doente, é o momento de cuidado, de trocar saberes e conhecimento, condicionado às interações mais complexas de forma regular e contínua (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998).

A responsabilidade pelo descuido desses usuários recai, principalmente, sob a incapacidade dos profissionais em cuidar em saúde mental, pela falta de capacitação e conhecimento sobre a doença e as formas de manejar as situações mais graves, e também, pelo estigma produzido pela loucura e pelo louco, evidenciados na história da saúde mental. Além disso, a infraestrutura dos hospitais gerais não comporta a internação psiquiátrica, visto suas especificidades.

Outro fator importante é a ausência da referência e contra referência, considerada como fundamental para a efetivação dos princípios do SUS, e preconizada pela política de atenção psicossocial, mas ainda muito distante das realidades que vivenciam os CAPS e a ESF, bem como a Atenção Básica em geral, certificando a existência de lacunas entre os serviços que comprometem o atendimento em rede na saúde mental.

Evidenciam-se vários fatores determinantes para o descuido da pessoa mentalmente doente; seja nos serviços de saúde que não dispõem de infraestrutura; na qualificação profissional; na formação do enfermeiro, distante das práticas que preconizam a autonomia e a subjetividade do doente. As práticas de cuidados desenvolvidas por estes profissionais estigmatizam e mantem preconceitos; o cotidiano familiar que determina as crenças, os valores e a cultura do enfermeiro, que influencia sua construção pessoal e de cuidador de pessoas. Todavia, quando se trata da pessoa mentalmente doente, muitas vezes, o enfermeiro apresenta dificuldades para se aproximar e manter interações recíprocas de cuidados.

É relevante destacar que um estudo abordando a construção/formação do enfermeiro faz emergir elementos de sua constituição pessoal que podem contribuir para a compreensão e remodelagem da prática desenvolvida com certos pacientes. Vislumbra-se essa relação na perspectiva do que Foucault (1985) denomina como “práticas de si”, “técnicas de si” e “cuidado de si”. Nas “práticas de si”, estão envolvidas a racionalidade e a regularidade que organiza o que o sujeito faz, com caráter sistemático e decorrente em torno da ética, poder e do saber, constituindo-se sua experiência. A dimensão das “práticas de si” inicia na família, onde se apreende os “deveres éticos e morais” os quais estarão presentes em todo o ciclo de vida do ser humano. Dessa forma, o enfermeiro se constrói mediante esses aspectos, indiferente do contexto em que atua, se fará presente os conceitos que embasaram sua formação como pessoa. Está prática, é fomentada nos valores oriundos da família, como determinantes do ético, certo, se deve ou não fazer. Quando no âmbito da família é consolidado, por exemplo, que a doença mental é um sinal de fraqueza, este conceito pré-estabelecido é registrado pelo enfermeiro, desde cedo, que

é impróprio se aproximar das pessoas com transtornos mentais, e na vida acadêmica, e depois como profissional, o enfermeiro apresenta dificuldades em cuidar em saúde mental, visto seus valores éticos e saberes que o condicionam a evitar interações com estes pacientes.

Já as “técnicas de si”, segundo Foucault (1985), constituem-se numa reflexão sobre o modo de vida, sobre a maneira de regular a conduta, de fixar para si os fins e os meios, sobremaneira a forma de constituição do sujeito através das formações e transformações das “relações consigo mesmo” que ocorreram na cultura. Por outro lado, o “cuidado de si”, para o autor, estabelece como o sujeito se constituiu como “sujeito moral”, ou seja, o comportamento real dos indivíduos em relação as regras e valores que lhes são propostos pelo código moral, com a intenção de normatizar suas condutas, regulamentados na cultura e pela sociedade que impõe o comportamento e a maneira de ser e viver das pessoas.

Em virtude disso, se evidencia o descuido aos pacientes que rompem, de certa forma, com os preceitos éticos e morais do enfermeiro, principalmente, às pessoas mentalmente doentes, ou que apresentam sintomatologia para qualquer transtorno mental, dentre eles: esquizofrênicos, suicidas etc. Se observa, com isso, que o enfermeiro é instrumentalizado na vida acadêmica para ser um profissional generalista, mas, sua atuação profissional está centrada em práticas de descuidados influenciado pela sua constituição pessoal, a qual não permite cuidados à pessoa mentalmente doente, pois estas pessoas são identificadas em sua cultura como incapazes de reinserção social.

Assim, este estudo pretende produzir conhecimento para instrumentalizar os enfermeiros a cuidarem, das pessoas mentalmente doentes, mantendo interações recíprocas positivas, com foco no respeito à condição de saúde/doença das pessoas, enfatizando sua autonomia e singularidade, em conformidade com as Políticas em Saúde Mental, principalmente, a Atenção Psicossocial. Além disso, para promover reflexões acerca da construção pessoal dos enfermeiros em relação à doença mental, sendo o cuidado de enfermagem determinante para a saúde dessas pessoas, desde que esse cuidado esteja isento de pré-conceitos e que respeite a condição mental da pessoa/paciente, estimulando sua inclusão social e familiar.

Ainda, pretende-se que o conhecimento produzido neste estudo possa contribuir para que os acadêmicos de enfermagem reflitam acerca de suas concepções pessoais, que influenciam sobremaneira nas práticas de cuidados no transtorno mental. O estudo não pretende a mudança de crenças e costumes apreendidos pelo enfermeiro no decorrer de

sua vida, mas, sim, uma sensibilização frente a pessoa mentalmente doente e sua família, pois é necessário se colocar em prática elementos básicos que norteiam o cuidado de enfermagem, como: as interações pessoais, destacando as necessidades de cuidados das pessoas em sua singularidade; e as práticas de saberes/fazeres na Enfermagem como ciência do cuidado.

No que se refere aos serviços de saúde, este estudo pretende chamar atenção dos gestores para práticas que estimulem o conhecimento de novos saberes para a Atenção Psicossocial, buscando a instrumentalização dos profissionais com capacitação em serviço, educação continuada e permanente, com foco na saúde mental das pessoas. E, de maneira geral, enfatizando as orientações da Política em Saúde Mental para a atenção primária, secundária e terciária, ou seja, trazendo a teoria preconizada para a prática de cuidados.

Assim, este estudo busca responder a seguinte questão de pesquisa: **“Como as interações vivenciadas na família, na vida acadêmica e na vida profissional influenciam na maneira de o enfermeiro cuidar/descuidar das pessoas portadoras de transtornos mentais e seus familiares? ”**.

Com base nesta perspectiva, este estudo defende a seguinte tese:

As experiências vivenciadas desde cedo na família e mais tarde na vida acadêmica e profissional direcionam o processo de formação/construção do Enfermeiro para cuidar/descuidar das pessoas mentalmente doentes.

Objetivo geral:

- ✓ Compreender a relação entre a prática desenvolvida por enfermeiros que cuidam/descuidam de pessoas mentalmente doentes e os saberes que se agregam à formação/construção destes profissionais em diferentes contextos.

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar as experiências familiares que influenciam na formação/construção do enfermeiro cuidador de pessoas mentalmente doentes;
- ✓ Identificar as referências teórico/práticas que prioritariamente influenciam na formação/construção do enfermeiro cuidador de pessoa mentalmente doente;
- ✓ Identificar nas experiências vivenciadas na família, na vida acadêmica e profissional, o processo de formação/construção do enfermeiro para cuidar de pessoas mentalmente doentes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A formação/construção do enfermeiro que trabalha com pessoas mentalmente doentes, é um processo que se constrói a partir das experiências vividas ao longo de sua vida, as quais em conjunto, determinam a direção desse processo no sentido de tornar-se um cuidador ou um profissional que descuida dessas pessoas. Além das crenças e dos valores aprendidos no contexto familiar que o acompanham permanentemente nesta construção, outros fatores que influenciam são alusivos às relações que mantem em outros contextos. Primeiramente, durante a formação acadêmica, quando incorpora saberes e práticas de Enfermagem, com conhecimentos que o preparam para as práticas de cuidados e o exercício dessa profissão, incluindo as funções gerenciais e administrativas.

Em seguida, já profissional, o enfermeiro tem como sua principal função cuidar de pacientes e suas famílias, teoricamente utilizando as bases adquiridas na vida acadêmica, associadas aos saberes que incorpora da própria organização do serviço. Com uma formação generalista, com conhecimentos de administração e supervisão de unidades de internações e o compromisso de manter as normas e as rotinas da instituição, divide o cuidado das pessoas com as atividades de direção e administração, muitas vezes, distanciando-se da prática de cuidar as pessoas.

Este distanciamento, na maioria das vezes, está atrelado às funções administrativas as quais o enfermeiro prioriza em detrimento do cuidado às pessoas sob sua responsabilidade, pois ele atende as necessidades de fiscalização do pessoal de enfermagem, delegando seu papel de cuidador, em função das necessidades e pedidos de material médico-hospitalar para a unidade de internação e escalas de serviços. Especificamente com relação aos pacientes, geralmente, “desconhece” ou negligencia os cuidados que deveriam ser administrados e não reconhece sua responsabilidade para com os pacientes. Assim, as práticas de cuidados passam a ser de descuido, comprometendo a saúde das pessoas.

Tomando como referência, a teoria bioecológica do desenvolvimento humano, a construção do enfermeiro como cuidador pode ser compreendida a partir de uma sequência de processos proximais vivenciados face a face em diferentes contextos. Estes processos se concretizam quando existe aproximação entre as pessoas num determinado contexto onde acontecem as relações, seja, por exemplo, na família, na escola, ou no trabalho (BORNFENBRENNER & MORRIS, 1998). Dessa forma, a construção do enfermeiro cuidador é um processo que envolve as interações vividas em diferentes

contextos nos quais aprendeu a cuidar, especificamente neste estudo, a família, a vida acadêmica e nos serviços como profissional.

A teoria bioecológica está sustentada em uma estrutura teórica com quatro elementos centrais: **Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (PPCT)**, os quais estabelecem relações dinâmicas entre eles (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998). Sob esta perspectiva teórica, o desenvolvimento humano, ou a construção do enfermeiro cuidador no caso deste estudo, é concebido como um fenômeno que se desenrola ao longo do ciclo de vida, numa sequência de interações recíprocas, de complexidade crescente, influenciado pelas características pessoais do sujeito em construção, os diferentes níveis do seu contexto de vida e do tempo histórico no qual está imerso. Este processo de construção se constitui em um fenômeno que envolve continuidades e mudanças, caracterizado por um conjunto de interações que envolve o universo familiar, acadêmico e profissional, em constante reciprocidade (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998).

Para serem efetivas, as interações devem acontecer em uma base razoavelmente estável por longos períodos de tempo. Tais interações no ambiente imediato são denominadas processos proximais. Segundo Bronfenbrenner (2005), um processo proximal envolve a transferência de energia e informação entre um ser humano em desenvolvimento e as pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. Esta transferência pode acontecer em qualquer direção, das características do ambiente para a pessoa em desenvolvimento ou, da pessoa para o ambiente ou, ainda, em ambas as direções, separadamente ou simultaneamente.

Para Bronfenbrenner e Morris (1998), os processos proximais funcionam como motores do desenvolvimento, sendo distintos em termos dos principais resultados que produzem, ou seja, a competência e a disfunção. A competência é a aquisição demonstrada e o posterior desenvolvimento de conhecimento, habilidade ou capacidade para administrar e dirigir o próprio comportamento da pessoa por situações e domínios desenvolventes. O resultado pode ocorrer em diferentes domínios: intelectual, físico, sócio emocional, motivacional ou artístico, dependente da própria pessoa ou em combinação com uma ou mais esferas de atividade. Neste estudo, a competência para cuidar do enfermeiro é constituída a partir das vivências familiares, quando aprende a cuidar das pessoas que o cercam. Além desse contexto, e conforme suas experiências pessoais, no processo do desenvolvimento humano do enfermeiro, ele utiliza concepções dos cuidados apreendidos e os aplica nos grupos do seu cotidiano mais próximo, seja na escola, na vivência com os amigos e até mesmo na comunidade.

O cuidar das pessoas, pelo enfermeiro, se aprimora conforme a evolução dos seus ciclos de vida. Ao se deparar com a vida universitária, o enfermeiro, é instrumentalizado a cuidar das pessoas, a partir de conhecimentos técnicos e científicos que o constrói profissional do cuidado. Nesta etapa, como profissional cuidador, adquire competências moldadas e aprimoradas para o cuidado humano.

Todavia, a disfunção é a manifestação de dificuldades na manutenção do controle e integração de comportamento ao longo de situações e domínios diferentes do desenvolvimento, tendo a exposição como fator de ruptura à extensão de contato entre a pessoa em desenvolvimento e o processo proximal no qual essa pessoa se empenha, resultando numa falha em um dos domínios do desenvolvimento ao longo de seu ciclo de vida (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998).

Evidencia-se essa disfunção, especificamente, nas práticas de cuidados do enfermeiro que, apesar de ser instrumentalizado para cuidar, realiza ações que podem ser caracterizadas como descuidado às pessoas. Na maioria das vezes, este profissional se envolve com práticas administrativas e gerenciais se afastando do paciente, e dessa forma, não atende as expectativas de cuidados. Observa-se, neste contexto, na maioria das vezes, que este enfermeiro mais envolvido nas práticas burocráticas, apresenta dificuldades em estabelecer interações mais próximas com outras pessoas (pacientes), mesmo instrumentalizado na vida acadêmica para cuidar.

Na teoria bioecológica, o desenvolvimento varia sistematicamente como uma função das características da pessoa, inserido no contexto no qual esse fenômeno acontece, sendo que esta variação sistemática é influenciada diretamente pelos quatro elementos centrais, que relacionados viabilizam a compreensão do processo de construção do enfermeiro cuidador: forma, força, conteúdo e direção do desenvolvimento. Neste estudo, as interações recíprocas entre as pessoas em diferentes contextos embasam a construção do enfermeiro, pois são elementos do processo proximal caracterizados como forças dinâmicas, servindo para mobilizar e sustentar a construção do enfermeiro, instigando a busca dos seus limites, detectando suas relações e acumulando ou refinando os conhecimentos que proporcionam esta construção.

Nesta perspectiva, o processo de construção do enfermeiro cuidador é sustentado pelas interações dinâmicas envolvendo características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais, num determinado período de tempo, em um contexto ambiental imediato ou mais remoto denominados microssistemas, mesossistema, exossistema e macrossistema. O microssistema envolve um padrão de atividades, papéis sociais e

interações vividas por uma pessoa, em seu contexto imediato como, por exemplo, a família, a escola e o trabalho.

O mesossistema é o conjunto de microsistemas, constituindo o nicho do desenvolvimento da pessoa, em determinado período, compreendendo as inter-relações de vários ambientes nos quais a pessoa está inserida. O exossistema é formado pelos ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento não está inserida diretamente, mas cujos processos influenciam o comportamento e o desenvolvimento da pessoa. Bronfenbrenner e Morris (1998) ressaltam que este sistema é uma extensão do mesossistema, pois nele estão inseridas as estruturas sociais específicas formais e informais que não contêm a pessoa em desenvolvimento, entretanto influencia ou acompanha os ambientes imediatos no qual a pessoa se encontra e, dessa forma, delimita, afeta ou determina os acontecimentos do mesossistema. O macrosistema envolve todos os demais sistemas do desenvolvimento humano, pois está relacionado à cultura, às macro instituições, como governos e políticas públicas, influenciando a natureza das interações dos demais sistemas do desenvolvimento humano.

Neste estudo, especificamente, o microsistema é um dos contextos onde o enfermeiro se constrói como cuidador, a partir das interações face a face, vivenciadas na vida familiar, na vida acadêmica e profissional. Nestes microsistemas, apreende a cuidar mediante as relações simbólicas, sociais e psíquicas. Estas três dimensões que influenciam a construção do enfermeiro definem sua forma de agir e pensar e embasam suas práticas de cuidado ou descuidados, especificamente, a pessoa mentalmente doente. Primeiramente, porque estabelece os significados acerca do transtorno mental experienciados na família, sendo influenciado sobremaneira pelas concepções de loucura e de louco.

Estas influências familiares podem ter significados positivos ou negativos na formação/construção do enfermeiro. Os significados positivos estão relacionados às experiências familiares com uma pessoa mentalmente doente, na qual a família conseguiu cuidar e superar os preconceitos estabelecidos socialmente acerca da doença mental. Já os negativos estão relacionados com o descuidado em relação ao familiar mentalmente doente, ou ainda, a crença e a cultura familiar que institui o doente mental como um indivíduo não aceito no meio social por portar um transtorno psíquico.

Na vida acadêmica, o enfermeiro carrega essas concepções e influências familiares acerca da doença mental, e muitas vezes, apresenta dificuldades na prática de cuidados à pessoa mentalmente doente. Estas influências familiares, negativas ou

positivas, neste processo de aprendizagem, estabelecem um certo afastamento do acadêmico, tanto com o paciente com transtorno, quanto da sua família. Além das concepções familiares, o enfermeiro sofre influências também do meio social no qual convive. Nesta etapa da construção do enfermeiro, como profissional, suas interações nos diferentes contextos influenciam a aproximação entre o enfermeiro, a equipe de saúde, os pacientes sob seus cuidados e os familiares. É importante ressaltar que essa construção não está concluída com a formação, pois há necessidade de constantes aperfeiçoamentos técnicos e científicos para o aprimoramento do conhecimento.

Dessa forma, emerge outro contexto que influencia, não diretamente, na construção do enfermeiro, mas o mobiliza para estabelecer interações entre o cuidador enfermeiro e as pessoas mentalmente doentes. Este contexto, para Bronfenbrenner e Morris (1998), é denominado como macrossistema que engloba os demais sistemas mencionados e atua como um determinante na construção do enfermeiro, pois concretiza e orienta a prática profissional. O macrossistema está vinculado às Políticas Públicas de Saúde e suas interferências para o cuidado de enfermagem, a cultura e as bases que constituem a ética que normatiza a sociedade. Além disso, regulamenta normas, e orienta dentre outras recomendações, um cuidado humanizado às pessoas com transtornos mentais, vislumbrando o contexto socioeconômico dos usuários e de suas famílias.

Em particular, fazem parte desse macrossistema as legislações e especificidades que determinam os saberes e fazeres do enfermeiro como cuidador, dispendo inclusive de seus direitos e deveres. Em se tratando de saúde mental, cabe ressaltar que as Políticas Públicas em Saúde Mental, que orientam um cuidado em redes, seja no âmbito hospitalar, centros de atenção psicossociais, urgência e emergência, atenção primária em saúde, fazem parte do macrossistema em que o enfermeiro está inserido para suas práticas de cuidados, com vistas a Atenção Psicossocial.

No processo de construção do enfermeiro, o tempo, é imprescindível para que as interações entre as pessoas aconteçam, com ênfase no desenvolvimento de potencialidades com atividades mais complexas entre as pessoas envolvidas. Para Bronfenbrenner & Morris (1998), o Tempo, pode ser entendido no seu sentido histórico, ou seja, a maneira como ocorrem as mudanças no decorrer da vida das pessoas sendo diretamente influenciadas pelas pressões que sofre no decorrer de sua vida. Além disso, o Tempo, pode ser entendido como a frequência com que as atividades e interações ocorrem em determinado contexto do desenvolvimento. Em outra perspectiva, o Tempo

envolve os acontecimentos presentes durante uma ação ou interação, ou seja, o tempo cronológico (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998).

O Tempo, no sentido histórico, demonstra as influências familiares sob a construção/formação do enfermeiro, pois nesta fase se processam as primeiras interações de forma mútua e recíproca, onde o enfermeiro aprende a cuidar das pessoas e objetos. No mesmo compasso, é estimulado a interagir com objetos e símbolos os quais desenvolvem sua atenção, imaginação e exploração, que o induzem ao aprendizado. Nesta fase de construção/formação, são desenvolvidas as características pessoais do enfermeiro, as quais o influenciam moldando o curso do seu desenvolvimento para o futuro (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998).

A partir dessa construção/formação do enfermeiro influenciado pelo contexto familiar, no qual sofre profunda dominação da cultura, valores e crenças familiares provindas de gerações, o enfermeiro na vida acadêmica e depois profissional, mantém suas interações em diferentes contextos nos quais atua. Especialmente, na vida acadêmica o tempo permite as interações face a face do enfermeiro em construção com as pessoas, as quais cuida, com a finalidade de desenvolver seus conhecimentos teóricos e práticos para sua construção formal, ou seja, para definitivamente desenvolver os cuidados aprendidos na vida acadêmica. Logo, essas interações permitem sua construção/formação profissional, a partir das experiências que vivencia durante o tempo, que o confere como um cuidador generalista de pacientes e familiares sob sua responsabilidade de cuidados. Após, na vida profissional essas interações lhe aproximam ainda mais das pessoas a serem cuidadas, e quanto maior a exposição de tempo envolvida neste cuidado, maior serão as interações que o estimulam como sujeito sempre em construção/formação (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998).

O Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (2005) é amplamente utilizado como ferramenta metodológica nos estudos da Enfermagem. Este Modelo permite aos pesquisadores fazer aproximações em diferentes estudos com famílias que vivenciam doenças crônicas como, por exemplo, o transtorno mental, em um de seus familiares, com vistas às interações no cotidiano familiar para o enfrentamento da doença, e ao mesmo tempo, permitir relações de cuidados entre o enfermeiro, as famílias e seus familiares adoecidos. Institui, dessa forma, que o cuidado da Enfermagem, principalmente, o papel do enfermeiro, não está mais associado ao cuidado com um único componente familiar, e também, não estagnado apenas no corpo doente. Os autores desses estudos enfatizam a importância das interações entre profissionais, pessoa doente e

familiares, inseridos nas interações como troca de conhecimento e aperfeiçoamento das práticas de cuidados da Enfermagem (ZILMMER et al, 2011; ZILMMER et al, 2012; BUENO et al, 2012; PEDROSA e MOTTA, 2013).

Neste estudo, é analisado o processo de formação/construção do enfermeiro que trabalha com pessoas mentalmente doentes, embasado na Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (2005). Esta Teoria possibilita compreender esse processo, a partir das interações vivenciadas pelo enfermeiro em diferentes contextos, mais especificamente nos contextos familiar, acadêmico e profissional.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A Política Nacional em Saúde Mental e o cuidado humano

Em consonância com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contidas na Carta de Caracas em 1990, o Ministério da Saúde brasileiro, definiu em 2001 novas políticas de atenção à saúde mental no país. Os recursos, que até então se destinavam a uma política asilar, constituída no enclausuramento do portador de transtorno mental aos hospitais psiquiátricos, passam a ser destinados a um modelo substitutivo de base comunitária (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Os objetivos dessa política centravam-se em reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – com os Centros de Atenção Psicossociais, Serviços de Residências Terapêuticas e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais – incluir as ações de saúde mental na atenção básica, implementar uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, implantar o programa “De Volta Para Casa”, manter um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica, promover os direitos dos usuários e familiares incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o manicômio judiciário) e avaliar os hospitais psiquiátricos por meio de um programa de avaliação do governo (BRASIL, 2001).

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, reafirmam-se os pressupostos das políticas em saúde mental, enfatizando-se os dois pressupostos básicos dessas políticas, a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com as pessoas mentalmente doentes. Com este propósito, outras políticas públicas foram integradas neste processo como a Política de Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. Enfatizando o contexto de direitos e cidadania do doente mental com princípios e diretrizes com foco na educação, no trabalho, no lazer, na cultura, no esporte, na habitação e na habilitação profissional, visando o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010, BRASIL, 2013).

Dessa forma, o modelo de saúde passa a ser respaldado numa concepção de saúde, compreendido como um processo e não como ausência de doença, na perspectiva de qualidade de vida, visando ações integrais e promocionais de saúde. Com ênfase nas

práticas potencializadoras da subjetividade, da autoestima, da autonomia e cidadania, buscando superar a relação de tutela, bem como situações de institucionalização e cronificação (BRASIL, 2002, BRASIL, 2010). Neste cenário, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, reafirma a importância do controle social para garantir a continuidade da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Na IV Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2010, muitas propostas foram apresentadas para a reformulação do modelo de assistência à saúde mental no Brasil. Entretanto, o que chama a atenção é a capacitação para o exercício do controle social, numa parceria com as universidades, postulando a importância do meio acadêmico na construção de práticas que estimulem a interdisciplinaridade e a qualidade no cuidado ao ser humano mentalmente doente, bem como seus familiares. As discussões aprofundam o interesse do governo em promover pesquisas e projetos de extensão universitária, com a finalidade de integrar as universidades e meio acadêmico no contexto da saúde mental e na comunidade, para aprimorar o conhecimento técnico-científico e, ao mesmo tempo, promover maior qualidade de vida as pessoas mentalmente doentes e suas famílias (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013).

Neste cenário, principalmente, as profissões da área da saúde, tem papel de fundamental importância, seja ele social, com a preocupação sob a inserção dos sujeitos na sociedade, livres de preconceitos, e também, no cuidado à saúde humana, com vistas à autonomia desses sujeitos. Entretanto, vislumbra-se atualmente, um descuido com esta questão, pois a pessoa mentalmente doente nem sempre é devidamente cuidada e encaminhada ao serviço de atenção psicossocial especializado.

No cotidiano da prática, observa-se que o enfermeiro cada vez mais se distancia dos cuidados à pessoa mentalmente doente. São frequentes as atitudes que denotam certo repúdio em relação a este ser humano, com uma justificativa que banaliza o cuidado, na medida em que o enfermeiro se coloca como despreparado para cuidar e escutar. A problemática, muitas vezes, não está na falta de instrumentalização, mas sim nas questões pessoais que não lhe permitem cuidar desses indivíduos em função das suas construções pessoais, que afastam do cuidado na saúde mental.

Dessa forma, enquanto os profissionais não estiverem realmente desenvolvendo um trabalho prazeroso neste campo de atenção, o cuidado não será realizado conforme preconizam as políticas públicas em saúde, as conferências em saúde mental. Preocupa sobremaneira, o fato das bases que orientam a própria Reforma Psiquiátrica continuarem descritas em leis, mas na maioria das vezes, serem desconsideradas.

A interdisciplinaridade do cuidado humano no contexto da saúde mental requer um conjunto de profissionais, com formações diferentes, agrupando saberes e fazeres específicos em um espaço de negociação, conflito e apoio entre os profissionais. É importante destacar que os cuidados devem ter como único propósito a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa com transtorno mental e sua família, pois este trabalho interdisciplinar é uma importante estratégia no processo de desinstitucionalização das pessoas adoecidas mentalmente, buscando um cuidado às necessidades, com integralidade da assistência (AGUIAR et al, 2012; QUINDERÉ et al, 2013).

No entanto, na perspectiva de recuperação do doente mental, ainda dominam, na maioria das políticas de saúde, principalmente, nos países ocidentais. Apesar das orientações teóricas para uma prática voltada à humanização e a autonomia centrada nas subjetividades da pessoa com transtorno mental, o que ainda predominam são os cuidados tradicionais, enfatizando as questões da doença, o tratamento e a cura (BARKER & BUCHANAN-BARKER, 2011). No Brasil, o arcabouço teórico da Reforma Psiquiátrica visa proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais, introduzindo um contexto mais humano e tratamentos menos exigentes à saúde mental, com base na confiança no potencial de recuperação do ser humano, sob a abolição de condutas que ferem os direitos humanos, como contenções físicas e medicamentosas (VENTURA et al, 2007).

Para de fato acontecerem as mudanças preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, e nas demais Leis e orientações das Conferências em Saúde Mental, serão necessárias mudanças nas práticas assistenciais. Primeiramente, tratando de forma mais rigorosa o cumprimento das Leis, dando subsídios para a melhoria tanto da estrutura física das unidades de saúde que acolhem os usuários, instrumentalizando as equipes de saúde da atenção básica, e em todas as instâncias de cuidados em saúde mental, enfatizando os profissionais da urgência e emergência que assistem os casos mais graves em saúde mental. Além disso, se fazer cumprir os princípios do SUS, com estratégias que viabilizem na prática a interseção entre os diferentes níveis de atenção em saúde no Brasil.

3.2 A atuação do enfermeiro em diferentes contextos da prática em saúde mental

A porta de entrada para os serviços de saúde está condicionada à Atenção Primária, incluindo nesta prática a Atenção Psicossocial, pois cabe à Atenção Primária acolher e encaminhar a pessoa mentalmente doente e sua família para os serviços

especializados, quando necessário. Entretanto, na Atenção Primária, o acompanhamento da pessoa com transtorno mental é condicionado apenas ao acolhimento e encaminhamento, descumprindo dessa forma, o preconizado pelo Ministério da Saúde que envolve tratar e cuidar os agravos de saúde da pessoa portadora de sofrimento psíquico, em conformidade com os princípios do SUS, especialmente a integralidade e a universalidade em saúde (BRASIL, 2010).

Especificamente, com o advento da Reforma Psiquiátrica, a Estratégia da Saúde da Família (ESF), na Atenção Básica, se fortaleceu como porta de entrada ao sistema de saúde para a pessoa mentalmente doente (REIS et al, 2013; BRASIL, 2010). Com características específicas de atenção às famílias, a ESF se constitui uma estratégia adequada para a saúde mental, pois possui equipes engajadas no cotidiano da comunidade, com a perspectiva de melhorar as condições de vida da área populacional de sua abrangência, incorporando ações de promoção e educação em saúde (BRASIL, 2010).

Além disso, a ESF possui características específicas que possibilitam um atendimento integral e longitudinal centrado na família, levando os profissionais a entender, perceber e avaliar todo o processo de adoecimento, da comunidade, levando em consideração aspectos socioeconômicos e culturais. Concretizando as orientações da Política Nacional de Saúde Mental e sua intersecção com os princípios que regem o SUS, atuando na comunidade, descentralizando o modelo biomédico, reforçando a atenção usuário-equipe de saúde, aperfeiçoando assim, a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 2010; ARCE et al, 2011; REIS, et al, 2013; OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

Na ESF, o atendimento é caracterizado no cuidado por necessidade e não por demanda, contribuindo para a participação da comunidade nas ações de saúde, com ênfase na promoção da escuta e do acolhimento dos usuários e suas reais necessidades. Neste cenário, é primordial que o enfermeiro assuma o papel de educador em saúde, enfocando a troca de conhecimentos entre os profissionais e usuários, com a pretensão de extinguir preconceitos, com vistas a inserção da pessoa mentalmente doente na sociedade, tendo isso como um aliado do cuidado (AMARANTE et al, 2011; REIS et al, 2013).

Dessa forma, justifica-se o debate acerca da inserção da Saúde Mental na ESF, evidenciando-se a integralidade como um dispositivo político, de crítica de saberes e poderes instituídos, que cercam os sujeitos a conquistarem novos arranjos sociais e institucionais de saúde, nos quais se articula o cuidado (ARCE et al, 2011). A Atenção

Psicossocial na comunidade é a garantia de um cuidado comunitário, que traduz a efetividade dos princípios do SUS, a reintegração social e familiar das pessoas (RIBEIRO et al, 2010; FIORAMONTE et al, 2013).

Segundo dados do Ministério da Saúde, 3% da população em geral sofre de transtornos graves ou severos de origem mental, e mais de 12% necessita de atendimento eventual em Saúde Mental. Estima-se que em determinadas regiões brasileiras, o sofrimento mental está entre 12,2% e 48,6%. Esses dados certificam a importância da ESF para a prestação de um cuidado integral e resolutivo, tendo as equipes da ESF como papel principal a detecção precoce de novos casos e a adequada intervenção terapêutica (BRASIL, 2011; FIORAMONTE et al, 2013).

Evidencia-se com isso que a ESF está estruturada para efetivar ações que favoreçam um modelo de clínica ampliada na Atenção Primária, ou seja, os diferentes saberes profissionais se aliam com uma dimensão no respeito às singularidades do sujeito, sem que um saber se sobressaia e anule o outro (BRASIL, 2010). Baseado na adesão da clientela por território, como um dos princípios operacionais do processo de gestão do trabalho na ESF, o vínculo e a continuidade do cuidado, colocam os profissionais sempre em contato com questões relacionadas à saúde mental, instigando a equipe da ESF a repensar constantemente a construção de um novo modelo de cuidado, devendo sempre estar preparada para cuidar da pessoa mentalmente doente, inserida num contexto intrafamiliar (ARCE et al, 2011; CORREIA et al, 2011).

A ESF e o CAPS têm princípios e diretrizes que convergem para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica. Na prática assistencial existe um distanciamento do que está preconizado nas políticas públicas e a atuação dos profissionais, especialmente o enfermeiro da ESF, em virtude da formação dos profissionais para atenção em saúde mental, que impõe obstáculos para o processo de transformação da assistência, inviabilizando práticas reabilitatórias. Dessa forma, os cuidados à pessoa mentalmente doente na ESF tem se mantido na lógica da medicalização, hospitalização e fragmentação do sujeito, ainda apoiados no trabalho em saúde restrito e centrado no médico, na doença e fragmentação do sujeito. Evidencia-se, neste contexto, que os profissionais da ESF, necessitam de competências específicas para esses cuidados. Essas competências se constroem mediante situações práticas, em consonância a experiência pessoal, senso comum, cultura, pesquisas, entre outros (NEVES et al, 2010; RIBEIRO et AL, 2010; AMARANTE et al, 2011).

Um conjunto de estudos publicados nos últimos anos sinaliza que, particularmente o enfermeiro, apresenta dificuldades em estabelecer um cuidado mais próximo à pessoa mentalmente doente e seus familiares. Para estes autores a construção do conhecimento enfermeiro-pessoa mentalmente doente-ESF, se apresenta em contextos distantes de um cuidado pessoa-pessoa, com vistas no estabelecimento de vínculos, norteados na relação interpessoal terapêutica (STEFANELLI et al, 2008; ZERBETTO, 2011; RIBEIRO et al, 2010; PINHO et al, 2012; MARCOLAN e CASTRO, 2013, SERCU et al, 2014).

Para Amarante et al (2011), o enfermeiro apresenta dificuldades para identificar as necessidades de cuidados da pessoa mentalmente doente. Muitas vezes, na consulta de enfermagem ou na triagem, nem identifica que se trata de uma pessoa com transtorno mental, indo de encontro ao próprio Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, que assegura uma atenção integral em saúde a todo o ser humano, com vistas a promoção de saúde, respeitando a vida sem discriminação de qualquer natureza (COREN/RS, 2014). Reforçando as atribuições do enfermeiro, o Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), enfatiza que dentre outras práticas, este profissional deve atender todos os indivíduos de qualquer idade, famílias, grupos e comunidades. Incluindo a promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidados as pessoas doentes ou na terminalidade. Especificamente, quando se trata de pacientes psiquiátricos, o enfermeiro de Saúde Mental, tem como objetivos primários facilitar ao máximo a saúde mental do indivíduo, promovendo-lhe a saúde mental com foco na reabilitação para uma qualidade de vida plena em comunidade (ICN, 2014).

Outros autores apontam que este afastamento do enfermeiro em relação à pessoa mentalmente doente, está relacionado ao estereótipo negativo que o doente e a doença mental representam na sociedade, pois a pessoa com transtorno mental é denominada como alguém censurável, perigosa e imprevisível. Afirmam ainda, que este estigma se constitui numa ameaça para os profissionais que trabalham na área da saúde mental, através de sua associação com a doença mental, atribuindo-lhes descréditos no meio profissional em função de cuidar de pessoas mentalmente doentes (SERCU et al, 2014).

Em centros comunitários na Inglaterra, os Enfermeiros Psiquiátricos, possuem um importante papel como cuidador das pessoas mentalmente doentes. Estes profissionais trabalham para oferecer apoio na comunidade como integrantes da equipe de saúde mental, principalmente, instrumentalizando essas equipes na educação em saúde e no manejo com as pessoas em sofrimento. Todavia, apesar de desempenharem um

importante papel na comunidade, e serem os responsáveis pelos cuidados diários dos pacientes com sofrimento psíquico nos hospitais, os enfermeiros ainda lutam por autonomia e poder de decisão no que se refere aos cuidados com esses pacientes. O resultado dessas lutas dos Enfermeiros Psiquiátricos por reconhecimento, autonomia e poder decisório levou a reformulação das Leis em Saúde Mental na Inglaterra, resultando em novos papéis e responsabilidades aos enfermeiros deste campo específico (LAINING, 2012).

Nos Estados Unidos, existe uma forte preocupação no âmbito do governo e dos profissionais da saúde em relação ao suicídio. Os enfermeiros, especificamente, são instruídos na vida acadêmica e profissional, a cuidar da pessoa mentalmente doente na concepção do cuidado interpessoal, mantendo interações com os usuários, para o estabelecimento das relações terapêuticas. Todavia, quando se trata do paciente suicida, alegam desconhecimento, despreparo e falta de habilidade para prestar os cuidados terapêuticos, que envolvem questões pessoais dos profissionais frente ao suicida, associado ao despreparo dos serviços que acolhem este paciente (SCHECKEL e KIMBERLY, 2014).

Algumas estratégias de enfrentamento a esta problemática vêm sendo pesquisadas e poucas são colocadas em prática. Dentre elas estão a avaliação de risco para suicídio, orientações e políticas de prevenções, e a educação em enfermagem sobre cuidados com suicidas. No entanto, o aprofundamento dessa temática é pouco evidenciado em pesquisas na área da Enfermagem, e o conhecimento adquirido pelos estudantes ainda apresenta lacunas, visto que os dados apontam para um acadêmico de enfermagem que não foi instrumentalizado para identificar os fatores de risco para o suicídio, e que este importante agravo em saúde mental se tornou um grave problema de saúde pública mundial (SCHECKEL e KIMBERLY, 2014).

No Brasil, ainda se identifica descuido e distanciamento em relação ao preconizado nos princípios do SUS e a atuação do enfermeiro, frente aos cuidados com a pessoa mentalmente doente na ESF. A inclusão da saúde mental neste contexto caracteriza uma situação complexa ou ainda, uma situação problema a ser superada, na espera da construção de competências para lidar com a saúde mental na atenção primária (NEVES et al, 2010; RIBEIRO et al, 2010; AMARANTE et al, 2011).

Nesta situação de complexidade, o enfermeiro deveria ser o sujeito da ação, aquele que mobiliza recursos e o conduz a tomar as decisões no sentido de solucionar o problema de maneira crítica e criativa, agindo e reagindo com pertinência, aprendendo a

aprender, e envolvendo-se, formulando hipóteses, comprometendo-se com uma resposta, decidindo e agindo com vistas à resolução de qualquer situação problema ou complexa (NEVES et al, 2010). Se observa na Atenção Primária em Saúde, que o enfermeiro ainda não desenvolveu competências para a tomada de decisão e desencadear todo o processo de mobilização de recursos para efetivamente cuidar da pessoa com transtorno mental.

Estes recursos, utilizados pelo enfermeiro na resolução das situações problemas, são constituídos de saberes e fazeres pertinentes à sua prática como cuidador, construídos a partir de sua formação acadêmica, social e pessoal, pois a competência para o cuidado se estabelece a partir de sua constituição enquanto sujeito (NEVES et al, 2010; RIBEIRO et al, 2010; AMARANTE et al, 2011). Entretanto, se evidencia na ESF o enfermeiro com práticas de cuidados ainda prescritos no modelo tradicional, preocupado com a medicalização do paciente, a vigilância e registros de condutas e comportamentos do paciente para apoiar o médico em suas condutas terapêuticas (VENTURA et al, 2007). As práticas comuns, na maioria das vezes na ESF, é o encaminhamento da pessoa com transtorno mental aos serviços especializados, justificando a falta de recursos humanos e de estrutura física da unidade de saúde, para não assumir de fato as responsabilidades de cuidados com a pessoa doente e sua família.

A formação do enfermeiro lhe dá subsídios para o cuidado da pessoa mentalmente doente e sua família no contexto da atenção primária e ainda, sem a especialização para a área da saúde mental. Este profissional é instigado, na formação acadêmica, a perceber o ser humano de forma integral, aprendendo que o cuidado em saúde mental é estabelecido nas interações face a face, para que as relações interpessoais sejam mantidas. O enfermeiro tem papel de sensibilizar a população, de seu território, acerca da importância da comunidade neste processo de saúde, com vistas à colaboração e responsabilização de cada um pela construção de novos espaços de reabilitação psicossocial, estimulando a valorização dos atores sociais no processo da cidadania, assegurado na política de desinstitucionalização (RODRIGUES et al, 2012; WAIDMAN et al, 2012).

Entretanto, nos estudos mencionados as dificuldades enfrentadas pelo enfermeiro, no processo de cuidado, à pessoa mentalmente doente na ESF, se efetivaram na falta de conhecimento técnico, de capacitação, de lacunas na formação para o cuidado especializado em saúde mental. Evidenciou-se ainda, que o enfermeiro não se sente pessoalmente capaz para cuidar, visto o desconforto, o medo e a insegurança frente à pessoa mentalmente doente e sua família (NEVES et al, 2010; RIBEIRO et al, 2010;

ARCE et al, 2011; CORREIA et al, 2011; AMARANTE et al, 2011; RODRIGUES et al, 2012; RODRIGUES et al, 2012; WAIDMAN et al, 2012). É importante ressaltar, que o enfermeiro já na sua construção pessoal, apresenta dificuldades em conviver com a pessoa mentalmente doente. Suas experiências familiares e sociais, geralmente, demonstram preconceitos e estigmas em relação a doença mental. Dessa forma, na vida acadêmica e profissional, mesmo instrumentalizado para o cuidado, nesta especialidade, o enfermeiro não consegue manter suas interações face a face com o doente mental e seus familiares, visto suas concepções arraigados nos valores culturais acerca da doença mental.

Nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), a equipe terapêutica é formada por inúmeros profissionais que se diferem pelas suas especialidades no contingente da área da saúde. São médicos clínicos e psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, além de alguns que constituem essa equipe, como artesãos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, pedagogos dentre outros. A equipe, multiprofissional, deveria trabalhar interdisciplinarmente, com vistas a promover o acolhimento e atenção, oferecendo cuidados de alcance intersetorial, voltado para o atendimento clínico e personalizado nos diferentes tipos de transtornos mentais. Constituindo assim, a função do CAPS, de organizar a rede de atenção às pessoas mentalmente doentes, priorizando a inclusão social, articulando estratégias da rede e da política de saúde mental em seu território. Promovendo, assim, ações que envolvam o trabalho, a cultura, o lazer, o esporte, e a educação, com vistas à inserção na vida comunitária (ALMEIDA FILHO et al, 2009; SOARES et al, 2011; SINIAK et al, 2013).

No entanto, para que estas ações aconteçam, as diferentes profissões deveriam, primeiramente, articular seus saberes e fazeres de acordo com suas especialidades. A partir disso, promoveriam o bem-estar da pessoa mentalmente doente com cuidados específicos de sua área de conhecimento. No mesmo compasso, podem se responsabilizar por articular cuidados, potencializando a inserção social, estimulando a subjetividade e autonomia da pessoa mentalmente doente, bem como dos familiares. Para que a interdisciplinaridade aconteça, é necessária uma interface entre os conhecimentos específicos se consolidarem com o saber/fazer de cada profissão, sem o detrimento de uma ou outra, contemplando as orientações da Reforma Psiquiátrica (ALMEIDA FILHO et al 2009; SOARES et al, 2011; ZERBETTO et al, 2011).

Nesta interdisciplinaridade de cuidados e produção de conhecimento, emerge a enfermagem, como a profissão voltada para o cuidado ao ser humano. Em saúde mental, em especial, um cuidado que priorize o contexto pessoa-pessoa, com a promoção de um

cuidado interpessoal, promovendo as interações entre profissional/paciente. Priorizando a autonomia da pessoa mentalmente doente. E principalmente, que diferencie sua assistência a pessoa num ambiente livre, em que a pessoa mentalmente doente é a corresponsável pelo seu tratamento, e estimulada a exercer sua autonomia e subjetividade, diferente do sistema asilar que subjugava a pessoa, restringindo o cuidado a doença com vistas à cura, afastando dela a identidade de ser humano (ZERBETTO et al, 2011; SINIAK et al, 2013).

O cuidado à pessoa mentalmente doente no CAPS, todavia, não é exclusividade do enfermeiro, mas uma soma de saberes/fazeres de uma equipe interdisciplinar. Assim, os saberes se constroem na criação de espaços de relações e interação como momentos de produção e consumo de ações de saúde. Tendo como meta de trabalho a inexistência de pressuposições de uma idealizada homogeneização dos saberes técnicos, em busca de articulação das ações, a interação da concepção menos conflituosa de intencionalidades e metas, com a superação do isolamento dos saberes. Pois, o trabalho em saúde opera nas tecnologias das interações, das relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (JORGE et al, 2011; SOARES et al, 2011).

Observa-se que não é tarefa fácil para o enfermeiro cuidar nesta nova concepção de Atenção Psicossocial, pois sua construção de saber/fazer se constituiu num modelo voltado para o gerenciamento e supervisão da equipe técnica sob seu comando, apropriando-se de tarefas administrativas, construindo rotinas, normas e técnicas para constituir subsídios para o bom funcionamento institucional. O enfermeiro, neste cenário, priorizava suas funções administrativas e técnicas restritas à sua prática profissional, muitas vezes, afastado do cuidado integral ao paciente (SANTOS, 2009).

A partir do novo cenário de cuidados em saúde mental, o enfermeiro, iniciou uma reformulação de conceitos, saberes e práticas, aprimorando seus conhecimentos técnicos e científicos em consonância a atual realidade, pois ainda se restringia ao cuidado focado na doença numa perspectiva de cura. O cuidado de enfermagem, neste contexto, tem enfoque na pessoa mentalmente doente e sua família, com vistas a conferir-lhes orientações, esclarecimentos, valorização do conteúdo de comunicação, estímulo e criação de condições para a ressocialização (SOARES et al, 2011).

O cuidar é sinônimo de zelo, afeto e atenção, respeitando a condição de ser humano, do outro, emaranhados numa relação de reciprocidade, e retroalimentados quando há identificação dos envolvidos, enfermeiro e pessoa cuidada, estimulando e mantendo a relação interpessoal (WALDOW, 2008). Além disso, esta interação visa o

crescimento, autonomia e desenvolvimento de quem é cuidado, possibilitando uma melhor qualidade de vida, permeado pelo vínculo afetivo e social, exigindo do enfermeiro iniciativa e criatividade, contemplando nesta dimensão de cuidar, as implicações sociais, culturais e políticas em que estão inseridos o ser cuidado e sua família (ALMEIDA FILHO et al, 2009; SOARES et al, 2011).

Evidencia-se, a necessidade de uma aproximação de saberes e práticas com enfrentamento das diferenças no cotidiano de cuidar, para que o processo de construção do enfermeiro em saúde mental se estabeleça, fortalecendo seu papel numa perspectiva social, além de contextos tecnicistas. Para isso, o enfermeiro, precisa aprimorar os conhecimentos e práticas de trabalho em equipe, valorizando a interdisciplinaridade, com vistas a um cuidado que potencialize as estratégias de inclusão social e familiar da pessoa mentalmente doente (SOARES et al, 2011; SILVA^(a) et al, 2013).

O âmbito hospitalar é outro contexto de cuidados à pessoa mentalmente doente, não necessariamente para internação por problemas relacionados a doença mental, mas para cuidados clínicos/cirúrgicos os quais, eventualmente, são submetidas. No entanto, os profissionais dessas unidades de internações não estão habituados a cuidarem da saúde mental das pessoas, estão preocupados com as intervenções cirúrgicas e clínicas dos pacientes. Neste contexto, quando se evidencia os sintomas do transtorno psiquiátrico, na maioria das vezes, os profissionais desconhecem o manejo apropriado de tratamento, e como forma de coibir esses eventos psíquicos se utilizam da medicalização e contenções físicas. Entretanto, estas condutas, muitas vezes, acentuam ainda mais os sintomas psíquicos, e à pessoa mentalmente doente tende a ficar mais agitada e, por vezes, mais agressiva (SILVA^(b) et al, 2012; PAES et al, 2010, PAES et al, 2013).

Em estudo desenvolvido na Inglaterra, se confirmou que pacientes internados em hospitais gerais, para intervenções clínicas/cirúrgicas, pelo menos, metade deles apresentam algum tipo de transtorno mental de leve a moderado. E, por essa razão os profissionais enfermeiros devem estar atentos a quaisquer sintomas de comprometimento psíquico do paciente e fazer a intervenção de Enfermagem. Mas para que o cuidado atenda às necessidades da pessoa doente, os saberes/práticas em saúde mental devem ser aprendidos na vida acadêmica, dando ênfase no cuidado à saúde mental das pessoas, mesmo que estas não estejam internadas na unidade de saúde por acometimento psíquico (BARRET e JACKSON, 2013).

É notório que os profissionais das especialidades clínicas e cirúrgicas possuem dificuldades em tratar da pessoa mentalmente doente. Entretanto, quando o enfermeiro

assume seu papel de cuidador, na maioria das vezes, ele se torna o intermediador desta relação conflituosa. Para Clarke (2014), este profissional é capaz de fazer a diferença para a recuperação do paciente, pois a partir das interações enfermeiro/paciente estabelecem a comunicação terapêutica, que promove uma relação de ajuda, com qualidade no cuidado, possibilitando a autonomia desse paciente.

No que se refere aos Serviços de Urgência/Emergência, a pessoa mentalmente doente é descuidada pelo enfermeiro, pois em seu imaginário social, este profissional, apreendeu que o “louco” e a “loucura” são estereótipos de pessoas sem condições de racionalidade. Essa construção, muitas vezes, é prática de sua formação pessoal, porque na família é orientado, desde criança, a se afastar das pessoas “loucas”, em virtude dos riscos de agressão, o qual poderá estar exposto, e, dessa forma, restringe sua prática profissional no normal e patológico, afastando do cuidado interpessoal, que cuida com atenção, zelo e respeito, ferindo diretamente as singularidades do paciente em sua condição humana (SILVA^(b) et al, 2012; PAES et al, 2010).

Ressalta-se, ainda que este paciente nem sempre chega ao serviço oferecendo riscos à equipe de saúde, principalmente, nas situações em que é encaminhado a urgência/emergência para uma avaliação clínica. Pois, como todo ser humano poderá ficar desidratado, ou ainda, ser portador de uma patologia clínica, como hipertensão, diabetes, acidente vascular cerebral, dentre outras. Entretanto, o fato do paciente ter um diagnóstico de transtorno mental, desencadeia no enfermeiro, a impotência de cuidar, que remete ao abandono e à negligência de cuidados, incluindo cuidados técnicos, como punção venosa, sondagem vesical de demora ou via gástrica, curativos (ELIAS et al, 2013).

Nesta perspectiva, o enfermeiro de urgência/emergência alega despreparo e desconhecimento para cuidar da pessoa mentalmente doente, porém a situação é de sua prática clínica não considerada de ordem mental. O fato é que o enfermeiro, muitas vezes, se sente agredido frente à impotência em não saber lidar com a diferença, o “estranho”, o singular e o subjetivo. O preconceito se estabelece como uma cegueira coletiva que conduz a negligência e abandono à pessoa mentalmente doente, evidenciando-se um descuido por parte do enfermeiro (ELIAS et al, 2013).

No Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, se priorizou a ampliação de capacitações para as diferentes áreas profissionais, que trabalham nos diferentes contextos da Saúde Mental, se estabeleceu bases para a criação de programas estratégicos interdisciplinares e permanentes de formação em saúde mental para o SUS (BRASIL, 2001). Entretanto, quinze anos após está Conferência, ainda se identificam

dificuldades e empecilhos no cuidado à pessoa mentalmente doente, nos mais diferentes serviços de saúde os quais procura um atendimento, e este problema se agrava quando se trata dos hospitais gerais e as urgências e emergências, pois é notório o preconceito, o estigma e os descuidados ao paciente com transtorno mental, justificado pelos profissionais que neles atuam na falta de capacitação, de educação permanente em serviço, bem como condições de infraestrutura para o cuidado mais humanizado.

Nestes diferentes cenários de saúde, se evidencia uma prática de cuidados pelo enfermeiro com lacunas importantes, as quais se têm a necessidade de suprir e, ao mesmo tempo, verificar em que momento se instala está indiferença e afastamento da pessoa mentalmente doente, explora-se e, também, se indaga esta postura e sua construção a partir de alguns questionamentos: é na construção pessoal do enfermeiro? É na formação acadêmica, que não lhe proporcionou um aprendizado relacionado à saúde mental? Seria a não afinidade profissional com esta área específica, a saúde mental, mas não tendo outras perspectivas profissionais se obriga a enfrentar essa condição?

3.3 A formação acadêmica do enfermeiro para cuidar da pessoa mentalmente doente

A formação do enfermeiro, na atualidade, exige do aluno de Enfermagem uma contextualização aprofundada de conhecimentos voltados ao cuidado com embasamento teórico e científico, com vistas, ao compromisso fundamentado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva se exige do futuro profissional o comprometimento com a atenção em saúde, (re) compreendendo seus determinantes, com a finalidade de transformar saberes e práticas em formas de pensar e agir num contexto real e em conformidade com as necessidades da população a ser cuidada (SILVA^(c) et al, 2011; RODRIGUES et al, 2012).

Nesta construção do conhecimento as bases curriculares dos cursos de graduação em Enfermagem, conforme a Resolução CNE/CES N° 3 de 07/11/2001, devem atender além de um ensino a partir dos princípios do SUS, reorientar o processo de formação para competências e habilidades, neste processo de práticas e saberes, coabitando com outras práticas profissionais da área da saúde, particularizando o conhecimento específico de cada área, numa interface de cuidados, em que a pessoa é assistida de forma integral pela equipe de saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001; SILVA^(c) et al, 2011).

Entretanto, a literatura aponta para um enfermeiro despreparado para cuidar em saúde mental, afastado cada vez mais do maior objetivo da Enfermagem, que é cuidar das pessoas, nos mais diferentes e complexos contextos de saúde/doença. A formação

acadêmica do enfermeiro para atender as demandas de cuidados em saúde mental, visto o novo paradigma da Atenção Psicossocial, em romper com as práticas asilares, para um olhar diferente a pessoa com transtorno mental. No entanto, o modelo tradicional ainda é reproduzido nos cursos de formação, consolidando um vácuo em relação às necessidades de ensino/aprendizado na identidade profissional do enfermeiro. Esta mudança de paradigma se tornou um desafio nas universidades, na medida em que depende de um esforço coletivo para a implementação de políticas públicas que favoreçam avanços significativos na área (SILVA^(c) et al, 2011; RODRIGUES et al, 2012).

Nesta nova perspectiva, é importante que o acadêmico de Enfermagem tenha o domínio do cuidado, com vistas, ao desenvolvimento de habilidades e atitudes para atuar em saúde mental. Com características para a formação de vínculos, afinidade com a área, saber trabalhar em equipe e ter consciência coletiva de participação social. A importância dessas características é sobremaneira pertinente, pois a este profissional é exigido atitudes críticas frente ao modelo asilar, em virtude de ele ser, também, um sujeito desse processo de mudança, o que denota maior envolvimento e comprometimento com as práticas substitutivas (ALMEIDA FILHO et al, 2009; RODRIGUES et al, 2012).

Em virtude disso, esses autores reafirmam a importância da afinidade profissional com esta especialidade, pois o profissional deve ter um perfil específico neste contexto de cuidado, possuindo características como a facilidade de se relacionar, desenvolver habilidades e atitudes terapêuticas, voltadas para a escuta, acolhimento, disponibilidade e compromisso para com o outro (STEFANELLI, 2008; SILVA^(c) et al, 2011; RODRIGUES et al, 2012; MARCOLAN e CASTRO, 2013; CLARKE, 2014).

Outro fato importante está vinculado ao trabalho em equipe, com definição de papéis e estruturado na interdisciplinaridade. Para isso, a equipe deixa de ser um conjunto de categorias específicas para formar um novo coletivo, com olhar interdisciplinar e responsável por atender as diferentes demandas e dimensões dos sujeitos, com interação entre os diferentes profissionais sem perder de vista sua especificidade (ALMEIDA FILHO et al, 2009).

Especialmente na graduação, a formação do enfermeiro vem ocorrendo de maneira isolada, sem preparar esse profissional para o trabalho interdisciplinar e intersetorial, implicando na incompreensão acerca da importância da integralidade do cuidado em saúde mental. Destaca-se ainda um desalinhamento entre o que é preconizado pelas políticas públicas em saúde mental, e a formação do enfermeiro. Esse profissional recebe, geralmente, uma formação acadêmica fragmentada que não possibilita uma visão

integralizada da pessoa mentalmente doente, e desarticulada com a prática profissional desenvolvida nos serviços (SILVA^(c) et al, 2011; RODRIGUES et al, 2012; MARCOLAN e CASTRO, 2013).

Este descompasso pode ter origem nos cursos de graduação, das diferentes especialidades da saúde. Observa-se, a valorização da doença em detrimento da integralidade do ser humano como protagonista do seu bem-estar. Especialmente, na Enfermagem, o aluno prioriza as atividades técnicas e administrativas à escuta do paciente e sua família (ALMEIDA FILHO et al, 2009). Na experiência docente, se evidencia a euforia dos alunos em relação às teórico/práticas das disciplinas desenvolvidas em unidades de clínica médica, cirúrgica e pronto socorro. Evidencia-se, também, certa desvalorização das atividades referentes à saúde mental, pois ressaltam a falta de tarefas de cunho técnico (sondagens, punções venosas, dentre outras) para desenvolver nos serviços especializados na área da saúde mental. Assim, observa-se que o acadêmico de Enfermagem tem dificuldades em estabelecer a relação entre teoria e prática, além de vislumbrar um outro olhar, que não somente o tecnicista, para o cuidado de Enfermagem, não restringindo este cuidado a procedimentos técnicos, mas cuidando a partir da técnica de forma integral, priorizando a vida do ser humano (RODRIGUES et al, 2012).

Esta modalidade de cuidar em Enfermagem com ênfase na técnica, de certa forma, desvaloriza, consideravelmente, o papel do enfermeiro frente ao paciente e as demais profissões da saúde, já que em geral ele é requerido para determinados procedimentos como, por exemplo, sondagem vesical ou gástrica, punção venosa. Raramente, é solicitado para discutir diagnósticos ou cuidados específicos, ou seja, para atividades que requeiram maior aprofundamento e maior integração entre as profissões.

O contraponto desse contexto, é descrito por autores que ressaltam acerca da disciplina específica para o cuidado à pessoa mentalmente doente, frente à Atenção Psicossocial. A Enfermagem em Saúde Mental ou Enfermagem Psiquiátrica, como é denominada a disciplina, na maioria dos currículos de graduação, necessariamente precisa estar articulada a Atenção Psicossocial. Além disso, reforçam os cuidados de enfermagem num contexto de saúde/doença, desapropriando a pessoa de sua subjetividade e autonomia (RODRIGUES et al, 2012; MARCOLAN e CASTRO, 2013).

Apontam ainda, para a superficialidade com que à saúde mental é abordada, considerando que a disciplina promove pouca aproximação com os serviços substitutivos durante o curso. Reforçam que a exposição de conteúdos pertinentes à saúde mental, desenvolveriam habilidades necessárias nos estudantes para o cuidado à pessoa

mentalmente doente, além de uma maior aproximação desses com a realidade proposta neste novo paradigma (RODRIGUES et al, 2012; MARCOLAN e CASTRO, 2013).

Entretanto, não se trata somente dessa área específica, à saúde mental, pois com a reformulação das propostas do SUS, o acadêmico deve estar comprometido com a atenção em saúde, (re) compreendendo seus determinantes, com a finalidade de transformar saberes e práticas em formas de pensar e agir num contexto real e em conformidade com as necessidades da população a ser cuidada. Nesta perspectiva revendo seu saber/fazer, num processo crítico de formação para a saúde em geral (SILVA^(c) et al, 2011).

Partindo dessa premissa, outra preocupação se faz necessário discutir. No atual panorama educacional brasileiro, evidencia-se a crescente expansão de cursos de graduação, em especial a Enfermagem, mas nem todos oferecem o mínimo de conteúdos engajados ao cenário assistencial.

Em consequência disso, restringem os alunos a laboratórios e visitas técnicas supervisionadas, enquanto deveriam priorizar momentos de vivências práticas, oportunizando ao estudante experiências no processo ensino/aprendizagem *in loco*, para que o futuro profissional tenha esta prática no seu aprendizado. Dessa forma, aumenta ainda mais o distanciamento do aluno com o ser humano cuidado e sua família, e repercute negativamente na vida profissional do enfermeiro, promovendo o abandono e negligenciando os cuidados aos pacientes (RODRIGUES et al, 2012).

No contexto Internacional, a prática acadêmica da Saúde Mental se diferencia sobremaneira do cenário brasileiro. Nas Universidades Australianas, por exemplo, o acadêmico de enfermagem desde o início da graduação interage com a pessoa mentalmente doente. Estas interações entre acadêmicos e usuários dos serviços de saúde mental, desenvolve no estudante habilidades para a redução do estigma em relação as pessoas mentalmente doentes. Além disso, aprofundam conhecimentos que sustentam o conceito de recuperação do usuário, contrapondo a cura da doença, essa inclusão dos alunos nos serviços de saúde mental nos semestres iniciais do curso de Enfermagem apresenta resultados positivos, tanto para os usuários quanto para os alunos (HAPPEL et al, 2013).

Especificamente esses autores reforçam que a colaboração dos usuários para a formação do enfermeiro, seja na forma de relatos de experiências, relatos de vida, oficinas, permitem aos acadêmicos de Enfermagem se aproximarem da realidade e do cotidiano de vida vivenciado pelo portador de transtorno psíquico e seus familiares. Há

uma expressiva mudança no aprendizado, pois habilita ao aluno vivenciar teoria e prática concomitantemente, e desenvolver suas práticas de cuidados num contexto real, mediante interações face a face com o usuário (HAPPEL et al, 2013).

Esta modalidade de ensino/aprendizagem nas universidades australianas é conhecida como “*Experiência de Saúde Mental Vivenciada*” – e dentre outras habilidades ainda promovem a capacitação do aluno para a comunicação; permite ao aluno aumentar sua capacidade de impacto em relação aos diferentes transtornos mentais, e saber manejá-los em casos de intercorrências mais graves com o usuário, com vistas ao cuidado de maior amplitude, ou seja, efetivo e resolutivo; além de estimular o aprendizado com autonomia e independência, construindo/produzindo um enfermeiro com uma abordagem mais humana em sua integralidade (HAPPEL et al, 2013).

Na Inglaterra, o estudante de enfermagem é estimulado as interações com a pessoa mentalmente doente, como uma relação de ajuda, pautada na relação interpessoal terapêutica. Estas interações vivenciadas pelo acadêmico de enfermagem no cuidado interpessoal, corrobora para uma considerável melhora do quadro psiquiátrico do paciente, atribuindo a Enfermagem em Saúde Mental sua identidade promotora de um cuidado interpessoal como meio de promover o bem-estar da pessoa mentalmente doente (CLARKE, 2014).

Assim, a construção do enfermeiro, cuidador de pessoas mentalmente doentes, envolve na vida acadêmica uma formação que o habilite e desperte seu interesse para o cuidado, mantendo como embasamento as interações pessoa/pessoa, envolvendo sobremaneira uma disciplina de Saúde Mental que estabeleça e promova as relações interpessoais, pautadas no saber/fazer em Enfermagem que envolva a reciprocidade entre cuidador ser cuidado.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Este projeto de tese está vinculado a Programação de Pesquisa do Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES) do período 2010-2015, no eixo que estuda as variáveis que influenciam as trajetórias de formação de famílias em contexto adverso, especificamente na articulação com os profissionais que trabalham com famílias que enfrentam problemas relacionados à dependência química, transtornos mentais e violência entre seus membros.

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, descritivo e exploratório, que busca aprofundar a compreensão sobre a construção do enfermeiro cuidador de pessoa mentalmente doente, como um fenômeno que envolve diferentes contextos, nos quais esse profissional transita mesmo antes de tornar-se profissional. É, pois, um estudo desenvolvido com um tipo de abordagem que possibilita compreender o fenômeno a partir dos significados que os próprios sujeitos em estudo lhes conferem (DENZIN, LINCOLN, 2007; APPOLINÁRIO, 2012).

Os estudos que empregam a pesquisa qualitativa primam pela descrição da complexidade de determinado problema, analisando a interação de algumas variáveis, além de compreenderem e classificarem processos dinâmicos do cotidiano de grupos sociais. Em virtude disso, contribuem para o processo de mudanças de determinado grupo e possibilitam, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (DENZIN, LINCOLN, 2007; APPOLINÁRIO, 2012). Neste estudo, a abordagem qualitativa possibilita compreender a construção do enfermeiro, a partir de interações que ele vivencia na família, na vida acadêmica e profissional, as quais deveriam preparar esse profissional para cuidar de pessoas mentalmente doentes em diferentes contextos.

Quanto à finalidade este estudo pode, também, ser classificado como descritivo e exploratório já que busca compreender, os fatos relacionados com a construção do enfermeiro cuidador de pessoas mentalmente doentes, a partir de suas interações que vivencia em diferentes níveis de seu contexto de vida, iniciando pela família e mais tarde na vida acadêmica e na vida profissional (DENZIN, LINCOLN, 2007; APPOLINÁRIO, 2012).

É descritivo, também, porque tem a finalidade de elencar as características do fenômeno em estudo, a partir de registros, análises, classificações e interpretações que lhe são pertinentes, sem que o pesquisador interfira ou os manipule. Trata-se, portanto, de um estudo que explora as experiências subjetivas dos sujeitos que dele participam (DENZIN, LINCOLN, 2007; APPOLINÁRIO, 2012).

4.2 Participantes do Estudo e Locais onde será desenvolvido

Participam deste estudo trinta (30) profissionais enfermeiros que trabalham em unidades de internações de clínica médica, clínica cirúrgica, urgência/emergência de pronto socorro/pronto atendimento de hospitais gerais e psiquiátricos, Unidades Básicas de Saúde e Centros de Atenção Psicossociais. Estes trinta profissionais correspondem a 50% da amostra total de enfermeiros que desenvolvem suas atividades laborais nos locais escolhidos para o estudo. Assim, é um número expressivo pois se trata de uma pesquisa qualitativa que aborda fenômenos e compreensões do próprio sujeito, a partir de sua construção/formação pessoal, acadêmica e profissional.

Estes profissionais trabalham em serviços localizados em dois municípios do extremo sul do Brasil, Pelotas e Rio Grande, os quais foram selecionados devido à facilidade de acesso do doutorando nestes locais e, também, porque as unidades de saúde nestas duas localidades atendem grande parte da população da região. Sendo assim, fica contemplado a diversidade em relação aos atendimentos de saúde prestados pelos enfermeiros, nessa região.

Na cidade do Rio Grande/RS foram selecionados quinze enfermeiros que desenvolvem suas atividades laborais no Centro Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS – Ad) e Centro de Atenção Psicossocial tipo II; Hospital Psiquiátrico Maria Vicenza da Fontoura; Hospital Universitário, especificamente, as unidades de Pronto Atendimento, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica; e na Unidade Básica de Saúde Marluz. Os quinze enfermeiros de Pelotas selecionados, trabalham no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS – Ad) Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS – Escola); Hospital Psiquiátrico (Hospital Espírita de Pelotas); Hospital Universitário São Francisco de Paula, especificamente nas unidades, Pronto Socorro, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica; na Unidade Básica de Saúde Py Crespo, e na Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora de Fátima. Para preservar o anonimato, os participantes desse estudo foram identificados por um código que expressa sua atividade profissional

(E: Enfermeiro), numeral relativo ao tempo de formação em meses (M) e cidade em que trabalha (RG ou PEL) – (E_MRG ou E_MPEL).

Nas Unidades de Saúde em Rio Grande/RS, os enfermeiros fazem uma carga horária de 30 horas semanais. Em Pelotas/RS no Hospital Universitário São Francisco de Paula, são 36 horas semanais. Na Rede Básica, que compreende a Estratégia da Saúde da Família, nas duas cidades do estudo, os enfermeiros trabalham 40 horas semanais, perfazendo 8 horas diárias de trabalho.

As unidades de saúde foram escolhidas por serem locais que as pessoas mentalmente doentes utilizam para tratamento clínico ou psiquiátrico. A literatura aponta que nestes locais se evidencia o abandono e o descuido à pessoa mentalmente doente, principalmente por parte dos enfermeiros, que justificam a falta de instrumentalização para cuidar do paciente com transtorno mental nas unidades clínicas, cirúrgicas e de urgência e emergência (KONDO et al, 2011; BONFADA et al, 2012; PAES e MAFTUM, 2013). Nas áreas da Atenção Básica em Saúde, tanto nas unidades básicas de saúde, quanto na estratégia da saúde da família, o descuido com a pessoa mentalmente doente se repete, inclusive com as mesmas justificativas.

Os participantes, trinta enfermeiros, atenderam aos seguintes critérios de inclusão no estudo: desenvolver suas atividades laborais em uma ou mais unidades supracitadas; possuir no mínimo seis meses de experiência profissional, pois é um tempo que possibilita ao enfermeiro criar e consolidar vínculo com a unidade de trabalho, com a equipe de saúde e também com as normas e rotinas da unidade de internação. Deverão, também, expressar sua concordância em participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

No quadro abaixo pode-se visualizar o número de participantes do estudo, os serviços os quais desenvolvem suas práticas laborais, e as cidades em que se localizam os serviços de saúde.

Participantes do Estudo

RIO GRANDE	PELOTAS
CAPS – AD: 02 Enfermeiros	CAPS – AD: 02 Enfermeiros
Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande – Pronto Socorro: 03 Enfermeiros	CAPS – Escola: 01 Enfermeiro CAPS – Castelo: 01 Enfermeiro CAPS – Porto: 01 Enfermeiro
Hospital Psiquiátrico – 02 Enfermeiros	Hospital Psiquiátrico – 02 Enfermeiros
Hospital Universitário: Clínica Médica – 02 Enfermeiros Clínica Cirúrgica – 01 Enfermeiro Hospital Dia – 01 Enfermeiro	Hospital Universitário: Clínica Médica – 02 Enfermeiros Clínica Cirúrgica – 02 Enfermeiros Pronto Socorro – 02 Enfermeiros
UBS Marluz – 03 Enfermeiros	UBS – Py Crespo: 02 Enfermeiros UBS – Fátima: 01 Enfermeiro.

4.3 Procedimentos para a coleta de dados

Os dados foram coletados no período julho/2015 a dezembro/2015, após a liberação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS – FURG). Utilizou-se entrevistas semiestruturadas com um roteiro elaborado com a finalidade de responder aos objetivos deste estudo (Apêndice B). Este roteiro foi dividido em quatro partes distintas. A primeira destinou-se à caracterização dos participantes do estudo, contendo: nome, idade, sexo, tempo de formação; cursos realizados; serviço(s) com o(s) qual(is) tem vínculo empregatício, tempo de vínculo empregatício; carga horária semanal de trabalho; estado civil; número de filhos; e renda familiar.

Na segunda parte, o roteiro foi constituído de questões acerca dos valores, crenças e saberes familiares significativos que influenciaram na construção do enfermeiro. Nesta parte do instrumento procurou-se suscitar a reflexão dos profissionais sobre experiências na família que poderiam ter influenciado em sua vida profissional. Além disso, buscou-se compreender, a partir do cotidiano da família, o conhecimento do grupo familiar acerca do transtorno mental, especificamente quando o transtorno mental acomete um familiar próximo, enfocando o cotidiano da família; como os cuidados eram praticados; as responsabilidades financeiras por conviver com a pessoa com transtorno mental. Todavia, o enfermeiro que não teve esta experiência familiar, foi indagado acerca da percepção prevalente em sua família com relação ao louco e a loucura. Solicitou-se ao enfermeiro um relato sintético sobre o que apreendeu com a família sobre o louco, a loucura e a pessoa mentalmente doente.

A terceira parte do roteiro de entrevista tratou da formação acadêmica. O enfermeiro foi convidado a discursar acerca de sua formação, refletindo sobre o valor da vida acadêmica e o que incorporou em sua prática profissional em termos de referências teóricas e experiências vivenciadas. Nesta etapa da entrevista, o enfermeiro refletiu sobre sua formação profissional em três momentos: o início da vida acadêmica; após quando tem mais intensamente o contato com cenários de prática e no final do curso quando se depara com a eminência de exercer a profissão, ou seja, um profissional que cuida. Além das questões gerais, nesta etapa da entrevista o enfermeiro foi instigado a discursar particularmente sobre o primeiro contato com pessoas mentalmente doentes, relatando e refletindo sobre a experiência.

Na última parte da entrevista, o enfermeiro foi convidado a refletir e discorrer sobre as práticas de cuidados que desenvolve com pessoas/famílias de portadores de transtorno mental, no serviço de saúde em que atua. Foi um exercício de reflexão que se utiliza de situações vivenciadas pelo enfermeiro em seu cotidiano, avaliando as influências ligadas à organização dos serviços, além das pessoais e acadêmicas, que incidem e determinam a maneira como se relaciona com essas pessoas. Para finalizar a entrevista o enfermeiro descreveu sobre sua percepção acerca dos cuidados que por direito a pessoa com transtorno mental deveria receber.

4.4 Análise de Dados

Após a transcrição das entrevistas, os dados foram submetidos à análise textual discursiva, seguindo as etapas descritas por Moraes e Galiazzi (2011), organizada em torno de quatro focos: **a desmontagem dos textos, o estabelecimento de relações, a captação do emergente e o processo auto organizado.**

A análise textual discursiva é um processo que inicia com a desmontagem dos textos, também identificada como a unitarização dos dados, ou seja, momento em que os textos são separados por unidades de significado. Nesta primeira fase, as unidades de significado, podem originar outros conjuntos de unidades a partir da interlocução empírica, da interlocução teórica, ou ainda, das interpretações do próprio pesquisador. Na interpretação do significado atribuído pelo pesquisador, exercita-se a apropriação das palavras de outras vozes para compreender melhor o texto. É importante ressaltar que da desconstrução dos textos emergem as unidades de análise, definidas em função de um sentido pertinente aos propósitos da pesquisa (MORAES e GALIAZZI, 2011).

A partir da unitarização realizada de forma intensa e em profundidade, faz-se a articulação de significados semelhantes em um processo denominado de categorização, quando se reúnem as unidades de significados semelhantes, podem gerar vários níveis de categorias de análise, tendo como objetivo novas compreensões acerca do fenômeno estudado. A categorização é a segunda etapa da análise textual discursiva, e a partir delas são produzidas as descrições e interpretações que compõem o exercício de expressar as novas compreensões possibilitadas pela análise (MORAES e GALIAZZI, 2011). As categorias foram organizadas tomando como referência a Teoria Bioecológica do desenvolvimento Humano de Uri Bronfenbrenner, a qual permitiu a compreensão da construção do enfermeiro cuidador de pessoas mentalmente doentes, a partir das interações dele, em diferentes ambientes, os quais se construiu como cuidador, seja na família, na vida acadêmica e profissional.

Na terceira etapa da análise textual discursiva surge a captação do novo emergente, a partir da intensa impregnação nos materiais da análise desencadeada pelos dois estágios anteriores. É uma etapa na qual se espera a emergência de uma compreensão renovada do todo (MORAES e GALIAZZI, 2011). Neste estudo, a partir das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa e, após serem submetidas aos dois estágios anteriores da análise textual discursiva, se construiu os metatextos. Estas estruturas textuais foram constituídas por meio das categorias do estudo resultantes da análise, imbricadas em compreender o fenômeno em estudo.

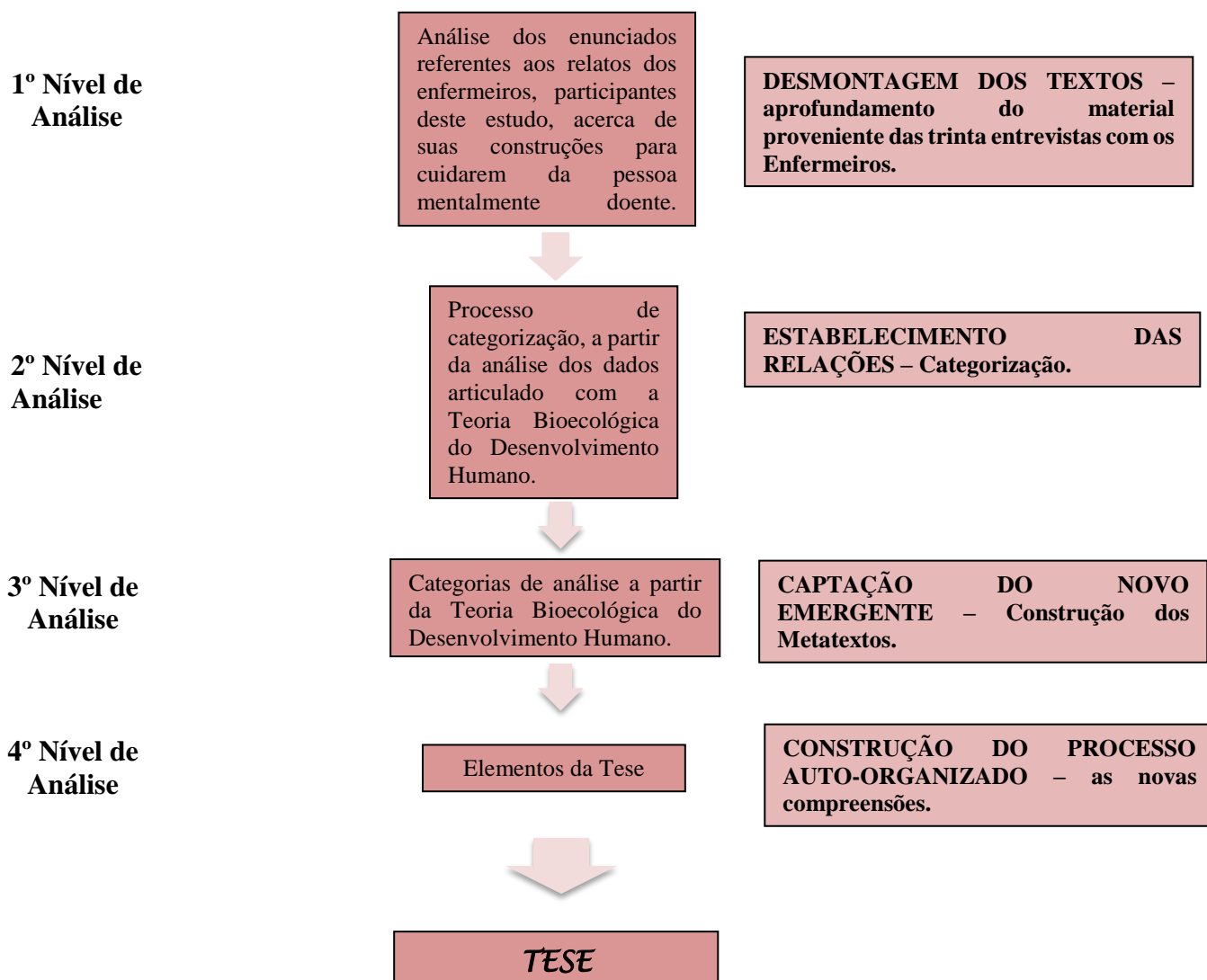
Segundo Moraes e Galiazzi (2011), os metatextos são constituídos de descrição e interpretação, representando um modo de compreensão e teorização dos fenômenos investigados. Ao mesmo tempo, permite ao pesquisador assumir-se como autor de seus argumentos, implicando na defesa de sua tese acerca da pesquisa realizada. Ressalta ainda o autor que todo o processo de análise proposto, remete ao metatexto produzido. A partir da unitarização e categorização, se constrói a estrutura básica do metatexto, objeto de análise. Na constituição das categorias, se estabelecem relações entre elas, investigam-se as possíveis sequências em que poderiam ser organizadas, com a finalidade de expressar com maior clareza as novas intuições e compreensões atingidas. Concomitante a isso, o pesquisador produziu textos parciais para diferentes categorias que, gradativamente, foram integrados na estruturação do texto como um todo (MORAES e GALIAZZI, 2011).

Conforme explicita suas compreensões e construções iniciais e parciais a cada categoria de análise, o pesquisador pode construir argumentos centralizadores ou teses parciais para cada categoria, com vistas a constituir argumentos capazes de validar e defender a tese principal. Para esta construção, o pesquisador, tem a necessidade de se

afastar do metatexto construído, aprimorar uma visão mais ampla, procurando examinar o fenômeno constituindo em argumentos novos e originais para seu estudo, mobilizado a partir de sua inspiração e instituição resultante da impregnação intensa do fenômeno investigado (MORAES e GALIAZZI, 2011).

A figura I, sintetiza o processo de análise textual discursiva desenvolvido nesta tese, utilizando para o tratamento analítico dos dados os quatro elementos fundamentais desta técnica de análise, com embasamento teórico a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.

Figura I: Processo de análise dos dados e os níveis de categorização, e a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano.



4.5 Aspectos Éticos

O estudo foi encaminhado e aprovado nos Comitês de Ética das Instituições coparticipantes desta pesquisa, a saber: Núcleo Municipal em Saúde Coletiva (NUMESC) sob o protocolo 03/2015, Comitê de Ética da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande sob o protocolo 04/2015, e Comitê de Ética em Pesquisa (CEPAS/FURG) sob o nº 73/2015.

Foi realizado individualmente com cada um dos participantes o detalhamento do projeto, com discussão do tema, dos objetivos, a operacionalização da coleta de dados, bem como a acessibilidade de divulgação dos dados. A participação foi formalizada através da assinatura de duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ficando uma arquivada no Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES) e a outra de posse dos participantes.

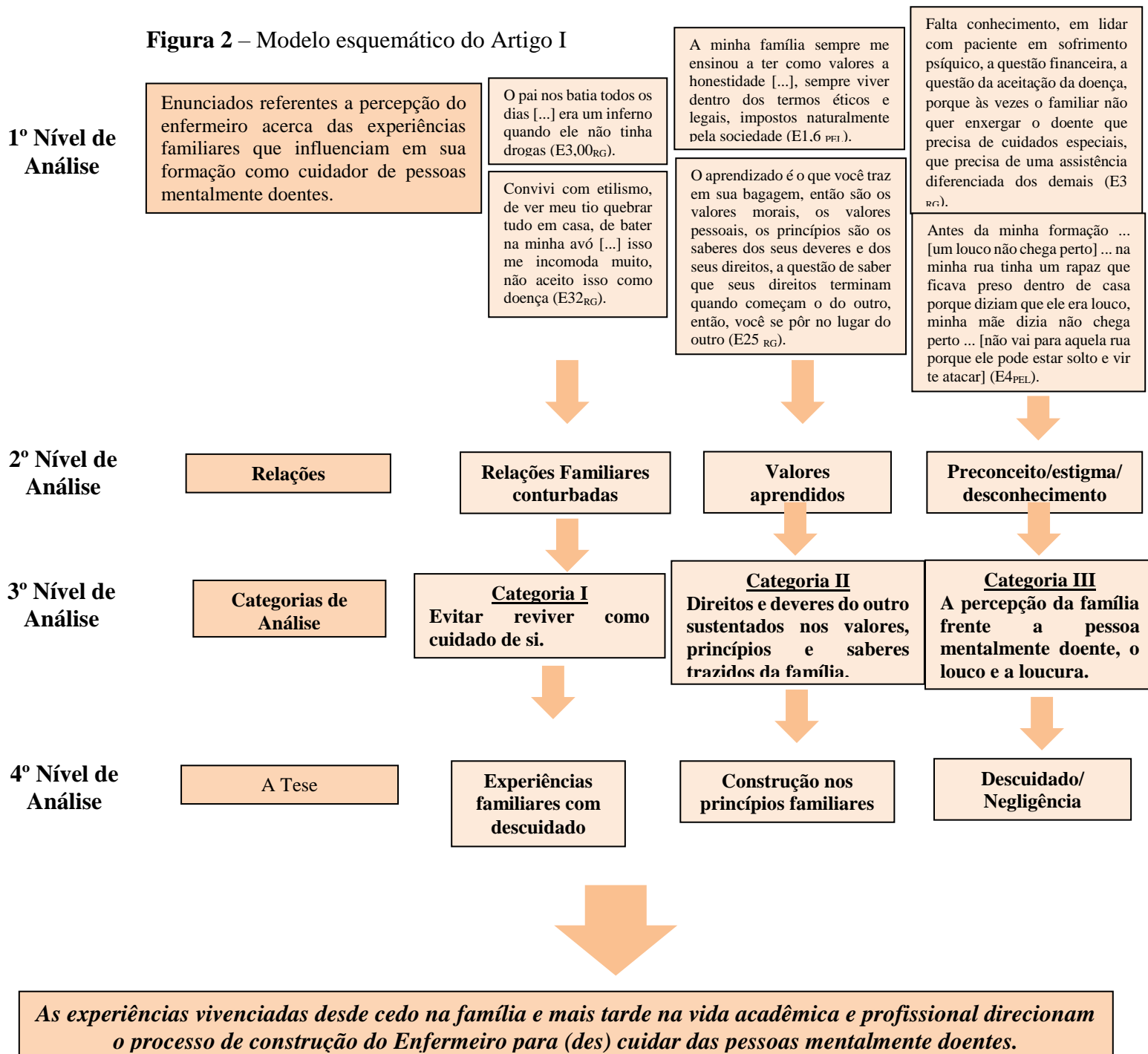
Aos participantes foi assegurado o caráter confidencial e privativo de sua participação; o direito ao anonimato (com a utilização de código para evitar a identificação pessoal, a escolha de local reservado para realização da entrevista). Além desses, está garantido o direito a obter esclarecimentos de qualquer dúvida que venham a apresentar ao longo de sua participação, assim como a liberdade de retirar seu consentimento, podendo em qualquer momento deixar de integrar a pesquisa como sujeito, sem que lhes traga qualquer prejuízo.

Os benefícios da participação neste estudo estão pautados na contribuição para o conhecimento científico para a área da enfermagem, especialmente para a área da Enfermagem em Saúde Mental. Os riscos foram mínimos e definidos no desconforto em responder algumas questões do instrumento de pesquisa. Enfim, foram respeitados todos os preceitos éticos e legais durante e após o término da pesquisa. Também lhes foram resguardados os direitos que tratam de pesquisas que envolvem seres humanos, sob a Lei nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS DADOS

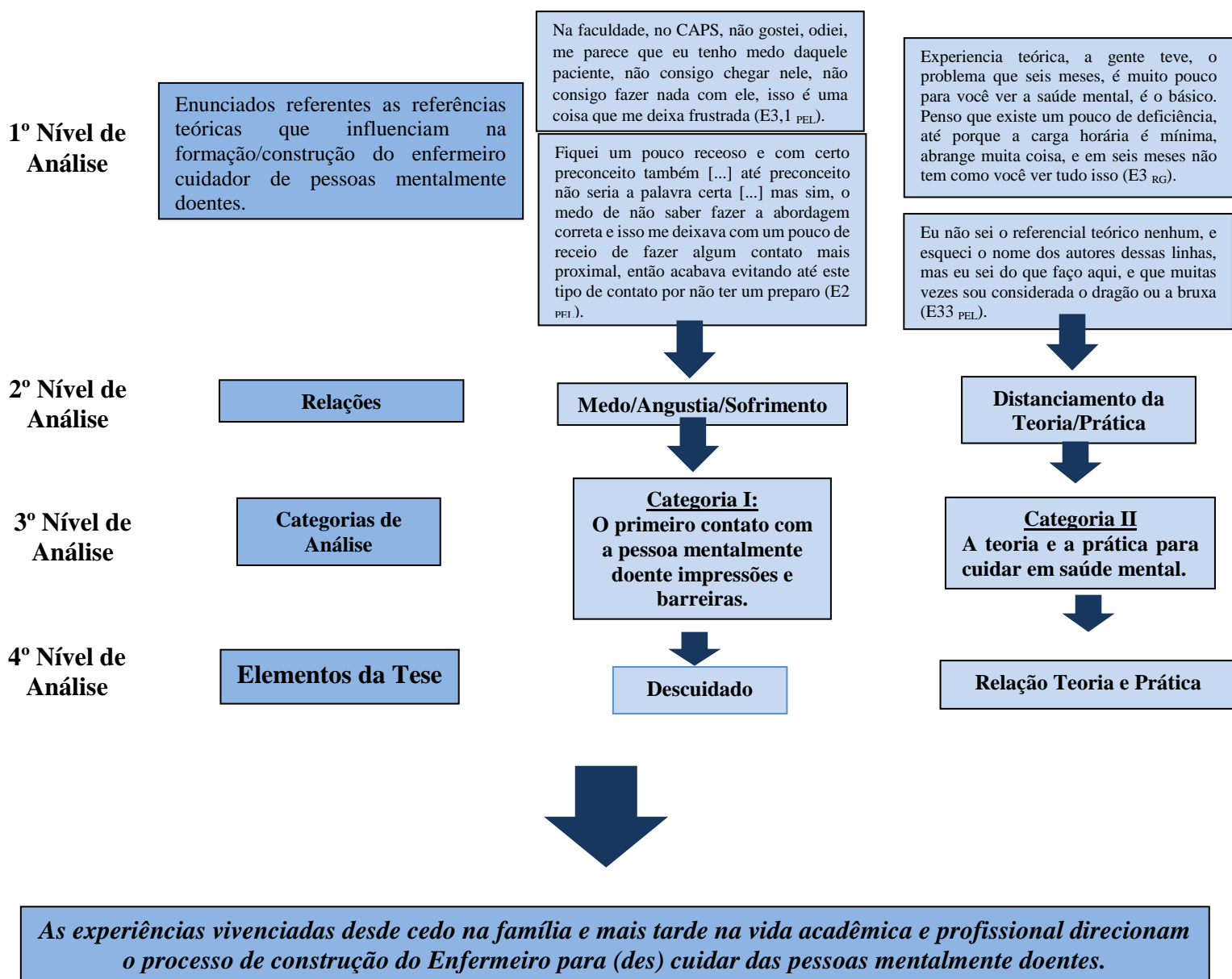
Neste capítulo são apresentados os três artigos que retratam os resultados desta tese. O primeiro intitulado “**A influência familiar na construção do enfermeiro que cuida de pessoas mentalmente doentes**”, responde o primeiro objetivo deste estudo, o qual está esquematizado na Figura 2. Três categorias: **Evitar reviver como cuidado de si; Direitos e deveres do outro sustentados nos valores, princípios e saberes trazidos da família; A percepção da família frente a pessoa mentalmente doente, o louco e a loucura.**

Figura 2 – Modelo esquemático do Artigo I



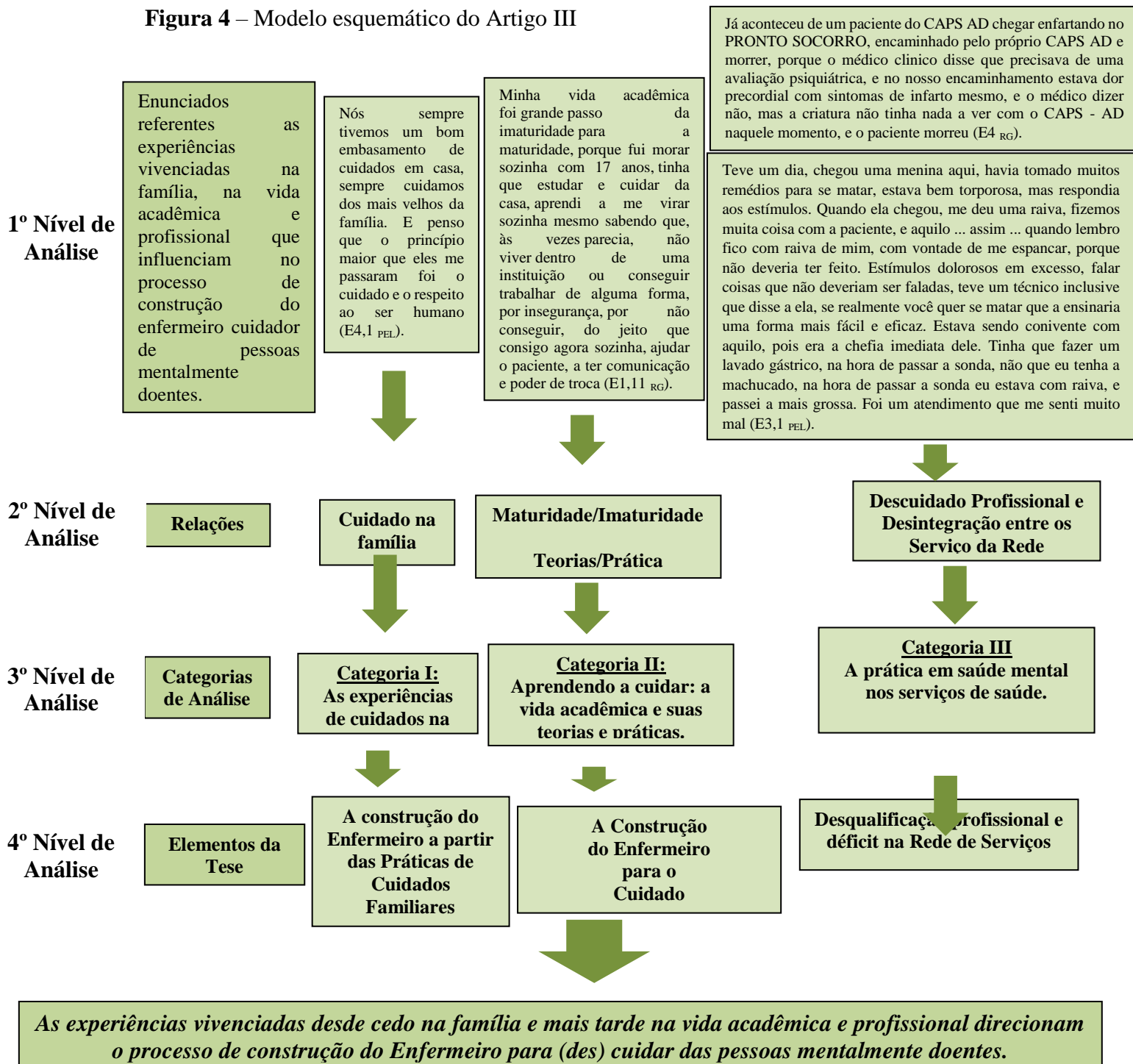
O segundo artigo intitulado: “**A enfermagem em suas teorias e práticas: a construção do acadêmico para cuidar em saúde mental**”, responde o segundo objetivo deste estudo, o qual está esquematizado na Figura 3, e aborda as bases teóricas envolvidas na construção do enfermeiro cuidador da pessoa mentalmente doente. Trata-se de um artigo estruturado com o objetivo de: **identificar as referências teóricas e práticas que influenciam na formação/construção do enfermeiro cuidador de pessoa mentalmente doente**. Duas temáticas emergiram do processo de análise. **Temática 1: O primeiro contato com a pessoa mentalmente doente impressões e barreiras**; **Temática 2: A teoria e a prática para cuidar em saúde mental**.

Figura 3 – Modelo esquemático do Artigo II



O terceiro que está esquematizado na Figura 4, foi intitulado: **As vivências familiares, acadêmicas e profissionais: na construção do enfermeiro para cuidar em saúde mental**, responde ao terceiro objetivo desta tese, sendo: “Identificar nas experiências vivenciadas na família, na vida acadêmica e profissional, o processo de construção do enfermeiro para cuidar de pessoas mentalmente doentes”. Três categorias resultaram do processo de análise. A primeira denominada as **experiências de cuidados na família**; a segunda, **aprendendo a cuidar: a vida acadêmica e suas teorias e práticas**; e a terceira, **a prática em saúde mental nos serviços de saúde**.

Figura 4 – Modelo esquemático do Artigo III



5.1 ARTIGO I – ARTIGO ENVIADO A REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP – REEUSP.

A influência familiar na construção do enfermeiro que cuida de pessoas mentalmente doentes*

The family's influence on building the nurse that takes care of mentally ill people *

La influencia familiar en la construcción del enfermero que cuida de personas mentalmente enfermas*

RESUMO:

Objetivo: Identificar as influências familiares, no processo de construção do enfermeiro que cuida de pessoas mentalmente doentes. **Método:** Estudo exploratório, qualitativo, desenvolvido com trinta enfermeiros que atuam em diferentes contextos onde as pessoas mentalmente doentes são tratadas. A coleta de dados foi realizada entre julho e dezembro de 2015, a partir de entrevistas semiestruturadas. Os dados foram submetidos à técnica de análise textual discursiva, articulado com elementos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. **Resultados:** Estão agrupados em três categorias temáticas: Evitar reviver como cuidado de si; O cuidado sustentado nos valores, princípios e saberes trazidos da família; O cuidado à pessoa mentalmente doente na perspectiva familiar: a influência destes cuidados na prática dos enfermeiros. **Conclusão:** Em conjunto essas três categorias mostram os valores, os saberes, e a cultura familiar que se agregam na construção do enfermeiro e que se expressam nas práticas que desenvolvem com as pessoas mentalmente doentes.

Descritores: **Relações Familiares; Cuidado de Enfermagem; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica.**

The family's influence on building the nurse that takes care of mentally ill people

ABSTRACT:

Objective: Identifying the family influences on the building process of the nurse that takes care of mentally ill people. **Method:** An exploratory and qualitative research developed with thirty nurses who act in different contexts where the mentally ill people are treated. The data collection was performed between July and December of 2015 from semi-structured interviews. The data were subjected to the discursive textual analysis technique, associated with elements of the Bioecological Model of Human Development. **Results:** They were classified into three thematic categories: Avoiding relive, as a self care; The care based on values, principles and knowledge acquired from the family; The family influences on the practice of the nurses' care with a mentally ill person. **Conclusion:** Together, these three categories show the values, the knowledge and the family culture that are joined on building the nurse and that are expressed on the practices developed along with the mentally ill people.

Descriptors: **Family Relationships; Nursing Care; Mental Health; Psychiatric Nursing.**

RESUMEN:

La influencia familiar en la construcción del enfermero que cuida de personas mentalmente enfermas

Objetivo: Identificar las influencias familiares, en el proceso de construcción del enfermero que cuida de personas mentalmente enfermas. **Método:** Estudio exploratorio, cualitativo, desarrollado con treinta enfermeros que actúan en diferentes contextos donde las personas mentalmente enfermas son tratadas. La coleta de datos fue realizada entre julio y diciembre de 2015, a partir de entrevistas semiestructuradas. Los datos fueron sometidos a la técnica de análisis textual discursiva, articulado con elementos de la Teoría Bioecológica del Desarrollo Humano. **Resultados:** fueron agrupados en tres categorías temáticas: Evitar revivir como cuidado de sí; El cuidado sostenido en los valores, principios y saberes traídos de la familia; Las influencias familiares en la práctica de cuidados de los enfermeros a la persona mentalmente enferma. **Conclusión:** En conjunto esas tres categorías muestran los valores, los saberes, y la cultura familiar que se agregan en la construcción del enfermero y que se expresan en las prácticas que desarrollan con las personas mentalmente enfermas.

Descriptores: Relaciones Familiares; Cuidado de Enfermería; Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica.

Introdução

O enfermeiro se constrói como cuidador a partir da bagagem de experiências e saberes acumuladas ao longo da vida, nos diferentes contextos onde vive seu cotidiano, incluindo a família, a escola, a comunidade e o trabalho, entre outros. Nessa perspectiva, é coerente pensar que este profissional inicia o aprendizado de cuidar desde as primeiras etapas de sua vida, incorporando, por exemplo, os saberes, as crenças e os valores que orientam e sustentam a vida familiar. Nesse contexto, aprende a cuidar de si e das pessoas a sua volta, seja dos idosos ou dos irmãos menores⁽¹⁻³⁾.

Nas interações entre os membros da família, os cuidados são aprendidos e repassados, associados à vínculos afetivos que traduzem a preocupação, no núcleo familiar, de uns em relação aos outros⁽⁴⁾. Entretanto, o aprendizado no seio familiar incorpora, também, os estigmas e preconceitos relacionados aos fenômenos que no “catálogo” familiar são classificados como não “normal”. Dentre esses, o transtorno mental que para muitas famílias é considerado como algo fora do padrão de normalidade e como tal se repercute na maneira como seus membros se relacionam com as pessoas mentalmente doentes.

Conseqüentemente, quando se trata da pessoa mentalmente doente, nem sempre as interações são de cuidado. Possivelmente pela natureza crônica e estigmatizada socialmente do transtorno mental, as interações entre as pessoas da família são influenciadas pelo impacto, geralmente, negativo, que reveste a experiência de conviver com o transtorno mental em um familiar ou uma pessoa próxima⁽⁵⁾.

A família, frequentemente, vivencia está problemática de maneira solitária e isolada da sociedade, em virtude da dificuldade de enfrentar os preconceitos sociais e de seus próprios membros, que ainda repudiam a pessoa mentalmente doente e a afasta do convívio em sociedade. Nesta situação, a família como o primeiro espaço onde o sujeito aprende a cuidar do outro, passa a ser *o lócus* de descuido, pois os preconceitos e estigmas arraigados são mais fortes e impactantes^(6,7).

Particularmente, quando o transtorno mental se manifesta em um de seus membros, o núcleo familiar sente as repercussões negativas que a condição provoca. A família, possui dentre suas funções, a responsabilidade de proteger e socializar seus membros, mas com a doença instalada em seu cotidiano, torna-se impotente e, ao mesmo tempo, incapacitada para cuidar, pois a doença passa a atuar sobremaneira na constituição existencial do doente e do grupo familiar⁽⁸⁾. Essas considerações evidenciam que a doença mental não afeta apenas a pessoa doente, mas atinge a família como um todo⁽⁵⁾.

Apesar do impacto negativo que a doença mental pode causar no seio familiar, o enfermeiro ainda se constrói cuidador desde que as experiências vivenciadas nesse contexto, direcionem essa construção para o cuidado. Estas experiências são evidenciadas nas relações de proximidade entre os membros familiares, e mantidas a partir das relações face a face, ou seja, numa sequência de interações recíprocas, que Bronfenbrenner denomina processos proximais⁽¹⁾.

No contexto familiar, estas relações se manifestam estabelecendo uma sequência de interações de complexidade crescente, influenciadas, principalmente, pelas características pessoais do sujeito em construção/formação, pelos diferentes níveis do seu contexto de vida e pelo tempo histórico no qual está imerso⁽¹⁾. É coerente ressaltar, ainda, que as crenças, princípios e saberes familiares embasam esta formação/construção, pois é no âmbito da família que acontecem os primeiros aprendizados de como cuidar dos familiares doentes. Aprendizado este que inicia na infância e se perpetua até a vida adulta^(1,9).

O referencial teórico utilizado para orientar o desenvolvimento deste estudo, a teoria bioecológica do desenvolvimento humano, de Bronfenbrenner (2005), considera que um processo proximal envolve a transferência de energia e informação entre um ser humano em desenvolvimento e as pessoas, objetos e símbolos no ambiente imediato. Esta transferência pode acontecer em qualquer direção, ou seja, das características do ambiente para a pessoa em desenvolvimento ou, da pessoa para o ambiente ou, ainda, em ambas as

direções, separadamente ou simultaneamente⁽⁹⁾. A formação/construção do enfermeiro cuidador de pessoa mentalmente doente no âmbito familiar, se estrutura a partir dos processos de cuidado ou descuidado dirigidos à pessoa mentalmente doente, conforme as vivências prévias familiares do enfermeiro que possui ou não um familiar com doença mental. Com base nesta perspectiva teórica, este estudo tem como objetivo identificar as influências familiares, no processo de construção do enfermeiro que cuida de pessoas mentalmente doentes.

Método

Estudo de natureza qualitativa e exploratória, desenvolvido com trinta enfermeiros que trabalham em instituições de saúde que cuidam de pessoas com transtornos mentais, incluindo: dois hospitais gerais com (dois prontos socorros, duas unidades de clínica médica, duas unidades de clínica cirúrgica e um hospital dia – HIV/AIDS); dois hospitais psiquiátricos; cinco Centros de Atenção Psicossociais (um CAPS AD, três CAPS II e um CAPS III), três Unidades Básicas de Saúde. Todos esses localizados em dois municípios da zona sul do Brasil.

A fim de preservar o anonimato, os participantes foram identificados com um código formado pela letra maiúscula “E” de Enfermeiro, seguido de um numeral que indica o tempo de formação e a letra “A” ou “B” indicando a cidade onde trabalha (Cidade A ou Cidade B). Para exemplificar: E_{4A} ou E_{31B}. Os dados foram coletados entre os meses de julho e dezembro de 2015, utilizando entrevistas semiestruturadas, com duração média de uma hora e trinta minutos cada uma.

Após a transcrição, os dados foram submetidos a análise textual discursiva⁽¹⁰⁾, em uma sequência de quatro níveis de análise: a desmontagem dos textos se deu a partir da análise dos enunciados referentes aos relatos dos enfermeiros acerca de suas construções para cuidarem de pessoas mentalmente doentes; o estabelecimento das relações definiu o processo de categorização, articulado com elementos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, dentre estes, os processos proximais. O estudo recebeu uma certificação ética do Comitê de Ética em Pesquisa, da instituição ao qual está vinculado, sob o parecer nº. 73/2015. Todas as determinações da Resolução 466/12 do Ministério da Saúde foram respeitadas e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Caracterização dos participantes

Dentre os trinta enfermeiros que participaram deste estudo, vinte e seis são do sexo feminino e quatro do sexo masculino; quatro são divorciados, seis casados, seis solteiros com companheiro, e quatorze são solteiros. O tempo de atuação profissional variou entre um ano e um mês a trinta e quatro anos e desenvolvem suas práticas laborais em diferentes áreas do cuidado de enfermagem. É importante destacar que destes trinta enfermeiros, dezesseis possuíam um familiar com transtorno mental, cuidados no âmbito da família. Os transtornos mentais mais comuns eram: Transtorno bipolar afetivo, Esquizofrenia, Retardo mental, Dependência química em álcool e outras drogas.

Participaram deste estudo trinta enfermeiros. Quatorze de uma cidade A e dezesseis de uma cidade B. Da cidade A: dois de CAPS; dois de Hospital Psiquiátrico; sete de Hospital Geral; três de Unidades Básicas de Saúde. Da cidade B: Cinco de CAPS; dois de Hospital Psiquiátrico; seis de Hospital Geral; três de Unidades Básicas de Saúde.

Os trinta enfermeiros participantes deste estudo tiveram uma educação rígida na infância. São provenientes de famílias patriarcais e apreenderam com os pais valores morais, éticos e culturais. Em quinze destas famílias, seus membros convivem diariamente com um familiar doente mental, seja um pai, um irmão, um primo ou prima, um tio ou tia, uma avó ou avô. Esses familiares possuem transtornos leves, mas alguns são portadores de transtornos crônicos, como esquizofrenias, transtornos do humor, além de álcool, cocaína e craque.

Evitar reviver como cuidado de si

Esta categoria engloba as experiências vivenciadas na família, principalmente na infância e adolescência, que segundo o ponto de vista de oito enfermeiros participantes deste estudo, foram situações marcantes, por eles consideradas como fontes de aprendizado. No contexto familiar, permeado pela violência paterna e sentimento de insegurança, esses enfermeiros, conseguiram superar essas dificuldades e produzir cuidados na família. A violência intrafamiliar, geralmente, era praticada pelo pai embriagado ou usuário de múltiplas drogas como cocaína, craque e maconha.

O convívio entre os membros da família era de constante insegurança, pois o progenitor dependente químico agredia física e moralmente os filhos e as pessoas de sua

convivência. Muitas vezes, a família necessitava buscar abrigo e segurança na vizinhança para fugir da violência e insegurança que sentiam.

Apesar das experiências adversas, vividas cotidianamente, esse grupo de enfermeiros desenvolvia cuidados direcionados aos irmãos menores, às mães e às avós. Entretanto, mais tarde, as repercussões negativas da doença mental, principalmente a dependência química, favoreceram para o distanciamento, desses profissionais em relação às pessoas mentalmente doentes, incluindo aquelas com transtornos mentais, sem o uso e abuso de substâncias químicas.

A forma de enfrentar situações semelhantes, mais tarde, foi referida como o desejo de se afastarem da pessoa mentalmente doente, não exatamente como uma opção pela negligência do paciente a seus cuidados, mas como forma de autoproteção e autocuidado, conforme relatam E_{3,00A}, E_{32A}, E_{4A}, E_{31A}, E_{5B}, E_{33B}, E_{15B}, E_{18B}. As experiências vivenciadas na família, produziram efeitos dolorosos nestes profissionais, de tal forma que ao se depararem com uma pessoa mentalmente doente, em qualquer contexto de cuidado profissional, a primeira reação é fugir daquela situação, pois até mesmo o contato com este paciente lhes traziam lembranças da infância que geravam sofrimentos e angústias (E_{3,00A}, E_{32A}).

Estes profissionais estão cientes de suas responsabilidades e, de certa forma, entendem seus papéis de cuidadores, mas enfrentar uma situação de emergência psiquiátrica, um surto psicótico ou os efeitos alucinógenos do álcool e das drogas, representa para eles reviverem um passado que desejam esquecer ou, pelo menos, enclausurar na memória (E_{3,00A}, E_{4B}, E_{5B}). As atitudes dos enfermeiros, quando se deparam com estas situações são de, imediatamente, remanejar este paciente para outro colega ou, ainda, atender suas necessidades o mais rápido possível e encaminhá-los ao serviço especializado (E_{3,00A}, E_{32A}, E_{5B}, E_{18B}). Assim, a prioridade no atendimento não é maltratar a pessoa mentalmente doente, mas, distanciar-se das lembranças que a situação faz recordar.

Os enfermeiros (E_{3,00A}, E_{32A}, E_{4A}, E_{31A}, E_{5B}, E_{33B}, E_{15B}, E_{18B}) têm consciência das razões que influenciam suas ações e que em termos da prática da enfermagem, estão comprometidos com ações de cuidado. Ou seja, de modo geral, desempenham suas funções de cuidador, mantêm o respeito e consideração às pessoas, fortalecendo os vínculos familiares e afetivos para melhorar a condição de vida da pessoa doente. Entretanto, quando se trata dos cuidados às pessoas com dependência química em álcool

e outras drogas, apresentam maiores dificuldades de promover o cuidado, pois segundo os participantes deste estudo, as “marcas” deixadas na família pelo dependente químico são imperdoáveis e ficam na memória para sempre (E_{3,00B}, E_{32B}).

Outra experiência marcante é o desarranjo familiar promovido pela pessoa mentalmente doente. Muitas vezes, a insônia, a agitação psicomotora e os sintomas mais comuns do transtorno mental como as alucinações, o autismo, a confusão mental generalizada, interfere na qualidade de vida familiar. As repercussões destes eventos geram, além dos desafetos na família, uma certa preocupação dos familiares, pois não sabem e, muitas vezes, ignoram a doença mental por desconhecerem uma forma de cuidar e tratar estes acometimentos mentais (E_{15A}, E_{18A}, E_{31A}, E_{5B}).

Assim, os enfermeiros que tiveram experiências prévias com a doença mental, principalmente, com familiares com transtornos mentais crônicos, alcoolistas, usuários de cocaína e craque, apresentam barreiras em cuidar e até de se aproximar da pessoa mentalmente doente em sua atividade acadêmica e profissional. Especificamente, neste estudo, estes profissionais apesar de aprenderem no âmbito da família os valores, como respeito, dignidade e cuidar dos outros, procuram se afastar da pessoa mentalmente doente para evitar reviverem o passado de angústia, medo e recordação do sofrimento vivenciado no âmbito da família.

O cuidado sustentado nos valores, princípios e saberes trazidos da família

Nesta categoria estão incluídas as respostas dos enfermeiros que consideram a família como referência de apoio entre seus membros para manutenção da dignidade e respeito entre as pessoas, pois o que foi incorporado na infância se estabelece como referência para o cuidado na vida profissional (E_{11B}, E_{4B}, E_{2B}, E_{9B}, E_{4,1B}, E_{25A}). Os princípios e os valores familiares como honestidade, respeito ao outro, são incorporados como um direito que a pessoa tem e um dever que se aprende desde cedo. Esta perspectiva foi destacada por dezenove dos trinta enfermeiros entrevistados.

Para estes profissionais, princípios básicos, integrados no processo de cuidar foram aprendidos na família, observando outros membros cuidarem como suas avós, tias e mães. Afirmam que o cuidado aprendido no cotidiano familiar foi incorporado desde cedo, incluindo gestos de solidariedade, compaixão, agregamento, solidariedade. Salientam, ainda, que todos esses cuidados aprendidos na família, fazem parte de suas construções como seres humanos e os acompanham na vida profissional (E_{32A}, E_{1,1A}, E_{10B}, E_{34B}).

O respeito foi um dos aprendizados mais enfatizados pelos participantes. Este se expressa quando, ao cuidar da pessoa mentalmente doente, buscam entender suas dificuldades e o impacto que a patologia provoca sobre a família. Inclui, também, o respeito ao familiar que procura o serviço para o cuidado no transtorno mental (E_{11A}, E_{4A}, E_{2A}, E_{9A}, E_{010A}, E_{3B}). Mesmo quando a pessoa dependente química ou com transtorno mental era o responsável pela educação dos filhos, os valores foram repassados, sendo o respeito um forte elemento que perdura na vida profissional do enfermeiro. Muitas vezes, o respeito não era o melhor exemplo do progenitor, pois este desrespeitava a família quando embriagado ou sob os efeitos de drogas, entretanto era uma exigência dele para com os filhos ou sobrinhos (E_{3,00B}, E_{32B}).

O princípio da honestidade foi relatado, também, como um valor repassado pela família. A honestidade aprendida na família, compreende em dizer sempre a verdade, manter uma relação de seriedade entre as pessoas do convívio comum. Este princípio agregado da família para a prática profissional simboliza orientar a pessoa mentalmente doente e sua família em relação aos cuidados direcionados a saúde da pessoa adoecida mentalmente, não negar ou abster-se de informações e orientações acerca de sua patologia, com a intenção de promoção de saúde e qualidade de vida, mantendo sua dignidade, autonomia e subjetividades.

Nesse princípio, os participantes deste estudo priorizam as relações face a face, o cuidado relacional terapêutico, com a intenção de promover a socialização e, além disso, orientar as pessoas mentalmente doentes sobre a condição da doença mental e suas perspectivas futuras (E_{03A}, E_{2A}, E_{34A}, E_{1,6B}, E_{3B}, E_{10B}, E_{33B}).

Evidenciou-se neste estudo, que para manter todos estes princípios relatados pelos enfermeiros, participantes deste estudo, existe a necessidade de se estabelecer uma boa comunicação entre as pessoas, promovendo a escuta e, muitas vezes, tentando entender subjetivamente/simbolicamente a problemática do paciente e suas famílias. Neste contexto, os enfermeiros aprenderam no âmbito da família a desenvolver as relações interpessoais, as quais promovem a comunicação, a escuta e a empatia, essa como forma de entender subjetivamente a importância do outro nas relações de cuidados, priorizando as relações proximais e o contato face a face (E_{18A}, E_{15A}, E_{13B}, E_{2B}, E_{10B}, E_{1,6B}).

Dessa forma, a pessoa é cuidada com respeito, dignidade e preocupação. Aprendizados, desenvolvidos e apreendidos na família e estendidos à vida acadêmica e

profissional. Estes princípios são capazes de moldar a maneira de cuidar, influenciando diretamente nas relações entre o cuidador e o ser cuidado.

O cuidado à pessoa mentalmente doente na perspectiva familiar: a influência destes cuidados na prática dos enfermeiros

Nesta categoria, os trinta enfermeiros do estudo, descrevem os cuidados e descuidados que prevalecem em suas famílias acerca da pessoa mentalmente doente. Evidenciou-se que apesar da família construir e repassar saberes, princípios e valores desde a infância até a idade adulta aos enfermeiros, no núcleo familiar, a pessoa mentalmente doente ainda é motivo de preconceitos, estigmas e marginalização. A partir destas constatações, detecta-se três situações, que implicam sobremaneira nas formas de cuidados dos enfermeiros, pois são diretamente influenciados pela cultura familiar.

Na primeira, as famílias que não possuem em seu meio uma pessoa mentalmente doente, apesar de não vivenciarem diretamente a problemática da doença mental se sensibilizam e procuram entender, cuidar e não atuar com preconceito e estigma frente a doença mental (E_{03B}, E_{2A}, E_{1,5B}). Nestas famílias, os enfermeiros se constroem desde a infância, aprendendo a respeitar as pessoas, não julgar condutas e conviver com a doença mental de maneira saudável (E_{1,11A}, E_{25A}).

A convivência com as pessoas mentalmente doentes, foi estimulada pelos familiares, a participante do estudo relata que brincavam com criança autistas, com deficiência física, retardo mental, pois eram muito próximas a ela. Em nenhum momento foi restringida de conviver com essas crianças. Dessa forma, aprendeu que pessoas diferentes precisam, da mesma forma, de respeito, cuidado e consideração (E_{1,11A}).

Nas diferentes etapas de suas vidas, intrafamiliar, acadêmica e profissional, estes enfermeiros estão orientados para cuidar e entender a individualidade do ser humano (E_{03B}, E_{4,1B}, E_{34A}). Suas práticas de cuidados envolvem atenção, consideração e respeito, as quais apreenderam desde as primeiras relações familiares (E_{4B}, E_{3B}, E_{3,0A}).

Na segunda situação, estão as famílias que possuem entre seus membros uma pessoa mentalmente doente, e cuidam desses familiares. As práticas de cuidados são desenvolvidas na convivência saudável entre os familiares com doença mental. O equilíbrio entre os momentos estáveis e instáveis do familiar doente, são motivados por cuidados de atenção, carinho e zelo, pois enfrentam a sobrecarga de cuidar para manterem a harmonia familiar. Em que concerne os preconceitos sociais e estigmas em relação à

doença mental, nas famílias de E_{03A} e E_{11B}, conseguem administrá-los, de maneira que, muitas vezes, esses preconceitos passam despercebidos.

Nos relatos dos participantes do estudo ter um familiar com uma patologia mental é motivo para a família isolar-se socialmente. Entretanto, nestas famílias os cuidados superam preconceitos e estigmas sociais. Assim, as famílias cuidam da pessoa mentalmente doente, estimulando a convivência social, a reinserção na sociedade (E_{9B}, E_{010B}). No âmbito destas famílias é preconizado a convivência com outras pessoas próximas e na sociedade como um todo, pois frequentam com seu familiar doente eventos para lazer e diversão, participam de festas na comunidade, dentre outras coisas (E_{6A}, E_{3A}, E_{10B}).

Na terceira situação estão as famílias que, de certa forma, descuidam de seus familiares com transtornos mentais. Elas são referidas por doze enfermeiros. Para E_{1,1B} e E_{2B}, a desorganização no cotidiano da família provocadas pelos sintomas da doença mental causa preconceito, estigma, e muitas vezes, o abandono do familiar doente, por parte de quem deveria cuidá-lo (E_{32A}, E_{18A}, E_{31A}, E_{5B}, E_{33B}).

É enfatizado nos relatos dos enfermeiros a exclusão social, da pessoa mentalmente doente, no seio familiar. Nesta convivência eram demonstrados afetos desajustados, insultos desferidos pelo pai embriagado que agredia, muitas vezes, sem motivos aparentes, e mantinha os filhos em cárcere privado (E_{3,00A}). Constatou-se que nas famílias que possuem familiares alcoolistas ou dependentes químicos, de cocaína e/ou craque, a convivência familiar, muitas vezes, se torna insustentável, e de certa forma, os cuidados familiares são de afastamento e muitas vezes, medo e receio de uma convivência mais próxima (E_{32A}, E_{18A}, E_{3,00A}).

Nestas famílias, os enfermeiros mesmo com uma formação moral, ética e cultural, aprendida na família, com base no respeito, na dignidade, na solidariedade, seus educadores familiares não aceitam a loucura e a pessoa mentalmente doente. Evidencia-se que no âmbito destas famílias a pessoa doente é interpretada como alguém sem capacidade cognitiva e intelectual para desempenhar seu papel social (E_{1,6B}, E_{1,1B}).

Com isto, é importante destacar que os descuidados, o despreparo e um certo repúdio em relação a pessoa mentalmente doente, por parte dos enfermeiros, é mais uma forma de se distanciarem dos sentimentos negativos e da desvalorização que os marcou na infância e na adolescência. Sentimentos estes, muitas vezes, provenientes dos seus progenitores, principalmente, o pai.

Discussão

Os resultados deste estudo apontam elementos da constituição pessoal do enfermeiro que podem contribuir para a compreensão e remodelagem da prática desenvolvida com certos pacientes. A influência familiar é o arcabouço constituinte para o aprendizado de valores, princípios e saberes que são determinados no âmbito da família como um mundo de relações, a partir de uma sequência de processos proximais vivenciados face a face em diferentes contextos. Estes processos se concretizam quando existe aproximação entre as pessoas num determinado contexto onde acontecem as relações, seja, por exemplo, na família, na escola, ou no trabalho^(2,1,4).

A construção do enfermeiro cuidador, no caso deste estudo, é concebido como um fenômeno que se desenrola ao longo do ciclo de vida, numa sequência de interações recíprocas, de complexidade crescente, influenciado pelas características pessoais do sujeito em construção, os diferentes níveis do seu contexto de vida e do tempo histórico no qual está imerso. Este processo de construção se constitui em um fenômeno que envolve continuidades e mudanças, caracterizado por um conjunto de interações que envolve o universo familiar, como um microssistema, em constante reciprocidade⁽¹⁾.

Na continuidade deste processo de construção, a formação familiar extrapola o limite do individual e envolve as intersubjetividades de cada sujeito que a compõem, com as experiências culturais e seus mitos arraigados em sua constituição, estendidos ao grupo familiar, às vezes, focado naquelas pessoas em que se pode confiar, a partir dos princípios morais que fundamentam a família, estruturando suas relações^(2,3).

Partindo-se dessa premissa é na família que o enfermeiro aprende a cuidar e a ser cuidado, entretanto no emaranhado de valores familiares emergem subjetividades e singularidades pessoais, pois apesar de incorporar conceitos e preceitos da família, o sujeito enfermeiro, também, se constrói sobre forte influência de suas ações e relações sociais que, geralmente, determinam sua forma de agir e pensar sobre o mundo que o rodeia, numa sequência de relações recíprocas^(1,3).

Entretanto, nesta construção pessoal emerge a necessidade de cuidar de si mesmo, neste estudo, como forma de afastar recordações vivenciadas na infância, como autoproteção e autocuidado para evitar o sofrimento experienciado com as repercussões negativas da convivência com a doença mental e a dependência química. Em tese, pode-se afirmar que o enfermeiro faz uma ruptura do seu ambiente imediato, o contexto de

cuidado a pessoa mentalmente doente, demonstrando barreiras em cuidar, não interagindo com a pessoa doente, e assim, impedindo as interações recíprocas face a face⁽¹⁾.

Especificamente, estas necessidades se consolidam na prática laboral do enfermeiro, pois nos diferentes contextos em que atua, ou seja, onde cuida das pessoas, se depara com uma complexa rede de significados e relações que envolvem o autoconhecimento, a atenção a própria saúde, incluindo as relações interpessoais entre seus pares e a pessoa a ser cuidada. Mas, neste processo de construção é mais forte sua individualidade, preconizando o cuidado de si mesmo, o que não significa descuidar do outro^(11,12).

Todavia, no cuidado à pessoa mentalmente doente, o cuidar de si mesmo, se mostra numa emaranhada rede subjetiva que interfere no autocuidado dos profissionais enfermeiros⁽¹³⁾. Assim, o significado do cuidado de si mesmo, o autocuidado e a autoproteção, se inter-relacionam numa única necessidade, a de se manter numa relação saudável consigo mesmo, porque somente assim pode se relacionar com o outro de forma a promover a qualidade de vida tanto para si mesmo, como para o ser cuidado⁽¹⁴⁾.

Neste contexto, evidencia-se que simbolicamente a doença mental, incluindo a dependência química, no microsistema familiar, na maioria das vezes, é um fator que promove a ruptura do processo proximal entre os membros da família, pois as interações entre as pessoas acontecem em um ambiente instável, influenciados pelos conceitos de louco e loucura concebidos no âmbito da família acerca da pessoa mentalmente doente⁽¹⁵⁾. No entanto, é comum nestas famílias a formação de um núcleo familiar fortalecido, capaz de somar forças capaz de amenizar as repercussões negativas da doença mental. Este núcleo familiar promove interações entre os membros familiares saudáveis para a superação deste cotidiano difícil, e às vezes, ainda conseguem, dentro desta situação conturbada, cuidar da pessoa mentalmente doente⁽¹⁵⁾.

É importante ressaltar que, nas famílias, as quais as interações recíprocas e as relações interpessoais foram a base da construção desde o início da vida do enfermeiro^(1,16), o enfrentamento da doença mental é manejado de forma saudável e com preocupação ao cuidado do outro. Neste contexto, o enfermeiro em construção incorpora estas práticas de cuidados em sua vida profissional, pois a família para o enfermeiro, é considerada como o centro de aprendizado e base para a formação pessoal e social dos indivíduos. Apesar, de às vezes, terem um contexto, de desafios e contradições, é o local em que se aprende a cuidar de si e dos outros, norteados por valores e princípios

construídos com base familiar, em que as relações de respeito, honestidade e consideração ao outro promovem vínculos indissociáveis na prática de cuidado intrafamiliar⁽⁴⁾.

No cotidiano das famílias a empatia promove as relações proximais entre seus membros, a aproximação com o outro, enfatizando a preocupação em torno de situações problemas, é o alicerce que permite vivenciar e resolver a problemática enfrentada. As relações proximais permitem que os membros do núcleo familiar cuidem um dos outros, a partir de um elo exteriorizado pelo afeto, amor, carinho e respeito^(1,17,4).

O cuidado no sentido de amor e afeto reflete um momento singular entre as pessoas, ele vai além das desavenças e desafetos, pois é normatizado pela segurança de ser e estar em família^(4,18). Observa-se, neste contexto, um indivíduo singular, que tem suas perspectivas pessoais, mas se torna único em função do grupo familiar, o qual permite revelar angústias, temores e medos, com a premissa de se sentir seguro e confiante, pois não estará sozinho, porque a família é um estende forte para qualquer problema a ser enfrentado. A família se torna o centro de atenção, de cuidado, de segurança, de apoio, pois entre as pessoas que a compõe existe o respeito da individualidade do outro⁽⁴⁾.

Os fortes laços afetivos que promovem o fortalecimento entre seus membros é um elo que não se destrói, mesmo em situações que comprometam, a família ou um de seus membros⁽⁴⁾. Na experiência com a doença mental, por exemplo, a família cuida do indivíduo de maneira que ele não se expunha perante a sociedade, ou seja, a família consegue camuflar o problema tomando ele para si, com a finalidade de proteção, amparo, assim o sofrimento não é percebido ou vivenciado apenas pela pessoa mentalmente doente, mas também, por toda sua família, que nesta situação lhe dá a segurança de não estar sozinho⁽¹⁹⁾.

Nestas experiências de bons tratos familiares na construção do enfermeiro, repercute de forma positiva profissionalmente em sua prática assistencial, pois da mesma forma que apreendeu a cuidar na família, o enfermeiro repassa este cuidado a pessoa mentalmente doente e seus familiares. Este cuidado é permeado pelo respeito, pela consideração ao outro, de forma empática e associado as relações proximais, momento em que o profissional utiliza seus saberes, princípios e valores repassados no âmbito da família, para promover a segurança, o apoio, o zelo e consideração a pessoa mentalmente doente.

Considerações Finais

A base familiar, neste estudo, demonstrou que é uma dimensão fortemente responsável pela construção do enfermeiro que cuida de pessoas mentalmente doentes. A partir dos diferentes ciclos de vida deste profissional se observou que o cuidado aprendido é repassado como um compromisso de apoio, de ajuda, de interação entre as pessoas do grupo familiar, mesmo naquelas famílias com relações conflituosas.

Na prática da enfermagem difundir conhecimentos acerca da família, suas perspectivas, cultura, princípios, valores e saberes, está interligado a conhecer as práticas e saberes desenvolvidos pelos enfermeiros nos diferentes contextos de cuidados que estes profissionais atuam. Pois, as relações familiares direcionam o processo primário das vivências cotidianas, que no cuidado de enfermagem são aplicados como princípios básicos incorporados desde a infância até a vida adulta do sujeito enfermeiro em construção.

Mesmo que em determinado momento desta construção como cuidador, o enfermeiro, necessita rever conceitos e saberes, especificamente, estabelecer suas prioridades como o autocuidado e o cuidado de si mesmo, para enfrentar determinadas situações problema, o que foi incorporado na vivência familiar é um elo que fundamenta suas ações e práticas. A partir disso, este profissional molda-se com princípios morais e éticos que o permitem cuidar de outros seres humanos, com base no que lhe foi repassado nos diferentes ciclos da vida.

Assim, se enfatiza que o enfermeiro se constrói com um forte embasamento familiar, pois é neste cotidiano que aprende a cuidar, a partir da cultura, das crenças e valores, norteados por princípios e saberes que incorpora nos diferentes ciclos de vida, e os consolida na atuação como cuidador em sua vida profissional.

Referências

1. Bronfenbrenner U, Morris PA. The ecology of developmental processes. In: Lerner RM (Ed), Handbook of Child Psychology. 5th ed; v.1, p. 993-1028. New York 1998.
2. Sarti CA. A família como ordem simbólica. Psicologia USP, 2004, 15(3):11-28.
3. Sarti CA. Famílias brasileiras: jovens, leis e moralidade. In: Mundo da família: conceitos e manejo do atendimento. Bedoian G, Fender SA. 1ª Ed. São Paulo: Projeto Quixote Área Ensino e Pesquisa. 2010.
4. Elsen I, Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização. 2ª Ed. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS (organizadores). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2004. p.19-28.
5. Pinho LB, Rodrigues J, Kantorski LP; Olschowki A, Schneider JF. Desafios da prática e saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. Rev. Eletr. Enf. [internet]. 2012 jan/mar, 14(1): 25-32.

- 6.Santos AM, Silva MRS. The experience of caring for an alcoholic woman in the family. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Dec 09] ; 46(2): 364-371. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200014&lng=enhttp://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200014
- 7.Santos AM, Silva MRS, Silva, PA. O cotidiano dos filhos que convivem com a mãe alcoologista. Cienc Cuid Saude 2013 Out/Dez; 11(4):697-703.
- 8.Gomes MS, Mello R. Overload generated by the interaction with schizophrenia patients: nursing building family care. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) Original Article 8(1):[07 screens] Jan.-Apr. 2012.
9. Bronfenbrenner U. Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. (pp – 3-15). Thousand Oaks, CA: Sage. 2005.
10. Moraes R, Galiazzi MC. Análise Textual Discursiva. Ijuí: Editora Unijuí. 2011.
- 11.Ferreira ES, Souza MB, Souza NVDO, Tavares KFA, Pires AS. The importance of self-care for nursing professionals. Cienc Cuid Saude 2015 Jan/Mar; 14(1):978-985.
- 12.Silva IJ, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radünz V, Santos EKA, Santana ME. Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. Rev Esc Enferm USP 2009; 43(3):697-703. www.ee.usp.br/reeusp/
- 13.Silva AA, Terra MG, Leite MT, Freitas FF, Ely GZ, Xavier MS. Nursing and self-care in the world of psychiatric care. J. res.: fundam. care. online 2015. jan./mar. 7(1):2011-2020.
- 14.Silva AA, Terra MG, Gonçalves MO, Souto VT. O cuidado de si entre profissionais da enfermagem: revisão das dissertações e teses brasileiras. Revista Brasileira Ciências da Saúde, 2014, 18(4):346-352. <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>
- 15.Santos SS, Soares MH, Hirata AGP. Attitudes, knowledge, and opinions regarding mental health among undergraduate nursing students. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(5):1202-10 www.ee.usp.br/reeusp/
- 16.Stefanelli MC (Org.), Fukuda IMK (Org.), Arantes EC (Org.). Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. 1ª. ed. Barueri (São Paulo): Manole, 2008. v. 1. 668 p.
17. Waldow VR. Atualização do cuidar. Chia. 2008. 8(1):85-96.
- 18.Brischiliari A, Waidman MAP. O portador de transtorno mental e a vida em família. Esc Anna Nery (impr.)2012 jan-mar; 16 (1):147- 156.
19. Gutierrez DMD, Mimayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. Ciência & Saúde Coletiva, 2010, 15(Supl. 1):1497-1508.

5.2 ARTIGO II – ARTIGO ENVIADO A REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – REBen.

Bases teóricas/práticas para formação do enfermeiro cuidador de pessoa mentalmente doente

Resumo:

Objetivo: Identificar as referências teóricas e práticas que influenciam na formação do enfermeiro cuidador de pessoa mentalmente doente. **Método:** Estudo qualitativo, exploratório, realizado com trinta enfermeiros. A coleta dos dados ocorreu entre julho e dezembro de 2015, através de entrevistas semiestruturadas, nas unidades de saúde onde os participantes trabalham. Os dados foram submetidos a análise textual discursiva, tendo como referencial teórico a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. **Resultados:** apresentados em dois agrupamentos temáticos: A construção/formação do enfermeiro em uma perspectiva temporal – antes e após a reforma psiquiátrica; O primeiro contato com a pessoa mentalmente doente: o acadêmico de enfermagem nas práticas de cuidados. **Conclusão:** É fato que ainda, nos cursos de graduação o antigo modelo de assistência à pessoa mentalmente doente, é aplicado submerso aos novos paradigmas da assistência, desta forma, é necessário de fato aplicar os preceitos da Reforma Psiquiátrica, instrumentalizando os profissionais e acadêmicos.

Descritores: Prática Profissional; Enfermagem em Saúde Mental; Estudantes de Enfermagem; Educação em Enfermagem.

Bases teóricas/práticas para formação do enfermeiro cuidador de pessoa mentalmente doente

Introdução

Durante a vida acadêmica, o enfermeiro se constrói como profissional a partir de um conjunto de saberes que, gradativamente, lhe capacita cuidar das pessoas. Os saberes são normatizados pela ética profissional que regula sua prática frente a sociedade e a pessoa sob seus cuidados⁽¹⁾. Conforme avança em seu aprendizado formal, ele incorpora novos conhecimentos e as práticas de cuidados se aperfeiçoam. Mesmo com uma formação generalista que lhe habilita a prestar cuidados em diferentes áreas da enfermagem, na medida que o processo de formação evolui, o futuro profissional começa a se identificar mais fortemente com uma determinada área do conhecimento, não significando que seja sua área de atuação depois de formado.

Este estudo examina o processo de construção/formação do enfermeiro cuidador de pessoas mentalmente doentes, com ênfase nas referências as quais incorpora durante a vida acadêmica, mas sem desconsiderar que este é um processo que envolve diferentes contextos. Incluindo, dentre esses contextos, a família onde apreende certos valores referenciais para a vida profissional e a sociedade, a partir da qual incorpora a concepção de cuidado aos seres humanos⁽²⁾.

Observa-se que não é raro o acadêmico apresentar dificuldades para cuidar das pessoas com transtornos mentais. Esta dificuldade decorre, muitas vezes, da influência de experiências vividas anteriormente, seja na família ou na sociedade em geral, as quais podem influenciar de forma negativa no desenvolvimento de habilidades específicas requeridas nesse campo⁽³⁻⁴⁾. Em virtude disso, alguns autores afirmam a importância dos profissionais que trabalham em saúde mental terem um perfil com características que denotem facilidade para estabelecer relações terapêuticas, habilidade de escuta, acolhimento, disponibilidade e compromisso para com o outro⁽⁵⁻⁶⁾.

Orientada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), a formação do enfermeiro é idealmente generalista, humanista, crítica, reflexiva, além de contemplar o cuidado das pessoas em qualquer área da enfermagem. Mesmo recém graduado, o enfermeiro pode assumir responsabilidades técnicas e de cuidados nos diferentes ambientes, atendendo as necessidades sociais da saúde, integrados nas recomendações do Sistema Único de Saúde (SUS), em diferentes níveis de atenção à saúde⁽⁷⁻⁸⁾.

O acadêmico de enfermagem, desde o início de sua formação universitária tem curiosidade e maior interesse para os estágios curriculares que investem no campo da técnica. Se evidencia como prática de cuidados de enfermagem, o enfermeiro em formação/construção, voltando sua preferência para o desenvolvimento de técnicas como: punções venosas, cateterismos vesicais de demora, sondagens nasoentéricas e nasogástrica^(5-6,9). Entretanto, neste contexto de ensino-aprendizagem, é prioritário que o estudante detenha um conhecimento, também, teórico para o desenvolvimento e aperfeiçoamento técnico.

Em virtude disso, o arcabouço teórico que envolve o cuidado de enfermagem com embasamento filosófico, para a formação/construção do profissional crítico e reflexivo sobre o cuidado humano integral, além de não despertar o interesse dos alunos, são categorizados como menos importantes para o saber/fazer na enfermagem⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Em se tratando de um cuidado que mobiliza questões mais subjetivas, voltadas para a escuta, comunicação e as relações interpessoais, muitas vezes, é ainda mais difícil a interação do enfermeiro em formação/construção com o paciente que necessita deste cuidado^(9,12). Neste contexto, está inserida a pessoa mentalmente doente, através das disciplinas de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, as quais priorizam a dimensão interpessoal do cuidado, que envolve a subjetividade dos sujeitos a serem cuidados⁽¹³⁻¹⁴⁾. Todavia, na maioria das vezes, o acadêmico de enfermagem durante seu processo de

formação, nesta área específica, não desperta para estas práticas de cuidados, e ao se deparar com a pessoa adoecida mentalmente, apresenta barreiras para o desenvolvimento das relações proximais, face a face⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Com base nestas considerações, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de identificar as referências teóricas e práticas incorporadas a partir da vida acadêmica, as quais influenciam na formação/construção do enfermeiro cuidador de pessoa mentalmente doente.

Para responder à esse objetivo foi utilizada como referencial teórico a teoria biológica do desenvolvimento humano, de Urie Bronfenbrenner⁽¹⁵⁾. Nesta perspectiva, o processo de construção de um ser humano é concebido como um fenômeno que se desenrola em uma sequência de interações recíprocas, de complexidade crescente, influenciado tanto pelas características pessoais do sujeito em construção, quanto pelo contexto e o tempo nos quais ele está inserido.

Aplicado a este estudo, o processo de construção/formação do enfermeiro, pode ser compreendido como um fenômeno que se desenrola em uma sequência de interações vivenciadas face a face, denominadas de processos proximais, as quais envolvem a transferência de saberes teóricos e práticos entre o acadêmico e as pessoas, objetos e símbolos presentes nos diferentes contextos que direta ou indiretamente influenciam sua formação⁽¹⁵⁾. O contexto está prioritariamente delimitado à vida acadêmica, embora as interações vivenciadas na família e noutros ambientes não possam ser isoladas. E o tempo é o de formação, ou seja, o tempo histórico de vir a ser profissional, com as influências determinadas, por exemplo, pelas políticas de educação em vigência⁽¹⁵⁾.

Metodologia

Estudo exploratório, de natureza qualitativa, desenvolvido com trinta enfermeiros que trabalham em instituições de saúde que cuidam de pessoas com transtornos mentais, incluindo: dois hospitais gerais (dois prontos socorros, duas unidades de clínica médica, duas cirúrgica e um hospital dia – HIV/AIDS); dois hospitais psiquiátricos; cinco Centros de Atenção Psicossociais e três Unidades Básicas de Saúde, localizados em dois municípios da zona sul do Brasil.

Os trinta enfermeiros, participantes deste estudo, atenderam aos seguintes critérios de inclusão: desenvolver suas atividades laborais em uma das unidades supracitadas; possuir no mínimo seis meses de experiência profissional, pois é um tempo que possibilita ao enfermeiro criar e consolidar vínculo com a unidade de trabalho, com a equipe de

saúde e, também, com as normas e rotinas da unidade de internação. Todos, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de preservar o anonimato, os participantes foram identificados com um código formado pela letra maiúscula “E” de Enfermeiro, seguido de um numeral que indica o tempo de formação e a letra “A” ou “B” indicando a cidade onde trabalha (p.ex.: E_{4A}, E_{31B}).

Os dados foram coletados entre os meses de julho e dezembro de 2015, utilizando entrevistas semiestruturadas, com duração média de uma hora e trinta minutos cada uma. Foi utilizado para orientar as entrevistas um roteiro que contemplava a abordagem das seguintes questões: O enfermeiro foi convidado a discursar acerca de sua formação universitária, refletindo sobre o valor da vida acadêmica e o que incorporou em sua prática profissional em termos de referências teóricas e experiências vivenciadas.

Nesta etapa da entrevista, os participantes, refletiram sobre sua formação profissional em três momentos: o início da vida acadêmica, quando aprende conhecimentos gerais nas disciplinas básicas; na metade do curso, onde tem o contato com cenários de prática; e no final do curso quando se depara com a eminência de exercer a profissão. Além das questões gerais, nesta etapa da entrevista o enfermeiro foi instigado a discursar sobre o primeiro contato com as pessoas mentalmente doentes, relatando e refletindo sobre a experiência.

Após a transcrição, os dados foram submetidos a análise textual discursiva, seguindo os passos de desmontagem dos textos, o estabelecimento de relações, a captação do emergente e o processo auto organizado⁽¹⁶⁾. Balizados pelos elementos centrais da teoria bioecológica do desenvolvimento humano, dentre eles: as interações proximais face a face; o tempo histórico e cronológico⁽¹⁵⁾.

Dos procedimentos de análise aplicados resultaram dois agrupamentos temáticos, assim denominados: (1) A construção/formação do enfermeiro em uma perspectiva temporal – antes e após a reforma psiquiátrica; (2) O primeiro contato com a pessoa mentalmente doente: o acadêmico de enfermagem nas práticas de cuidados.

O estudo recebeu uma certificação ética do Comitê de Ética em Pesquisa, da instituição ao qual está vinculado, sob o parecer nº. 73/2015. Todas as determinações da Resolução 466/12 do Ministério da Saúde foram atendidas e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Caracterização dos participantes

Os trinta enfermeiros participantes deste estudo desenvolviam suas práticas laborais em diferentes áreas do cuidado de enfermagem (Pronto Socorro, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Unidade Básica de Saúde – ESF, Hospital Psiquiátrico, Centro de Atenção Psicossocial, Hospital Dia – HIV/AIDS). Dentre eles, vinte e seis são do sexo feminino e quatro do sexo masculino; quatro são divorciados, seis casados, seis solteiros com companheiro, e quatorze solteiros. O tempo de atuação profissional variou entre um ano e um mês a trinta e quatro anos. O quadro abaixo detalha o quantitativo de participantes por local de atuação e a procedência dos mesmos.

Quadro: Número de enfermeiros participantes do estudo, contexto em que desenvolve suas práticas laborais e cidade de atuação.

Cidade A	Cidade B
CAPS – A: 02 Enfermeiros	CAPS – B: 05 Enfermeiros
Hospital Psiquiátrico A – 02 Enfermeiros	Hospital Psiquiátrico B – 02 Enfermeiros
Hospital Geral A - 07 Enfermeiros	Hospital Geral B – 06 enfermeiros
UBS A – 03 Enfermeiros	UBS – B: 03 Enfermeiros

A construção/formação do enfermeiro em uma perspectiva temporal – antes e após a reforma psiquiátrica

Este agrupamento temático remete às bases teóricas do ensino formal que, segundo os participantes do estudo, influenciam as interações do enfermeiro com as pessoas mentalmente doentes, no sentido do cuidado ou do descuidado. Aborda, também, o processo de construção na transição do modelo antimanicomial para o modelo reformista, caracterizando um tempo cronológico que engloba e abriga dois modelos de assistência em saúde mental, ou seja: o modelo tradicional, ultrapassado e o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica.

Dezenove enfermeiros enfatizaram a importância do conhecimento teórico em saúde mental para embasar as ações de cuidado. Entretanto, consideram que as teorias desenvolvidas na disciplina de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica eram pouco aplicáveis na prática de cuidado em enfermagem com pessoas mentalmente doentes. O arcabouço teórico da disciplina estava focado na história da saúde mental, nos moldes de cuidados antes da Reforma Psiquiátrica, com ênfase na psicofarmacologia e procedimentos que pouco favoreciam a inserção social do doente mental na sociedade, além das terapêuticas mais invasivas como a hidroterapia e o eletrochoque (E33B, E25A, E15A, E34A, E31A, E32A, E18A).

Enquanto acadêmicos apreendiam o conhecimento teórico no início da vida acadêmica, todavia na prática, ainda centrada no manicômio, cuidavam de pacientes internados, sob contenção mecânica e química. Neste contexto, afirmam que a teoria se tornava distante da prática. Ao mesmo tempo, sentiam um certo descontentamento e afastavam-se da disciplina de saúde mental, por não aceitarem as condições desumanas nas quais os pacientes eram cuidados (E33B, E25A, E15A, E34A, E31A).

Referencial Teórico nada, não lembro. A nossa enfermagem psiquiátrica, era o nome da cadeira naquela época, nós fizemos uma tarde no hospital psiquiátrico, uma tarde de ficar do lado das pessoas, vendo os trabalhos manuais que faziam (E33B).

Para E3,00A, E1,6B, E4A com o advento da Reforma Psiquiátrica a partir da década de 2001, ainda se mantinha o cuidado no manejo medicamentoso e na contenção da pessoa mentalmente doente, especificamente nas unidades que não possuíam a especialidade do cuidado em saúde mental, como as emergências e urgências de pronto socorro, unidades clínicas e cirúrgicas de hospitais gerais. Todavia, nas universidades das quais os participantes deste estudo foram egressos, o foco do aprendizado e as teorias desenvolvidas na prática acadêmica foram construídas a partir da desinstitucionalização da pessoa doente, estimulando nelas a subjetividade e autonomia, com a participação da família neste cuidado. Entretanto, nem sempre este cuidado era implementado nas unidades dos hospitais gerais (E10B, E3B, E4A).

Dopam! Fazem a contenção medicamentosa e a mecânica também. Depois que ele [paciente] sai do surto é encaminhado ao hospital psiquiátrico. Nossa ambulância com encaminhamento médico o leva para a emergência do hospital psiquiátrico. Aqui não se faz avaliação psiquiátrica. Nós temos médicos clínicos, cirurgiões e especialistas, mas não em psiquiatria (E3,1 B).

Estes enfermeiros reconhecem que o ensino foi aprofundado nas aulas teóricas e tinham como principal referencial a RP, com orientações voltadas a reinserção social da

pessoa mentalmente doente, livre do aprisionamento dos manicômios. O cuidado, neste contexto, orientados nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), estimulava os usuários a participarem de oficinas terapêuticas, reuniões de grupo de usuários e familiares com a finalidade de estimular a adesão ao tratamento por parte do usuário, inserindo a família nestes cuidados (E_{10B}, E_{1,1B}, E_{1,6B}, E_{2B}). Os participantes mencionados nestes relatos se identificavam com a disciplina e a prática de cuidados preconizadas pela RP e difundidas pelo Ministério da Saúde.

Experiência do CAPS muito produtiva, de ter o contato com o paciente nas oficinas, assistia o acolhimento recebido do paciente, neste sistema, às vezes, a visão que você tinha deste paciente numa oficina era oposta ao que você via no acolhimento, pois no acolhimento era contada a história do porque que, às vezes, aparecia o problema daquela doença mental e na oficina era apenas o momento de troca com aquele objeto que estava sendo produzido (E_{1,11A}).

Outros acadêmicos reafirmaram o aprofundamento teórico como importante para as práticas de cuidados, no entanto, não possuíam autonomia e desenvolviam o estágio em saúde mental voltados ao trabalho mais burocrático, sem contato direto com os usuários e familiares (E_{2B}, E_{3B}, E_{3,1B}, E_{5B}). Especificamente E_{3B}, considerava as práticas de cuidados superficiais e não observava a terapêutica como positiva para os usuários. Além disso, não tinha nenhuma afinidade com a saúde mental e não conseguia se aproximar dos usuários, por medo de ser agredida.

Não gostava do estágio do CAPS, me sentia um pouco inútil, tinha oficina de artesanato, oficina de atividade física, mas não via naquelas atividades alguma específica do enfermeiro. Eram atividades que outras pessoas poderiam fazer nem digo até profissionais da área da saúde. Ficávamos lá em atividades burocráticas, pegando prontuários dos familiares, olhando materiais que eles tinham dentro do serviço, nunca muito próximo dos usuários (E_{3B}).

Nas unidades básicas de saúde, unidades de hospitais gerais e pronto socorro, mesmo com todo o arcabouço histórico da RP, o cuidado à pessoa mentalmente doente resumia-se ao atendimento das complicações clínicas, cirúrgicas e de urgência/emergência. Nessas situações, principalmente, nas emergências psiquiátricas em pronto socorro, os acadêmicos de enfermagem se deparavam com o estigma e o preconceito dos profissionais frente a tentativa de suicídio, o uso de álcool e drogas, e o cuidado se resumia em controlar o surto psicótico com medicação e contenção mecânica (E_{2A}, E_{3B}, E_{1,1A}, E_{3,1B}, E_{3,0B}).

Entrou um paciente agitado e o médico foi lá e entubou, para que parasse de gritar. Achei aquilo horrível, então sai de perto, me afastei, não entrei na emergência mais, porque apesar não gostar de paciente

ou usuário de droga em surto psiquiátrico não acho, que algumas condutas sejam corretas (E3,00A).

Em relação as Teorias de Enfermagem, dos trinta participantes deste estudo, nove não tinham ou não recordavam das Teorias para o Cuidado em Enfermagem (E11B, E1,6B, E4B, E2B, E3B, E03B, E2B, E18A), os demais, vinte e um participante, conheciam as Teorias. Entretanto, na prática de cuidados durante a vida acadêmica nunca as desenvolveram, pois relataram que as Teorias se distanciavam da prática de cuidados e não conseguiram aplicar o conhecimento teórico como parte da prática de cuidado.

Referencial Teórico? Alguma Teoria? Na vida acadêmica trabalhávamos muito com a empatia, mas nem lembro mais (E9B).

Durante a faculdade minha visão sobre a psiquiatria foi muito pouco, foi uma cadeira e teve alguns transtornos que discutimos em aula, não fazíamos estágio em hospital psiquiátrico, nem em CAPS (E2A).

Especificamente, as Teorias relacionadas ao cuidado terapêutico em saúde mental, se evidenciou que mesmo os enfermeiros que desenvolvem suas práticas de cuidados nesta área específica, não possuem o aprofundamento teórico para o cuidado, a maioria deles, tinham noção do que seria uma Teoria, entretanto na prática aplicavam vagamente alguns conceitos – como a empatia, as relações interpessoais. Assim, recordam que durante a vida acadêmica se discutia na disciplina de Saúde Mental, acerca de empatia, relação interpessoal terapêutica, relações face a face, todavia formalmente não aplicam esses conceitos na prática (E2B, E15A, E1,6B, E10B, E9B).

[...] Nem lembro mais [...] ah! a empatia era a Peplau (E9B).

Nunca achei que a prática, principalmente a saúde mental, se aproximasse da teoria, até porque não consegui aplicar uma teoria da saúde mental, então estava com medo do desconhecido, mas quando chegou lá vi que era diferente, assim passou a ansiedade e comecei a gostar, consegui aproveitar mais (E1,6B).

O primeiro contato com a pessoa mentalmente doente: o acadêmico de enfermagem nas práticas de cuidados

As experiências acadêmicas durante a disciplina e estágios em Saúde Mental permitiram aos participantes deste estudo não só entender a patologia, mas, também, compreender as atitudes vivenciadas pelos pacientes. A proximidade com a pessoa doente não se restringia, apenas em estabilizar sintomas psicóticos, mas em interagir com ela de tal modo a compreender seus medos e angustias, muitas vezes, tentando se colocar “no lugar do outro”.

Consigo entender, me colocar no lugar dele, para saber o que seria melhor receber. Me colocando no lugar dele, o que eu poderia estar

querendo receber de volta, gostaria que me escutassem? Eu gostaria que falassem? Que me mandassem, não sei? Na saúde mental, é fundamental (E_{1,6B}).

Os enfermeiros, em suas atividades acadêmicas, ressaltaram a importância da comunicação e da escuta, para desenvolver os cuidados da pessoa mentalmente doente. A comunicação e a escuta são primordiais para o estabelecimento do vínculo e o despertar da confiança na relação enfermeiro em formação/construção – pessoa mentalmente doente. Os relatos a seguir certificam estas premissas:

[...]Dentro do nosso estágio tivemos total liberdade para fazer dinâmicas com eles [pacientes], quantas quiséssemos e da maneira que quiséssemos (E_{1,6B}).

Penso que pelo vínculo, dei atenção, porque naquele momento não tinha conhecimento para fazer um manejo, mas dei atenção para ele [paciente]. Fiz um vínculo, estabeleci um vínculo terapêutico, isso que fez a diferença (E_{010B}).

É importante destacar que E_{1,6B} se refere ao contato face a face, o qual expressa maior proximidade com a pessoa a ser cuidada. É neste contexto que o acadêmico de enfermagem pode desenvolver a confiança, a segurança e o vínculo com a pessoa mentalmente doente. Essa proximidade evidencia uma interação estabelecida a partir do toque, da escuta, da atenção, se efetivando o cuidado em qualquer contexto em que o enfermeiro atua.

O contato face a face, o toque, às vezes um aperto de mão, um abraço, a escuta, porque ouvir é diferente de escutar. Tem pessoa que só empresta o ouvido e nem está prestando atenção no que você fala, outros prestam atenção (E_{1,6B}).

E_{03A} reafirma a importância do cuidado como uma relação face a face, entre seres humanos, mesmo sem a comunicação verbal. Um sorriso, estender a mão são formas de se comunicar, pois expressam um significado de proximidade, de que o cuidado foi realizado e que foi entendido como uma prática de cuidado.

Fiz o acompanhamento de uma mulher com problema mental grave, que não tinha condições de diálogo, mas notei uma coisa boa, quando se aproximou do final do estágio fui me despedir, ela me conhecia, gostava de me ver, ficava alegre, sorria para mim, estendia a mão, mas sabia que não entendia nada do que estava falando, mas a coisa boa que pude ajudar ela assim ... mentalmente e fisicamente ... e ajudei a família também (E_{03A}).

Nas falas dos participantes constata-se que o enfermeiro aprende desde cedo alguns princípios vinculados a cultura familiar, os quais se agregam nas diferentes etapas de seu desenvolvimento pessoal até profissional. Os relatos a seguir discorrem acerca da empatia que, apreendida no seio da família, foi agregada a vida acadêmica até a vida

profissional. Especialmente, foi na vida acadêmica que estes valores familiares foram mais lembrados, visto a importância do respeito e consideração ao ser humano doente.

Os valores da família foram estes: ajudar as pessoas, solidariedade, empatia, afeto. Então penso que isso eu trouxe para minha área de atuação. Sou uma pessoa que gosto muito de escutar, procuro ajudar sempre que possível, me desprendo de preconceitos, acho que não cabe trabalhar tendo preconceito na área de saúde mental (E_{10B}).

Nós fomos criados assim: não podia tirar do meu irmão aquilo que não gostaria que me tirassem; não podia bater no meu irmão se não quisesse apanhar. Nesta coisa assim, de se colocar no lugar do outro, acho que isso era a principal coisa (E_{1,6B}).

No relato de E_{15A} evidencia-se o reforço dos estigmas incorporados desde os contextos familiares e sociais, em relação à pessoa mentalmente doente. Isto é, como um indivíduo a margem da sociedade, incapaz de se reinserir na sociedade. Trata-se de um ensino que tramita entre o antigo modelo de assistência manicomial e as propostas do cuidado preconizadas na RP, o qual não consegue superar os preconceitos, o medo, a insegurança e, de certa maneira, contribuindo para o despreparo do acadêmico de enfermagem como evidenciados nos relatos que seguem:

A parte prática não trabalhou tanto a questão antimanicomial. Então, na realidade alimentou meu estigma, não foi uma coisa que me esclareceu, porque pela universidade só fiz estágio no hospital psiquiátrico. Então, lidei com pacientes já incapacitados de convívio social e aquilo veio a incentivar o estigma social, que eu já tinha sobre a questão: que esses pacientes não podem nunca conviver em família e sociedade (E_{15A}).

Na faculdade, no CAPS, não gostei, odiei, tenho medo daquele paciente, não consigo chegar nele, não consigo fazer nada com ele, isso é uma coisa que me deixa frustrada (E_{3,1A}).

Discussão

O enfermeiro, na vida acadêmica, aperfeiçoa as práticas de cuidados familiares, com a finalidade de desenvolver seus conhecimentos para sua formação/construção formal, ou seja, para definitivamente, desenvolver os cuidados aprendidos na vida acadêmica. Neste estudo, essas bases teóricas e práticas para o cuidado estão imersas no contexto da Reforma Psiquiátrica (RP), que orienta o cuidado em liberdade, atentando para as subjetividades e autonomia do usuário da saúde mental e seus familiares. Incluindo os diferentes contextos de cuidados à pessoa mentalmente doente, os serviços especializados, os hospitais gerais, a Atenção Primária em Saúde, os Serviços de Urgência Emergência de pronto socorro.

Todavia, é importante destacar que estas referências teóricas/práticas estão imersas no modelo ultrapassado vigente no tempo cronológico pós RP. Antes da RP, o enfermeiro em formação/construção se limitava a cuidar da pessoa mentalmente doente nos hospitais psiquiátricos, sob fortes estigmas do preconceito e ao modelo asilar⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. O arcabouço teórico se restringia ao conhecimento mais tecnicista voltados as patologias mentais e administração de medicamentos, com a finalidade de conter a pessoa doente nos surtos psicóticos, além de amenizar outros sinais e sintomas da doença mental⁽¹⁷⁾. Conforme se evidenciou neste estudo, aos acadêmicos de enfermagem eram ministradas aulas teóricas direcionadas, especificamente, ao transtorno mental e cuidados que promoviam a contenção medicamentosa e mecânica, além da utilização de procedimentos não comprovados cientificamente como o eletrochoque.

As práticas de cuidados permaneciam na hegemonia do modelo biomédico, e o enfermeiro em formação/construção não atendia as necessidades de cuidados do usuário, mas as vontades e ordens médicas que determinavam as condutas e práticas da enfermagem. Assim, as bases teóricas na área de formação em saúde, se estruturou no conhecimento especializado, reduzido a disciplinas tendo como cenário da aprendizagem o hospital, permeados por uma prática pedagógica de transmissão de conteúdos teóricos desintegrada com as situações reais de trabalho, desarticulando a trinômio ensino, pesquisa e extensão⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Se observa, neste contexto, as limitações de práticas que envolvem as relações proximais, o contato face a face⁽¹⁵⁾, as relações interpessoais terapêuticas^(9,12,20), pois o papel da enfermagem não estava relacionado ao cuidado a pessoa mentalmente doente, mas a redução deste indivíduo a uma patologia mental, com ênfase na cura. Os participantes deste estudo, principalmente, aqueles graduados antes do advento da RP, experienciaram este arcabouço teórico/prático no contexto dos hospitais psiquiátricos, nos quais desenvolviam suas práticas de cuidados. Assim, suas experiências acadêmicas estimulavam o preconceito, o estigma e a marginalização da pessoa mentalmente doente, este “retrato” se mantém em suas vidas profissionais na atualidade, cujos cuidados são, muitas vezes, de afastamento e descuidado à pessoa adoecida.

Os enfermeiros, participantes deste estudo, graduados no contexto pós RP, tiveram um ensino-aprendizagem com um arcabouço teórico/prático alicerçado nos princípios da RP, que preconiza para a formação do enfermeiro uma contextualização aprofundada de conhecimentos voltados ao cuidado, com embasamento teórico e científico, com vistas, ao compromisso fundamentado nos princípios do Sistema Único

de Saúde (SUS). Nesta perspectiva se exige do futuro profissional o comprometimento com a atenção em saúde, (re) compreendendo seus determinantes, com a finalidade de transformar saberes e práticas em formas de pensar e agir num contexto real e em conformidade com as necessidades da população a ser cuidada^(5,7,10).

Todavia, conforme os relatos deste estudo, se evidenciou que as práticas de cuidados, ainda, se mantem sob as referências teórico/práticas no modelo manicomial, evidenciando-se assim, a continuidade do modelo assistencial antes da reforma, caracterizando um tempo imerso no outro, ou seja: um modelo ultrapassado vigente no tempo cronológico pós RP.

Corroborando com esta perspectiva, as Diretrizes Curriculares que preconizam definições de estratégias que articulem o saber (os conteúdos), o saber fazer (atitudes/habilidades) e o saber conviver (as competências), com elementos de bases filosóficas, conceituais e metodológicas para definirem os perfis dos acadêmicos e profissionais de enfermagem com competências, habilidades e conteúdo, pertinentes e compatíveis com inserção nacional e internacional, capazes de atuar com eficiência e eficácia, sobretudo, com qualidade e resolutividade, no SUS^(5,7,21).

Entretanto, existe um certo distanciamento dessas estratégias com as práticas produzidas nas universidades. Se questiona, especificamente, para a qualificação dos acadêmicos de enfermagem na disciplina de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, em relação a outras disciplinas, se evidencia que a carga horária em saúde mental é infinitamente menor ao se comparar com as demais disciplinas do curso^(10,17-18). Além disso, o conhecimento e prática que tratam da saúde mental são fornecidos isoladamente, ou seja, a pessoa mentalmente doente e a doença mental, estão apenas nos serviços especializados de saúde mental.

Na perspectiva do SUS e da Atenção Psicossocial, é importante que o acadêmico de Enfermagem tenha o domínio do cuidado, com vistas, ao desenvolvimento de habilidades e atitudes para atuar em saúde mental, e com características para a formação de vínculos, afinidade com a área, saber trabalhar em equipe e ter consciência coletiva de participação social. A importância dessas características é sobremaneira pertinente, pois a este profissional é exigido atitudes críticas frente ao modelo asilar, em virtude de ele ser, também, um sujeito desse processo de mudança, o que denota maior envolvimento e comprometimento com as práticas substitutivas^(19,22).

No contexto internacional, a prática acadêmica da Saúde Mental se diferencia sobremaneira do cenário brasileiro. Nas Universidades Australianas, por exemplo, o acadêmico de enfermagem desde o início da graduação interage com a pessoa mentalmente doente. Estas interações entre acadêmicos e usuários dos serviços de saúde mental, desenvolve no estudante habilidades para a redução do estigma em relação as pessoas mentalmente doentes. Além disso, aprofundam conhecimentos que sustentam o conceito de recuperação do usuário, contrapondo a cura da doença, essa inclusão dos alunos nos serviços de saúde mental nos semestres iniciais do curso de Enfermagem apresenta resultados positivos, tanto para os usuários quanto para os alunos^(13-14,22).

Especificamente esses autores reforçam que a colaboração dos usuários para a formação do enfermeiro, seja na forma de relatos de experiências, relatos de vida, oficinas, permitem aos acadêmicos de Enfermagem se aproximarem da realidade e do cotidiano de vida vivenciado pelo portador de transtorno psíquico e seus familiares. Há uma expressiva mudança no aprendizado, pois habilita ao aluno vivenciar teoria e prática concomitantemente, e desenvolver suas práticas de cuidados num contexto real, mediante interações face a face com o usuário^(13-14,22).

Na Inglaterra, o estudante de enfermagem é estimulado as interações com a pessoa mentalmente doente, como uma relação de ajuda, pautada na relação interpessoal terapêutica. Estas interações vivenciadas pelo acadêmico de enfermagem no cuidado interpessoal, corrobora para uma considerável melhora do quadro psiquiátrico do paciente, atribuindo a Enfermagem em Saúde Mental sua identidade promotora de um cuidado interpessoal como meio de promover o bem-estar da pessoa mentalmente doente^(13,22).

Conclusão

Evidenciou-se a partir deste estudo um certo descompasso entre a teoria e a prática em Saúde Mental. Apesar de ser preconizado o ensino fundamentado na interface dos princípios das DCNs e da Reforma Psiquiátrica, durante a vida acadêmica o aluno da Enfermagem agrega conhecimentos teóricos e práticos voltados a aplicação da técnica, e assim, não desenvolvendo as bases teóricas filosóficas que perfazem a profissão da Enfermagem como uma ciência do cuidado.

Aprofundar o conhecimento teórico/prático, a partir da construção/formação pessoal do acadêmico, fomentando a pesquisa, as práticas de cuidados desde o início do curso de graduação, na inserção do contexto populacional. Com a intenção de promover

o cuidado prático, na contextualização teórica do ensino-aprendizado, ou seja, desenvolver cuidados aplicados as Teorias que descrevem acerca do cuidado, principalmente, aquelas voltadas as interações e relações interpessoais terapêuticas, relações proximais e face a face.

Efetivamente, discutir as orientações do Sistema Único de Saúde, voltadas para o embasamento teórico/prático da Reforma Psiquiátrica, como forma de efetivar a reinserção social do usuário da saúde mental, buscando suas singularidades, promovendo suas subjetividades e autonomia. Neste contexto, o docente precisa estimular o acadêmico para estas práticas de cuidados, reformulando aulas ministradas dando ênfase a pesquisa, extensão, e a formação de um aluno crítico e reflexivo que esteja comprometido com o processo da reinserção social. Concomitante a isso, as bases curriculares dos cursos de Enfermagem devem priorizar a prevenção e a promoção da saúde da população inserida no contexto de atuação das universidades, por exemplo, elencando diagnósticos das necessidades populacionais.

E assim, priorizando os preceitos da Reforma Psiquiátrica, desmistificando o modelo mecanicista do cuidado a pessoa mentalmente doente. Pois, ficou evidente, neste estudo, que apesar de todo arcabouço teórico e histórico da Reforma Psiquiátrica, ainda em diferentes contextos de cuidados de enfermagem, o modelo biomédico atrelado a cura da doença mental são evidenciados, principalmente, nas redes de cuidados sem a especialidade de saúde mental.

Referências Bibliográficas

- 1.Villela JC, Maftum MA, Paes MR. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 397-406.
- 2.Elsen I, Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização. 2ª Ed. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS (organizadores). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2004. p.19-28.
- 3.Fernandes JD, Sadigursky D, Silva RMO, Amorim AB, Teixeira GAS, Araújo MCF. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(4): 962-8 www.ee.usp.br/reeusp Acessado em 24 de agosto de 2014.
- 4.Maurer BSS, Brusamarello T, Guimaraes NA, Oliveira VC, Paes MR, Maftum MA. Extensão universitária em saúde mental na Universidade Federal do Paraná: contribuições à formação do Enfermeiro. Cienc Cuid Saude, 2013 Jul/Set; 12(3):539-547.
- 5.Rodrigues J, Santos SMA, Spricigo JS. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em Enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem. 2012; 25(6): 844-51. Acessado em 03 de abril de 2014.

- 6.Oliveira LRM, Carvalho CD, Carvalho CMS, Silva Júnior JG. O ensino da saúde mental para enfermagem: uma revisão de literatura. R. Interd., 2013, v.6, n.2, p.152-159, abr/mai/jun.
- 7.Brasil, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação (Câmara de Educação Superior). RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acessado em: 10 de abril de 2014.
- 8.Esperidião E, Silva NS, Caixeta CC, Rodrigues J. A Enfermagem psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. Rev Bras Enferm. 2013;66(esp):171-6.
- 9.Stefanelli MC (Org.), Fukuda IMK. (Org.), Arantes EC (Org.). Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. 1ª. ed. Barueri (São Paulo): Manole, 2008. v. 1. 668 p.
- 10.Silva LAA, Franco GP, Leite MT, Pinno C, Lima VML, Saraiva N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. Texto & Contexto, Florianópolis, 2011. Abr/jun; 20(2): 340-8.
- 11.Almeida Filho AJ, Moraes AEC, Peres MAA. Atuação do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial: Implicações históricas da Enfermagem Psiquiátrica. Revista de Rene. Fortaleza, 2009, v. 10, n. 2, p. 158-165, abr/jun. Acessado em: 03 de abril de 2014.
- 12.Marcolan JF, Castro RCB. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto. 1.ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- 13.Barker PJ, Buchanan-barcker P. Mental health nursing and the politics of recovery: a global reflection. Archives of Psychiatric Nursing, 2011, Vol. 25, No. 5 (October):pp 350–358.
- 14.Happel B, Wynaden D, Tohotoa J, Platania-phung C, Byrne, L, Martin-harris S. Mental health lived experience academics in tertiary education: The views of nurse academics. Nurse Educ. Today (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.07.006> Acessado em: 20 de outubro de 2014.
- 15.Bronfenbrenner U. Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. (pp – 3-15). Thousand Oaks, CA: Sage. 2005.
- 16.Moraes R, Galiazzi MC. Análise Textual Discursiva. Ijuí: Editora Unijuí. 2011.
- 17.Ferreira ES, Souza MB, Souza NVDO, Tavares KFA, Pires AS. The importance of self-care for nursing professionals. Cienc Cuid Saude 2015 Jan/Mar; 14(1):978-985.
- 18.Clarke C. Mental health nursing: what difference does it make? Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2014, 21, 558–563.
- 19.Carneiro LA, Porto CC. Saúde mental nos cursos de graduação: interfaces com as diretrizes curriculares nacionais e com a reforma psiquiátrica. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.6, n.14, p.150-167, 2014.
20. Miyai FT, Barros S, Cortes JM. O aluno de enfermagem e o ensino de saúde mental na atenção básica. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(4):94-101.
- 21.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva,

Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).

22.Ventura CAA, Mendes IAC, Tevizan MA. Psychiatric nursing care in Brazil: legal and ethical aspects. *Med Law* (2007) 26:829-840.

5.3 ARTIGO III – ARTIGO ENVIADO A REVISTA TEXTO & CONTEXTO ENFERMAGEM

CONSTRUÇÃO DO ENFERMEIRO PARA CUIDAR EM SAÚDE MENTAL: ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS FAMILIARES, ACADÊMICAS E PROFISSIONAIS

Resumo:

Objetivo: Discutir nas experiências familiares, acadêmicas e profissionais o processo de construção do enfermeiro para cuidar de pessoas mentalmente doentes. **Método:** Estudo com abordagem qualitativa, realizado com trinta enfermeiros que trabalham em diferentes contextos de saúde, nos quais a (s) pessoa (s) mentalmente doente (s) são atendidas. A coleta dos dados foi realizada entre julho e dezembro de 2015, a partir de entrevistas semiestruturadas, realizadas no local de trabalho destes profissionais. Os dados foram analisados utilizando a técnica de análise textual discursiva, com fundamentação teórica em alguns conceitos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. **Resultados:** Na família o cuidado é aprendido e repassado ao longo do processo de construção do enfermeiro, e repassado em seus diferentes ciclos de vida. Na vida acadêmica o cuidado é aprofundado a partir de teorias que o sustentam, e na vida profissional, em diferentes contextos de cuidados, o enfermeiro aplica o aprendido nestes diferentes ciclos de vida. **Conclusão:** Este estudo demonstrou uma forte influência das experiências familiares para a construção do enfermeiro cuidador, e a partir dos conhecimentos familiares, aprimorados, na vida acadêmica, este profissional tem como compromisso o cuidado com os demais seres humanos.

Descritores: Cuidado de Enfermagem; Práticas Profissionais; Enfermagem Psiquiátrica; Ensino; Desenvolvimento Humano.

Introdução

A construção do enfermeiro que trabalha com pessoas mentalmente doentes, é um processo que se desenrola a partir de inúmeras experiências vividas ao longo de sua vida, as quais em conjunto, determinam a direção desse processo no sentido de bem cuidar ou descuidar dessas pessoas. Além das crenças e dos valores aprendidos no contexto familiar que o acompanham permanentemente nesta construção, outros fatores que influenciam são alusivos às relações que mantem nos diferentes contextos. Primeiramente, durante a formação acadêmica, quando incorpora saberes e práticas específicos de Enfermagem, com conhecimentos que o preparam para o exercício da profissão, incluindo as funções gerenciais e administrativas.¹

Em seguida, já profissional, o enfermeiro tem como sua principal função cuidar dos pacientes e suas famílias, teoricamente utilizando as bases adquiridas na vida acadêmica, associadas aos saberes que incorpora da própria organização do serviço. Com uma formação generalista que inclui, entre outros, conhecimentos de administração de unidades de internações e o compromisso de assegurar o cumprimento das normas e rotinas da instituição. Observa-se que o enfermeiro se divide entre o cuidado das pessoas

e as atividades de direção e administração, muitas vezes, priorizando estas últimas e distanciando-se do cuidado direto às pessoas sob sua responsabilidade.

Tomando como referência, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, a construção do enfermeiro como cuidador pode ser compreendida a partir de uma sequência de processos proximais vivenciados face a face em diferentes contextos. Estes processos se concretizam quando existe aproximação entre as pessoas num determinado contexto onde acontecem as relações, seja, por exemplo, na família, na escola, ou no trabalho.²

Dessa forma, a construção do enfermeiro cuidador é um processo que envolve as interações vividas em diferentes contextos nos quais aprendeu a cuidar.¹ Especificamente neste estudo, a família, a vida acadêmica e os serviços onde trabalha. Nestes diferentes contextos a maneira como os enfermeiros cuidam se aprimora conforme a evolução dos seus ciclos de vida. Na família, apreende os princípios e os saberes condicionados pela cultura familiar, os quais lhes proporcionam cuidar de seus entes queridos. Ao se deparar com a vida universitária, o enfermeiro, é instrumentalizado a cuidar das pessoas, a partir de conhecimentos teóricos e práticos que o constrói profissional do cuidado. Nesta etapa, como profissional cuidador, adquire competências moldadas e aprimoradas para o cuidado humano.³⁻⁵

Nesta perspectiva, o processo de construção do enfermeiro cuidador é sustentado pelas interações dinâmicas envolvendo características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais, em determinados períodos de tempo, envolvendo tanto os contextos imediatos quanto os mais remotos, incluindo o microsistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema¹. O microsistema envolve um padrão de atividades, papéis sociais e interações vividas por uma pessoa, em seu contexto imediato. Neste estudo está relacionado a construção do enfermeiro no âmbito da família, *lócus* de aprendizado de cuidados, comportamentos e vivências de relações singulares face a face, a partir de processos proximais, que o aprimoram como cuidador.²

É neste microsistema familiar, que o enfermeiro apreende saberes e práticas para cuidar de outras pessoas, que mais tarde serão aperfeiçoadas na vida acadêmica e aprofundadas com a prática profissional. A partir destas interações recíprocas face a face, em diferentes contextos em que o enfermeiro atua, tanto na vida acadêmica quanto profissional se constitui o mesossistema, constituindo um nicho do desenvolvimento da

pessoa, em determinado período, compreendendo as inter-relações de vários ambientes nos quais o enfermeiro está inserido.²

É importante salientar que, além desses diferentes ambientes os quais promovem a construção do enfermeiro, existem outros que atuam indiretamente em sua construção. Denominado de exossistema, são ambientes cujos processos influenciam no comportamento e no desenvolvimento do enfermeiro, pois nele estão inseridas as estruturas sociais específicas formais e informais que não contêm a pessoa em desenvolvimento. Entretanto, influencia ou acompanha os ambientes imediatos no qual a pessoa se encontra e, dessa forma, delimita, afeta ou determina os acontecimentos do mesossistema.²

Ainda, emerge outro contexto que influencia, não diretamente, na construção do enfermeiro, mas o mobiliza para estabelecer interações entre o cuidador enfermeiro e as pessoas mentalmente doentes. Este contexto, denominado macrossistema, engloba os demais sistemas mencionados e atua como um determinante na construção do enfermeiro, pois concretiza e orienta à prática profissional. O macrossistema está vinculado às Políticas Públicas de Saúde e suas interferências para o cuidado de enfermagem, a cultura e as bases que constituem a ética que normatiza a sociedade.²

Assim, mediante a importância do cuidado em enfermagem para a pessoa adoecida mentalmente e o contexto teórico que envolve a prática de saúde mental no âmbito psicossocial, este estudo pretendeu responder a seguinte questão de pesquisa: Como as interações vivenciadas na vida familiar, na vida acadêmica e na vida profissional, influenciam na maneira como o enfermeiro cuida das pessoas mentalmente doentes? Tendo como objetivo: discutir nas experiências vivenciadas na família, na vida acadêmica e profissional, o processo de construção do enfermeiro para cuidar de pessoas mentalmente doentes.

Método

Estudo de natureza qualitativa, descritivo e exploratório, fundamentado em alguns elementos da Teoria do Desenvolvimento Humano, desenvolvido com trinta enfermeiros que trabalham, no mínimo há seis meses, em instituições de saúde que atendem pessoas com transtornos mentais, incluindo: dois hospitais gerais com (dois prontos socorros, duas unidades de clínica médica, duas cirúrgica e um hospital dia – HIV/AIDS); dois hospitais psiquiátricos; cinco Centros de Atenção Psicossociais, três Unidades Básicas de Saúde, de dois municípios da zona sul do Brasil. Afim de preservar o anonimato, os

participantes foram identificados com um código formado pela letra maiúscula “E” de Enfermeiro, seguido de um numeral que indica o tempo de formação e precede a abreviação da cidade onde trabalha (Cidade A ou Cidade B) – E_{4A} ou E_{31B}.

Os dados foram coletados entre julho e dezembro de 2015, utilizando entrevistas semiestruturadas, com duração média de uma hora e trinta minutos cada uma delas. Após a transcrição, o processamento dos dados se efetivou a partir da análise textual discursiva⁶, organizada conforme seus níveis de categorização: a captação do emergente que permitiu a constituição das categorias para a construção dos metatextos, o processo auto organizado que indicou novas compreensões acerca da temática, ou seja, permitiu a construção das categorias analíticas; articulados com elementos da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, dentre estes os processos proximais e as relações face a face.¹⁻²

O estudo recebeu uma certificação ética do Comitê de Ética em Pesquisa, da instituição ao qual está vinculado, sob o parecer nº. 73/2015. Todas as determinações da Resolução 466/12 do Ministério da Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Caracterizando os participantes

Os enfermeiros que possuem, em suas relações familiares, uma pessoa adoecida mentalmente foram dezesseis, dos trinta participantes, sendo que: dois desenvolvem suas práticas laborais em pronto socorro, seis em unidades básicas de saúde, cinco em centros de atenção psicossociais, dois em hospital psiquiátrico e um em unidade de clínica médica. Dentre os transtornos mentais estavam: a dependência química em álcool e outras drogas, o transtorno bipolar afetivo, a esquizofrenia tipo paranoide, a depressão grave e o retardo mental.

Das entrevistas emergiram três temáticas distintas: **As experiências de cuidados à pessoa mentalmente doente na família; A vida acadêmica e as práticas formais de cuidados a pessoa mentalmente doente; A prática em saúde mental nos serviços de saúde.**

As experiências de cuidados à pessoa mentalmente doente na família

A ênfase, desta temática, é discutir as relações proximais e o contato face a face, no âmbito da família dos enfermeiros, que convivem em seu cotidiano com um familiar com transtorno mental, focando as repercussões da doença na família e por último, o que o

enfermeiro agrega deste microssistema familiar para suas práticas de cuidados às pessoas mentalmente doentes, nos diferentes contextos em que atua.

Conforme o depoimento abaixo de E_{1,6B}, para o cuidado familiar ser efetivo e corresponder às expectativas do tratamento e também, da pessoa com transtorno mental, a família, indiscutivelmente, deve manter a união entre seus membros para o enfrentamento da doença mental. No caso dessa família, pelo menos três familiares apoiaram a pessoa doente, e muitas vezes, um foi o apoio do outro para que amenizar a sobrecarga no cuidado.

Meu pai e meu sogro, nós três que ... quando um ia surtar os outros dois ajudavam, se não tivesse tido mais de uma pessoa para cuidar não tinha dado certo, tinha estourado, se a família não entender junto o cuidado, não tem como não entrar em colisão, a família toda pegando junto e ajudando e cuidando do familiar doente é muito mais rápido e muito mais saudável o tratamento do que um só, um só acho que nem consegue (E_{1,6B}).

A família está presente inclusive nos momentos em que as dificuldades financeiras se apresentam, no relato de E_{3A} se evidenciou que no seio da família o cuidado foi em forma de apoio, de união e atenção ao familiar cuidador e também, a pessoa mentalmente doente.

A mãe dela há alguns anos atrás teve dificuldade sim com tratamento, porque ela faz uso de várias medicações e o resto da família ajudava, então os irmãos se juntavam para dar essas medicações, ela teve bastante apoio na dificuldade, hoje ela está com condições bem melhores, ela consegue bancar todo o tratamento da filha e então ela é muito bem cuidada (E_{3A}).

No microssistema familiar do participante E_{11B}, a familiar com transtorno mental, não tinha um cuidado especial, em função da doença, apenas a família dispendia uma maior atenção, um olhar mais atento sobre suas atitudes e condutas. Todavia, seus cuidadores e os demais familiares, a cuidavam com amor e muito carinho, tentando manter o curso normal da vida da pessoa doente, livre de preconceitos e estigmas. A doença mental em um dos membros familiares ser tratada de forma natural é uma experiência única, que certifica os familiares cuidadores como seres humanos envolvidos e preocupados com o cuidado.

Na família, como na maioria das vezes acontece, ela era tratada com muito carinho e amor, não tinha um cuidado a mais, ou somente voltado para ela, tinha um pouco de atenção maior do que com os outros filhos, mas ia para o colégio normal, namorava um vizinho com a idade do meu pai, não sei como era nas horas mais reservadas com minha vó e meu avô, mas em nosso convívio normal (E_{11B}).

O envolvimento no cuidado, a pessoa mentalmente doente, no seio da família, muitas vezes, inexistem limites na tentativa de socializar a pessoa doente. No relato de E_{13B}, o sobrinho autista foi o motivo para que a família se aprofundasse no problema e juntos tentassem encontrar soluções para, pelo menos, amenizar a situação. Mesmo que não visualizassem o progresso da criança no convívio familiar, na escola e na sociedade, os

membros cuidadores da família tentam aproximá-lo da realidade com investimento em escola regular, por exemplo.

Ele não aprendia, não olhava para gente, bem aqueles sintomas de autismo mesmo, fomos aprendendo juntos, fizemos cursos, mas te digo que é difícil, porque não interage, grita muito, e infelizmente como tia falo ... não vai evoluir mais, está com colégio regular, mas isso é só para convivência, porque senão não aprende nada, não lê, não escreve o nome, nada ... (E_{13B}).

Mesmo convivendo no âmbito familiar conturbado, E_{3,00A}, com relações afetivas desajustadas, desgastadas e, sofrendo tanto ela como os irmãos, a violência intrafamiliar na forma de agressões físicas e, muitas vezes, moral com palavras obscenas e ofensivas, a participante desse estudo cuidou do pai em iminência de morte. Esta forma de cuidado poderia ser traduzida como gratidão, porque apesar de toda situação vulnerável com a qual conviviam, o pai dependente químico, soube proteger os filhos de forma singular, com preocupação e com zelo, e de certa forma os protegendo.

Cuidei todos os dias, comigo sempre esteve meu marido, uma tia minha, a minha irmã foi uma vez só visitar. Dias depois faleceu, paguei todo o funeral, o enterrei como uma pessoa digna, porque independente de ter feito o que fez, foi efeito das drogas, mas não deixou fazerem nada de mal conosco. Mas, ainda foi traumatizante, mas fiz tudo que pude por ele (E_{3,00A}).

As repercussões advindas da doença mental, em várias situações, promoviam o medo, o preconceito, o estigma e o desconhecimento acerca da doença, e as práticas que deveriam ser de cuidados, às vezes, se tornavam de descuidados, em virtude dos conceitos de “louco” e “loucura” institucionalizados pelas normas da sociedade. Neste contexto, é importante ressaltar que os participantes deste estudo, vivenciavam todas estas repercussões negativas que a doença mental instituía na família. Por isso, alguns enfermeiros deste estudo, admitem um certo afastamento em cuidar da pessoa mentalmente doente. E_{3A}, E_{1,6B} e E_{2B} enfatizam nos discursos abaixo o desconhecimento familiar, a dificuldade financeira em manter o tratamento e a alienação da família em resposta aos sinais e sintomas da doença mental.

Num primeiro momento, é a falta de conhecimento, em lidar com paciente em sofrimento psíquico, a questão da falta de conhecimento, a questão financeira, a questão da aceitação da doença, porque, às vezes, o familiar não quer enxergar o paciente como um doente e que precisa de cuidados especiais, que precisa de uma assistência diferenciada dos demais (E_{3A}).

Minha mãe no início era sem-vergonhice, estava se fazendo, precisava era trabalhar que passava, ir para a igreja que passava, não entendia a situação e não associava uma coisa com a outra, sempre aos extremos (E_{1,6B}).

São tratados como loucos. Eram mantidos isolados, [ah... vão fazer fiasco, melhor deixar em casa], algo do gênero, não terão um comportamento esperado, então não tem como interagir com os demais (E_{2B}).

O relato de E_{13B}, descreve a situação do sobrinho autista com dez anos de idade. As dificuldades são intensas em cuidar da criança pela família, entretanto a ênfase desta situação está em o avô não aceitar a doença do neto e a avó pensar que não poderia ter acontecido isso na sua família, por isso a participante do estudo, enfatiza que o diagnóstico do sobrinho mudou a família.

Ele mora com a minha irmã, ela é quem cuida dele 90%, ela é separada do marido, mas o pai é bem presente, fica com ele 3 vezes por semana, em relação a toda família, meu pai não aceita, minha mãe aceita, mas assim, aceita não aceitando, achando que não era para ter sido assim, foi um diagnóstico que mudou a família (E_{13B}).

Nestes contextos, os enfermeiros participantes deste estudo, estiveram e, alguns atualmente, ainda, participam indireta ou diretamente dos cuidados/descuidados, à pessoa mentalmente doente. E conforme o aprendizado que recebeu da família, o enfermeiro em formação/construção agrega os conhecimentos, os preconceitos e estigmas para sua vida acadêmica e profissional.

A vida acadêmica e as práticas formais de cuidados a pessoa mentalmente doente

Neste agrupamento temático o acadêmico de enfermagem em formação relata acerca das bases formais para o cuidado a pessoa mentalmente doente. Todavia, fica evidente que o arcabouço teórico se distancia consideravelmente da prática, e muitas vezes, o cuidado praticado se originava do afeiçoamento pela disciplina de saúde mental. Neste contexto, o enfermeiro em construção, conseguia fazer a relação entre a teoria e a prática para cuidar em saúde mental, motivados pelas relações interpessoais terapêuticas, a empatia, o vínculo, as interações proximais face a face. Na mesma medida, emergiam os descuidados, pois o enfermeiro em construção sentia medo e repúdio da pessoa mentalmente doente, o que repercutia em barreiras para o cuidar.

Observa-se nos relatos abaixo as barreiras encontradas pelos acadêmicos em formação para estabelecer o processo de ensino-aprendizagem. Este processo é responsável pelo estabelecimento da interface entre o apreendido nas aulas teóricas e aplicados a prática, se evidencia a dificuldade de aprofundar os saberes teóricos, fomentados pelo conhecimento científico para estruturar e planejar o cuidado em saúde mental, de forma a atender efetivamente as necessidades de saúde.

Na teoria teve a história, o estudo das principais patologias mentais, mas nada é igual a prática, nunca achei que a prática, principalmente a saúde mental, se aproximasse da teoria, até porque nunca consegui manejar um paciente aplicando uma teoria, então estava com medo do desconhecido, mas quando chegou lá vi que era diferente, assim passou a ansiedade e comecei a gostar, consegui aproveitar mais (E_{1,6B}).

Referencial Teórico nada, não lembro. A nossa enfermagem psiquiátrica, era o nome da cadeira naquela época, nós fizemos uma tarde no hospital psiquiátrico, uma tarde de ficar do lado das pessoas, vendo os trabalhos manuais que faziam (E_{33B}).

Apesar do conhecimento e aprofundamento teórico na formação do enfermeiro estar direcionado as práticas assistências generalistas, há por parte de alguns participantes deste estudo, uma certa tendência as especialidades no cuidar em enfermagem. O afeiçoamento a determinadas disciplinas faz emergir no aluno a identificação com determinada área do cuidado. Nos relatos que seguem, se identifica o cuidado em saúde

mental com este aprofundamento, a partir das interações proximais e as relações face a face, muitas vezes, experienciados na empatia e vínculo.

Então toda minha experiência acadêmica se voltou a saúde mental, tive isso sempre muito claro, desde a época da graduação. Nossa saúde mental na faculdade é boa, tem esta área bem trabalhada, é bem forte nossa saúde mental, claro que a prática no estágio tem outro olhar, a prática no CAPS complementou o que tinha aprendido na faculdade, mas acho que nesta área nossa formação é bem boa (E_{10B}).

Na saúde mental, acho que a empatia, principalmente a empatia. Nós fomos criados assim ... não podia tirar do meu irmão aquilo que não gostaria que me tirassem, não podia bater no meu irmão se não quisesse apanhar, nesta coisa assim ... de se colocar um no lugar do outro, acho que isso era a principal coisa. Isso, veio do pai e da mãe, os dois tem muito isso (E_{1,6B}).

As barreiras observadas que promoviam o descuido a pessoa mentalmente doente, neste estudo, foram identificadas, principalmente, pelo contexto teórico e prático na forma que, muitas vezes, a família e a sociedade contextualizam a doença mental e a pessoa adoecida como agressiva, perigosa e incapaz da inserção social. Conforme descrevem os enfermeiros, na vida acadêmica ao se depararem com a pessoa mentalmente doente, as experiências vivenciadas desde a infância, são trazidas para o contexto acadêmico e profissional. Este conceito do “louco” e da “loucura” implica em descuidados pelo afastamento da pessoa doente, mas os participantes deste estudo, têm consciência dos papéis de cuidadores.

Foi no quinto semestre quando fiz a cadeira de saúde mental, sempre tive muito medo de saúde mental, não sei o porquê, não sei lidar com paciente da saúde mental, tenho dificuldade em entender a saúde mental (E_{18A}).

Tentei conversar, mas se ele desse um grito comigo [...] é uma coisa que é o inexplicável, não sei explicar é o medo [...] é um medo mesmo meu de coisas maiores, assim eles veem no meu rosto, posso até não olhar para o paciente, mas eles sabem no meu jeito de lidar que tenho medo, todos eles, foram vários, peguei vários, tentei manter um diálogo, mas de longe veem que tenho medo (E_{3,00A}).

É importante destacar que a vida acadêmica é um momento de aprendizado, de rever e contextualizar o conhecimento, aprofundar saberes e práticas, e necessariamente, incorporá-los para serem aplicados na vida profissional. A enfermagem, como profissão, necessita de enfermeiros com habilidades e competências para o cuidado, pois são os profissionais que agregam à enfermagem qualificação e sua condução como ciência do cuidado humano.

A prática em saúde mental nos serviços de saúde

Nesta temática os enfermeiros, participantes deste estudo, relatam sobre os cuidados a pessoa mentalmente doente, nos diferentes contextos de cuidados em que atuam. Salientam que ainda está presente a problemática com recursos humanos e de infraestrutura, capacitações específicas no cuidado e manejo em saúde mental. Além disso, a falta de suporte na rede de serviços para o encaminhamento em saúde mental, o que, às vezes, impossibilita o cuidado.

Os relatos que seguem comprovam que os serviços de saúde, não comportam as necessidades de cuidados a pessoa mentalmente doente. Os enfermeiros para cuidarem precisam estabelecer as interações proximais face a face, as relações interpessoais terapêuticas, envolvendo a empatia, a comunicação e a escuta. Entretanto, num ambiente sem infraestrutura física e de recursos humanos estes cuidados são de certa forma, práticas de descuidados, pois não promovem a reinserção social, a autonomia e subjetividades da pessoa adoecida.

Não tem um espaço para convivência com eles. Espaço de convivência, grupo, não consigo fazer um grupo de saúde mental, começando pelo espaço, e se você for pedir não tem (E_{1,1B}).

Acho que é mais a parte de estrutura e leitos também, porque são muito restritos para a internação das pessoas com transtornos mentais. Cerca de 95% dos leitos são clínicos, e não leitos que demandem para o transtorno mental (E_{11B}).

Os recursos materiais são poucos, quando se depende de coisas externas em relação ao CAPS ... carros, por exemplo, se tem bastante dificuldade, dentro do CAPS, tem algumas limitações, ... precisamos fazer visitas domiciliares, com um carro, as fazíamos (E_{010B}).

No que se refere as capacitações em saúde mental, educação continuada e permanente, os serviços não dispõem ou de recursos financeiros, humanos e, muitas vezes, os órgãos gestores do próprio serviço não dispõe de interesse em realizar o aperfeiçoamento dos profissionais. É importante destacar que, mesmo os serviços especializados, são sobremaneira prejudicados em termos de capacitações para o cuidado em saúde mental. Os depoimentos a seguir demonstram as realidades vivenciadas.

A prefeitura não disponibiliza, nós reclamamos para a gestão que precisamos de capacitação, que isso faz muita diferença para o nosso manejo, além disso, o apoio psicológico para as equipes, que precisa e não se tem, porque, às vezes, têm profissionais que precisam e acabam prejudicando toda a equipe, e a outra é a questão da capacitação, existe um núcleo de capacitação dentro da prefeitura, mas, por exemplo, tem curso de curativos, mas o enfermeiro da saúde mental nunca é chamado para esses cursos (E_{4A}).

As dificuldades são impostas pela gestão, muitas vezes, eles não dão, você solicita um curso, o curso é caro, você não tem condições de pagar, então é bem difícil. Dispensa do trabalho, é muito complicado conseguir dispensa para fazer um curso. Assim, leio bastante, mas a nível de capacitação, faz um tempinho que estou afastada (E_{010B}).

Outro entrave relatado pelos enfermeiros se refere a Rede de Serviços em Saúde Mental. As barreiras são inúmeras desde o encaminhamento para o serviço especializado, até o atendimento do usuário nestes serviços. Salienta-se ainda que nos serviços que possuem a rede integrada de cuidados em saúde mental, sofre também, com a espera de atendimentos, e não obstante a burocracia impede o cuidado.

Encaminhamos para o CAPS ou para o psiquiatra, e este encaminhamento demora meses, anos, enquanto isso se faz o que pode aqui na UBS mesmo, porque o paciente precisa de um tratamento adequado, e com especialista, e nós temos que fazer o papel do especialista, até chegar o dia da consulta (E_{1,6B}).

Nossa unidade é porta de entrada, passei para os demais membros da equipe, inclusive o médico atendeu, o menino já tomava medicações psiquiátricas, mas parou de tomar, assim o médico daqui pediu uma avaliação do neurologista, pediu exames e passamos para o NASF. Mas, o NASF não tem psicólogo, agora estão em férias, ficamos então articulando para arrumar pelo

menos um psiquiatra. Porque, o CAPS é que deveria resolver este problema, está sem profissionais (E_{32A}).

As barreiras impostas pelos serviços repercutem de forma negativa no cuidado em saúde mental, pois o usuário e seus familiares não encontram uma solução para a problemática do viver em família com um familiar com transtorno mental. Apesar da estruturação do serviço ser preconizada nas Políticas Públicas de Saúde, a rede de serviços não contempla as necessidades dos usuários, e ao mesmo tempo, é um dos empecilhos para os cuidados a pessoa mentalmente doente.

Discussão

Quando se pensa em família, se traz a alusão a *mátria*, seus odores, suas paisagens, os indivíduos, os sentimentos, e também, ressentimentos. É um complexo sistema complexo que relembra o exílio, a partida, a crise e a transformação⁷⁻⁸, pois é na família que se constrói valores e princípios, num embasamento cultural, repassado durante várias gerações⁹. São nos primeiros anos de vida que a criança aprende com as relações parentais a proximidade de uma pessoa com a outra, as quais se perpetuam durante os diferentes ciclos evolutivos do ser humano, envolvidos nesta relação entre pais e filhos ou entre mães e filhos se estabelecem vínculos fortes, em que as obrigações morais são fortemente mais significativas.⁸⁻⁹

Neste contexto, são reproduzidos cuidados e repassados ao longo do tempo, às vezes, de geração em geração, adaptados à cultura, às crenças e aos costumes¹⁰. Nas interações face a face no microsistema familiar^{2,1} os cuidados são apreendidos com um vínculo afetivo associado, cuja essência traduz a preocupação, no núcleo familiar, de uns em relação aos outros¹¹. Salienta-se ainda que o modo de cuidar uns dos outros, está intimamente ligado ao modo que um dia se foi cuidado. Assim, que o enfermeiro em formação/construção aprende a cuidar no seio da família.

No âmbito da família, emergem processos de afinidade, de amor, carinho e respeito, constituídos na família a partir de valores e princípios morais, que contribuem para relações afetivas e de reciprocidade¹¹. Isto foi evidenciado nas famílias, dos enfermeiros participantes deste estudo, se observou também, que nas famílias desestruturadas e com afetos conturbados, as quais prevalecia em seu cotidiano a dependência química em álcool e outras drogas¹², as famílias buscaram a superação, especificamente, os enfermeiros deste estudo envolvidos neste processo de doença na família, alcançaram seus objetivos e se reestruturaram para atenderem as necessidades familiares.¹³

Evidencia-se que para a criança, o adolescente ou adulto jovem o alcoolismo parental poderá ser um forte agente de vários problemas em todo seu ciclo vital, visto que a trajetória de vida dessas pessoas é estabelecida num contexto adverso de saúde. Entretanto, algumas pessoas respondem de forma positiva a esse contexto adverso, possibilitando o potencial dos seres humanos para produzirem saúde, deslocando o foco da negatividade da doença, e desenvolvendo suas potencialidades, as quais permitem reagir de forma a enfrentar, favoravelmente, os inúmeros fatores de riscos presentes.¹³

A literatura aponta que ao se tratar da pessoa mentalmente doente, nem sempre as interações são de cuidado. Possivelmente, pela natureza crônica e estigmatizada socialmente do transtorno mental, as interações entre as pessoas da família, são influenciadas pelo impacto, geralmente, negativo, que reveste a experiência de conviver com o transtorno mental em um familiar ou uma pessoa próxima¹⁴⁻¹⁵. A família, frequentemente, vivencia esta situação de maneira solitária e isolada da sociedade, em virtude da dificuldade de enfrentar os preconceitos sociais e de seus próprios membros que ainda repudiam a pessoa mentalmente doente e a afasta do convívio em sociedade. Nesta situação, a família como o primeiro espaço onde o sujeito aprende a cuidar do outro, passa a ser *o lócus* de descuidado, pois são mais fortes e impactantes os preconceitos e estigmatizações arraigados.^{14,16}

Esta maneira de perceber a pessoa mentalmente doente é vivenciada pelo enfermeiro em diferentes contextos de seu ciclo de vida. Inicialmente nas interações familiares, mais tarde, na vida escolar e acadêmica, quando, então passa a interagir com os amigos e pessoas próximas, aprendendo e trocando experiências². Com isso, se reproduzem os modelos de ser e de viver no grupo em que está inserido, sendo que, um desses modelos, frequentemente encontrados, é a desvalorização da pessoa mentalmente doente, que na maioria das vezes, é afastada do grupo por “ser diferente”, reforçando o estigma e a marginalização em relação ao “louco”.¹⁵

Incorporando a vivência familiar, as relações afetivas e de superação, os enfermeiros deste estudo, no decorrer da vida acadêmica, seguiram seu processo de construção buscando a instrumentalização para o aperfeiçoamento do cuidado. O estudante tem a necessidade de obter mais conhecimento, especificamente, na área da enfermagem, transformar seu arcabouço de conhecimento empírico em conhecimento científico¹⁷⁻¹⁸. Cada diferente etapa da vida acadêmica é um momento singular para se construir enfermeiro, com capacidade técnica e científica de promover um cuidado de

enfermagem preocupado com o bem-estar e a qualidade de vida, e às vezes, o cuidado na terminalidade.¹⁹

Entretanto, quando se trata de Saúde Mental, se faz necessário uma complementação de saberes e práticas para esta área específica. Observa-se, entre os alunos de graduação em enfermagem, certo distanciamento em relação à pessoa mentalmente doente e, muitas vezes, até com o próprio serviço de saúde especializado, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)²⁰. Este comportamento do acadêmico pode estar vinculado a mecanismos intrapsíquicos de autoproteção e defesa e/ou, ainda, a partir de suas representações culturais sobre a doença, justificado pelo estigma que a doença mental carrega em sua história. Frequentemente, verifica-se, também, certa dificuldade dos alunos e dos profissionais na comunicação com o paciente e, ao mesmo tempo, realizar o planejamento do cuidado de enfermagem.²¹

Salienta-se, ainda, que neste processo, o acadêmico deveria ser um sujeito ativo da aprendizagem, buscando conhecimentos e experiências, além dos apreendidos em sala de aula, ao ser colocado em situações mobilizadoras de suas capacidades, desenvolvendo atividade intelectual, criadora e expressiva para determinada área do conhecimento¹⁹. A partir disso, possibilitar a interface entre outras áreas, utilizando os saberes e fazeres como base para a construção profissional. Entretanto, observa-se o pouco interesse do acadêmico em refletir acerca de suas práticas de cuidados, restringindo-se a buscar conhecimento técnico, como se isso fosse a base dos cuidados de Enfermagem.²²

A construção do enfermeiro é pautada nos saberes e práticas acumuladas e desenvolvidas e na constituição de conhecimentos teóricos que o instrumentalizam para o cuidado. É um processo sustentado nas interações com as pessoas que lhes são próximas, seja no contexto acadêmico, com professores, nos serviços de saúde em geral, com os pacientes e os familiares. Nesta perspectiva, para serem efetivas, essas interações devem ocorrer em bases sólidas e mantidas por um período de tempo, suficiente que possibilite a trocas entre as pessoas envolvidas neste ambiente de formação para o cuidado humano.²

Outros contextos significativos para a construção do enfermeiro, cuidador de pessoas mentalmente doentes, são os serviços de saúde em geral nos quais esse profissional está inserido. É nestes espaços que ocorrem interações face a face, com outros profissionais, usuários e familiares, que direcionam a maneira de cuidar conforme a necessidade de cada pessoa que procura o serviço^{2,1}. Entretanto, a organização dos

serviços de saúde, em se tratando de saúde mental, nem sempre está preparado para cuidar das pessoas mentalmente doentes e seus familiares. Não tão raramente, as práticas desenvolvidas são de descuidado, evidenciando, assim, um descompasso entre o que está preconizado nas políticas públicas de saúde, em relação à prática assistencial em saúde mental.²³⁻²⁵

Outro fator importante é a ausência da referência e contra referência, considerada como fundamental para a efetivação dos princípios do SUS, e preconizada pela Política de Atenção Psicossocial, mas ainda muito distante das realidades que vivenciam os CAPS e a ESF, bem como a Atenção Básica em geral, certificando a existência de lacunas entre os serviços que comprometem o atendimento em rede na saúde mental.²⁶

Assim, a partir desta discussão acerca das influências familiares, acadêmicas e profissionais, que promovem a formação/construção do enfermeiro para cuidar da pessoa mentalmente doente, se evidenciou os fortes laços familiares impulsionadores para a cuidado. Na vida acadêmica o enfermeiro agrega o conhecimento e aprendizado familiar, e aprofunda saberes e práticas formais para se constituir profissional. Nesta etapa, a vida profissional, lhe permite cuidar quando mantem as interações proximais face a face, as relações interpessoais, permitidas pela empatia, comunicação e escuta. Todavia, conforme este estudo, os serviços de saúde, não raras vezes, impossibilitam este cuidado.

Considerações Finais

O enfermeiro, conforme os dados deste estudo, aprende os primeiros cuidados na vivencia familiar. Neste contexto, cuida das pessoas próximas, dos irmãos, dos idosos, e a partir de sua cultura, dos valores, das crenças e dos costumes, mantem relações face a face, que implica no respeito, e na consideração com os outros. Todo este arcabouço cultural estabelece as relações interpessoais, com proximidade e vinculo estabelecido nas relações saudáveis.

Na vida acadêmica, o enfermeiro, incorpora as vivencias familiares e a partir do conhecimento científico inicia a preparação para aprender o cuidado de enfermagem. Este cuidado com os saberes e práticas construídos durante a graduação a partir dos constructos teóricos de cuidados, busca um conhecimento capaz de entender e cuidar do ser humano integralmente, vislumbrando não somente a pessoa adoecida, mas qualquer implicação no processo saúde/doença, que necessita de cuidado, ou seja, o enfermeiro não se

preocupa apenas com a doença em si, mas com a totalidade da pessoa, a qual tem sentimentos, desejos, e uma família que se preocupa com seu bem-estar.

Como profissional sua essência é cuidar do indivíduo, estabelecendo suas prioridades de saúde, planejando os cuidados de enfermagem, conforme aprendidos na vida acadêmica. Todavia, muitas vezes, as organizações de saúde impossibilitam este cuidado, e além disso, esta construção do enfermeiro como cuidador. O não atendimento das ações de saúde preconizadas pelas Políticas Públicas, dificultam sobremaneira as práticas de cuidados, pois se as ações são falhas, se os serviços não atentem as demandas de cuidados, o profissional enfermeiro não atende da mesma forma um cuidado efetivo ao usuário.

Este estudo pretendeu sensibilizar a área da enfermagem e saúde, para o aprofundamento teórico/prático das teorias desenvolvidas nas universidades, entender que o cuidado humano é uma prática do enfermeiro, mas para que isto aconteça efetivamente, os acadêmicos e profissionais enfermeiros precisam planejar suas ações de enfermagem considerando o arcabouço teórico aprendido na academia.

Assim, mesmo com as lacunas evidenciadas na vida familiar, na vida acadêmica e profissional, o enfermeiro se constrói a partir dos diferentes ciclos de vida que vivencia. Salienta-se que a família é a identidade que o consolida cuidador, os saberes familiares induzem fortemente nesta construção, pois aprendem a cuidar de outros seres humanos de forma empática e a partir de relações afetivas, mantidas pela proximidade de uns com os outros. Não obstante a vida acadêmica faz a lapidação deste cuidador, e depois como profissional atende as expectativas e necessidades que a profissão o confia.

Referências

1. Bronfenbrenner U. Making human beings human: Bioecological perspectives on human development. (pp – 3-15). Thousand Oaks, CA: Sage. 2005.
2. Bronfenbrenner U; Morris PA. The ecology of developmental processes. In.: LERNER, RM (Ed), Handbook of Child Psychology. 5th ed; v.1, p. 993-1028. New York 1998.
3. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. Ciência & Saúde Coletiva, 2010, 15(Supl. 1):1497-1508.
4. Sant'ana MM, Pereira VP, Borenstein MS, Silva AL. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 50-8.
5. Gomes MS, Mello R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), 2012, 8(1):2-8 jan.-abr.

6. Moraes R, Galiazzi MC. Análise Textual Discursiva. Ijuí: Editora Unijuí. 2011.
7. Lescher A., Bedoian G. (org.). Conceitos e estratégias para o Atendimento de Crianças e Jovens em Situação de Rua. São Paulo: SMADS, Projeto Quixote, Unifesp, 2007.
8. Sarti CA. Famílias brasileiras: jovens, leis e moralidade. In.: Mundo da família: conceitos e manejo do atendimento. Bedoian G, Fender SA. 1ª Ed. São Paulo: Projeto Quixote Área Ensino e Pesquisa. 2010.
9. Escudero LC. Grupo de terapia multifamiliar: manejos e desafios. In.: Mundo da família: conceitos e manejo do atendimento. Bedoian G, Fender SA. 1ª Ed. São Paulo: Projeto Quixote Área Ensino e Pesquisa. 2010.
10. Leininger MM. Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York: Wiley, 1991.
11. Elsen I, Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização. 2ª Ed. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS (organizadores). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2004. p.19-28.
12. Santos AM, Silva MRS. The experience of caring for an alcoholic woman in the family. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2012 Apr [cited 2015 Dec 09]; 46(2): 364-371. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200014>
13. Silva MRS, Elsen I, Lacharité C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. Paidéia, 2003, 13(26), 147-156.
14. Maurer BSS, Brusamarello T, Guimarães NA, Oliveira VC, Paes MR, Maftum MA. Extensão universitária em saúde mental na Universidade Federal do Paraná: contribuições à formação do Enfermeiro. Cienc Cuid Saude, 2013 Jul/Set; 12(3):539-547.
15. Marcolan JF, Castro RCBR. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto. 1.ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
16. Sant'ana MM, Pereira VP, Borenstein MS, Silva AL. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 50-8.
17. Fernandes JD, Sadigursky D, Silva RMO, Amorim AB, Teixeira GAS, Araújo MCF. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(4): 962-8 www.ee.usp.br/reeusp Acessado em 24 de agosto de 2014.
18. Villela JC, Maftum MA, Paes MR. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 397-406.
19. Barros S, Claro HG. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre a reabilitação psicossocial e cidadania. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(3):700-7. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em: 17 de julho de 2014.
20. Santos JP, Souza MCBM, Oliveira NF. Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros da área de saúde mental. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 jan/mar;13(1):60-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a07.htm>. Acessado em: 17 de julho de 2014.

21. Silva LAA, Franco GP, Leite MT, Pinto C, Lima VML, Saraiva N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto & Contexto*, Florianópolis, 2011. Abr/jun; 20(2): 340-8.
22. Rodrigues J, Santos SMA, Spricigo JS. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2012; 25(6): 844-51. Acessado em 03 de abril de 2014.
23. Bonfada D, Guimarães J, Brito AAC. Concepções de profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel quanto à urgência psiquiátrica. *Rev Rene*. 2012; 13(2):309-20. Acessado em 19 de agosto de 2014.
24. Paes MR, Borba LO, Labronici LM, Maftum MA. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2010; abr/jun; 9(2): 309-316. Acessado em 06 de abril de 2014.
25. Stefanelli MC (Org.), Fukuda IMK. (Org.), Arantes EC (Org.). *Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais*. 1ª. ed. Barueri (São Paulo): Manole, 2008. v. 1. 668 p.
26. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013, Brasília, v. 66. Setembro. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672013000700020&script=sci_arttext
Acessado em 08 de outubro de 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta tese apresentados nos três artigos científicos, do Capítulo 5, “resultados e discussões dos dados”, discorrem acerca do processo de construção do enfermeiro, cuidador de pessoa mentalmente doente, tendo como embasamento os diferentes contextos em que este profissional se constrói cuidador. Denominados de microsistemas a vida familiar, a vida acadêmica e a vida profissional, e como arcabouço o macrosistema social e as esferas que o apoiam nesta construção, como: as Políticas Públicas de Saúde, os Serviços de Saúde e as Organizações de Saúde, o enfermeiro nos diferentes ciclos de vida aprende a cuidar, e a partir da cultura, crenças, valores, princípios e costumes passa estes cuidados para diferentes gerações, e os pratica nos contextos nos quais atua como profissional da saúde.

No contexto familiar, aprende a cuidar das pessoas próximas, dos doentes, dos irmãos menores, das pessoas idosas, de forma empírica e a partir da cultura na qual foi moldado, ensinado. Estes ensinamentos e aprendizados são os saberes familiares, envolvidos no cuidado com carinho, com atenção, com amor, mesmo, muitas vezes, num âmbito familiar desfavorável para produzir cuidado, eles conseguem a superação e atender as necessidades dos membros da família. As relações são face a face, existe a proximidade entre as pessoas, e os cuidados produzidos são envolvidos na harmonia de um ambiente empático, o qual envolve o respeito, a consideração, a honestidade.

É importante ressaltar que dos trinta enfermeiros, participantes deste estudo, cerca de 50% deles, apresentavam na família uma pessoa mentalmente doente. Aqueles diagnosticados com transtorno mental eram cuidados pelos membros familiares, principalmente, as mães. Alguns apresentavam transtornos leves, e conseguiam auto cuidarem-se, com supervisão de um membro familiar próximo (irmã/irmão).

No entanto, os familiares mentalmente doentes, por dependência química em álcool e outras drogas produziam nestas famílias laços afetivos tênues, constantes desarmonias familiares as quais repercutiram de forma negativa para a construção dos enfermeiros, participantes desse estudo. Os profissionais que tiveram estas experiências negativas no seio familiar, se afastam da pessoa mentalmente doente, independente do diagnóstico que elas apresentam quando chegam ao serviço para serem cuidadas. Além disso, enfatizam que não aceitam a dependência química como doença, descrevendo este evento psíquico como falta de caráter e imoralidade, pois na embriaguez destroem o lar, se tornam agressivos, promovem a violência intrafamiliar, mas depois dos efeitos fisiológicos do álcool ou das drogas são pessoas compreensivas e de excelente caráter.

Na vida acadêmica, inicialmente apresentam seus medos, barreiras e o pensamento de desistir de seus objetivos. No entanto, conforme evoluem na busca profissional de semestre em semestre se identificam com a profissão Enfermagem, e a partir disso, aquele cuidado trazido da base familiar se funde no cuidado científico, moldado a partir de teorias e práticas profissionais que o habilitam para o exercício profissional. Todavia, as barreiras são empecilhos fortes durante todo este processo de construir-se cuidador, primeiramente pelo desejo de logo iniciar os procedimentos técnicos da enfermagem, em seguida pela insegurança de assumirem uma unidade de cuidado sem o apoio docente ou do enfermeiro supervisor.

Em todo este contexto, se evidenciou que ainda o acadêmico de enfermagem está preocupado na produção das tarefas, e na quantidade delas para o futuro profissional. Por isso, muitas vezes, desvaloriza as Teorias que norteiam o cuidado de enfermagem, mostrando a dificuldade em descrever seu planejamento de cuidados a partir do embasamento teórico que as disciplinas do curso lhe orientam para os cuidados em saúde.

Na especialidade, a disciplina de Enfermagem em Saúde Mental ou Psiquiátrica, referem um certo distanciamento, por medo, angústia e despreparo para trabalhar/cuidar da pessoa mentalmente doente. Exigindo do curso de graduação uma maior carga horária de aulas teórico/práticas para atenderem de forma mais eficaz a pessoa adoecida mentalmente. Mas, os enfermeiros que desde a infância conviveram com o dependente químico na família, não obtiveram desempenho satisfatório nesta especialidade, e além disso, se afastavam da pessoa mentalmente doente com a intenção de não reviver o passado e suas lembranças negativas.

No contexto dos serviços de saúde, os quais estes profissionais desempenham suas práticas profissionais, as queixas e insatisfações são, na maioria das vezes, em relação a organização do serviço. Especialmente, em relação aos cuidados a pessoa mentalmente doente, os serviços, incluindo aqueles que tratam a especialidade saúde mental, não estão devidamente preparados para atender as demandas de cuidados exigidas pelas pessoas adoecidas mentalmente.

Nos serviços de urgência/emergência ainda se presencia as práticas institucionalizadas de cuidados. A pessoa mentalmente doente que precisa deste serviço é estigmatizada e tratada de forma preconceituosa, sendo a contenção medicamentosa e mecânica o manejo nos surtos psicóticos e tentativas de suicídios. Após este cuidado orientado pelo modelo biomédico, e contrário as práticas que atendem a autonomia e a subjetividade do sujeito, a pessoa adoecida é encaminhada para um serviço de referência em saúde mental, sendo o hospital psiquiátrico o serviço escolhido para o

encaminhamento, indo de encontro as Políticas Públicas de Saúde Mental que preconiza o cuidado em liberdade com a família provedora de cuidados.

No hospital geral, o paciente quando associado a patologia clínica ou cirúrgica possui um transtorno mental manifestado, as condutas não diferem das demais unidades de saúde, a medicalização e a contenção mecânica ainda são as formas de cuidados para o manejo das intercorrências mentais. É importante destacar que, muitas vezes, a equipe de saúde não encaminha para um especialista, nem sequer investiga com a família as condutas psiquiátricas específicas daquele paciente, como: a medicação que utiliza, no surto a quem a família recorre, etc.

Na Atenção Primária em Saúde, como as Unidades Básicas de Saúde, Estratégia da Saúde da Família e Postos de Saúde, a pessoa mentalmente doente é cuidada conforme as necessidades clínicas, as psiquiátricas se restringem a emissão de receitas médicas para a continuidade do tratamento. Especialmente, quando o enfermeiro identifica algum evento psíquico no usuário, seja na consulta de enfermagem, no acolhimento, ou na entrevista com familiar, a equipe de saúde se mostra despreparada para cuidar desse usuário e o encaminha para o serviço especializado.

Entretanto, estes serviços não acolhem imediatamente a pessoa mentalmente adoecida, às vezes, aguardam meses em filas de esperas para serem chamados para uma consulta ou acolhimento no CAPS, enquanto isso, não rotineiramente, continuam frequentando o serviço no território de origem até a consulta ser efetivada. Neste contexto, o que chama a atenção para o (des) cuidado ao portador de transtorno mental, são as tentativas de suicídios, a dependência química, os surtos psicóticos, pois são eventos que não podem esperar um atendimento, já que, na maioria das vezes, se tratam de emergências psiquiátricas.

Outro aspecto relevante interrogado aos participantes deste estudo, foi um grupo de saúde mental na unidade básica de saúde da ESF, os enfermeiros enfatizaram a falta de tempo para o preparo de atividades, e o principal, a falta de espaço físico para este grupo especial, pois não poderiam colocar os doentes mentais circulando no mesmo ambiente dos usuários “normais”. Dessa forma, fica evidente que o preconceito e o estigma estão presentes nos serviços de saúde, e são promovidos pelos próprios componentes das diferentes equipes, as quais deveriam cuidar de forma integral qualquer ser humano, visto sua totalidade e não de maneira parcializada.

Nos serviços especializados em saúde mental, as intercorrências de emergência psiquiátrica são encaminhadas para o serviço especializado, em ambos os municípios deste estudo. E, mais uma vez se põe em xeque o preconizado nas políticas públicas e a

problemática da institucionalização, haja visto que um serviço mantém o outro, ou seja, são interdependentes.

Observando os descuidados na Atenção Primária em Saúde com a pessoa mentalmente doente se identifica que o enfermeiro apresenta barreiras para sua construção como cuidador neste contexto. Se evidencia que não é uma prática isolada, mas comunitária, as equipes de saúde não aceitam a pessoa mentalmente doente, apresentam fortes indícios de preconceito gerados pelo senso comum, mas, também a organização do serviço se torna um entrave para esta construção. Pois, não atendem de forma organizada e com vínculo aos outros serviços da rede de saúde, os empecilhos são fortes, na falta de estrutura, de materiais, e principalmente, de recursos humanos com capacitação para atender as demandas.

Nesta perspectiva a prática da enfermagem, ou os cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro se mostram incapazes de atender as necessidades básicas da pessoa mentalmente doente. Ainda, é importante salientar que a construção do enfermeiro nos diferentes contextos de cuidados está fragilizada. A base familiar é constituída de fortes influências culturais que o habilitam a cuidar, as práticas acadêmicas os orientam para a prática de cuidados, entretanto os serviços de saúde não desempenham um papel condizente com a realidade vivenciada pelos usuários, necessitando a revisão de alguns aspectos, no que tange, a sanar de forma emergencial e contemplar a agilidade e ações concretas que minimizem a problemática entre um serviço e outro, a necessidade de capacitações para o cuidado em saúde mental, a preconização das Leis e Diretrizes que compõem as Políticas Públicas em Saúde Mental, para a consolidação do cuidado às pessoas mentalmente doentes, nos diferentes contextos em que estão inseridas.

A partir dessa premissa o estudo confirma a tese:

As experiências vivenciadas desde cedo na família e mais tarde na vida acadêmica e profissional direcionam o processo de construção do Enfermeiro para (des) cuidar das pessoas mentalmente doentes.

É conveniente destacar, ainda, as limitações apresentadas por este estudo, sua realização focada na construção do enfermeiro, na visibilidade apenas deste profissional, sem consultar suas famílias para aprofundar as relações proximais entre seus membros e aspectos culturais da estrutura familiar que possibilitou o aprendizado de cuidados intrafamiliares. Uma pesquisa quantitativa em base de dados para visualizar os planos de ensino das universidades as quais promoveram a formação acadêmica dos enfermeiros, com a finalidade de identificar horas aulas do curso de enfermagem, os projetos políticos pedagógicos que demonstram a inserção do aluno em cada disciplina teórico/prática para

o cuidado de enfermagem e a preocupação destas faculdades com a comunidade e a população cuidada por estes profissionais. E, por último, uma inserção nos serviços que produzem saúde para a população buscando seu engajamento e importância do enfermeiro em práticas comunitárias, preocupadas em sanar a problemática da referência/contrareferência.

O estudo, conforme as descrições acima mencionadas, requer um maior aprofundamento, principalmente, no que se refere aos serviços de saúde, pois o enfermeiro se constrói cuidador no contexto familiar e acadêmico, mas quando se depara com o serviço e sua organização identifica que nem sempre consegue cuidar e assistir seus pacientes com dignidade, respeito e empatia. Há evidentemente uma lacuna entre o que é ensinado na família e na vida acadêmica, nos contextos de construção do enfermeiro, em relação as suas práticas nos serviços de saúde.

É importante ainda destacar a implicação deste estudo para a prática da enfermagem: minimizar o preconceito e o estigma frente a pessoa mentalmente doente; mostrar pro atividade nas relações de cuidados nos diferentes contextos em que atua o enfermeiro, fazendo prevalecer as Políticas Públicas de Saúde e suas diretrizes; aprofundar conhecimentos teóricos e práticos para discussão interdisciplinar, não obedecendo ou cedendo seu espaço de cuidador e provedor de cuidado/saúde; produzir conhecimento científico a partir dos cuidados prestados, seja no engajamento universitário, ou ainda, se especializando para o cuidado; promover discussões entre as universidades através de projetos de extensão com ênfase no cuidado.

REFERENCIAS

AGUIAR, MIF; SILVA JÚNIOR, IA; BRAGA, VAB; GALVÃO, MTG. **Concepções de promoção da saúde na perspectiva dos profissionais de saúde mental.** Rev Rene. 2012; 13(5):1111-20.

ALMEIDA FILHO, AJ; MORAES, AEC; PERES, MAA. **Atuação do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial: Implicações históricas da Enfermagem Psiquiátrica.** Revista de Rene. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 158-165, abr/jun. 2009. Acessado em: 03 de abril de 2014.

AMARANTE, AL; LEPRE, AS; GOMES, JLD; PEREIRA, AV. **As estratégias dos Enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família.** Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2011, jan/mar; 20(1): 85-93. Acessado em: 10 de abril de 2014.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa.** 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

ARCE, VAR; SOUSA, MF; LIMA, MG. **A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia da Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado.** Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 21 (2): 541-560, 2011. Acessado em: 10 de abril de 2014.

BARROS, S; CLARO, HG. **Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre a reabilitação psicossocial e cidadania.** Rev Esc Enferm USP 2011; 45(3):700-7. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em: 17 de julho de 2014.

BARRET, P; JACKSON, A. **Swimming without the water: A critical perspective on mental health experience for adult nursing students.** Nurse Education in Practice, 13 (2013) 487-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.05.002> Acessado em: 20 de outubro de 2014.

BARKER, PJ; BUCHANAN-BARCKER, P. **Mental health nursing and the politics of recovery: a global reflection.** Archives of Psychiatric Nursing, Vol. 25, No. 5 (October), 2011: pp 350–358.

BONFADA, D; GUIMARÃES, J; BRITO, AAC. **Concepções de profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel quanto à urgência psiquiátrica.** Rev Rene. 2012; 13(2):309-20. Acessado em 19 de agosto de 2014.

BORBA, LO; PAES, MR; GUIMARÃES, NA; LABRONICI, LM; MAFTUM, MA. **A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar.** Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2):442-9. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/ Acessado em 03 de abril de 2014.

BRASIL, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação (Câmara de Educação Superior). **RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acessado em: 10 de abril de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório do seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS**. Cadernos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. MS, Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Caderno Informativo/Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde – 1. Ed. – Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Programa “De Volta para Casa” / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 18p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 340 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental na Administração Pública Federal**. Planejamento, Orçamento e Gestão – MP. Secretaria de Recursos Humanos – SRH. Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor – DESAP, 2010. Acessado em: 23 de novembro de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde 2011. [Acessado em 10 de abril de 2014]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRONFENBRENNER, U; MORRIS, PA. The ecology of developmental processes. In.: LERNER, RM (Ed), **Handbook of Child Psychology**. 5th ed; v.1, p. 993-1028. New York 1998.

BRONFENBRENNER, U. **Making human beings human: Bioecological perspectives on human development**. (pp – 3-15). Thousand Oaks, CA: Sage. 2005.

BUENO, MEN; MEINCKE, SMK; SCHWARTZ, E; SOARES, MC; CORRÊA, ACL. **Paternidade na adolescência: a família como rede social de apoio**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 313-9.

CLARKE, C. **Mental health nursing: what difference does it make?** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2014, **21**, 558–563

COREN – RS (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/RS). **Legislação e Código de Ética: guia básico para o Exercício da Enfermagem**. Gestão 2012-2014. Disponível em: <http://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/livro-codigo-etica.pdf> Acessado em: 10 de abril de 2014.

CORREIA, VR; BARROS, S; COLVERO, LA. **Saúde mental na atenção básica: prática da equipe da saúde da família**. Revista da Escola de Enfermagem USP. 2011; 45(6): 150-6. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/ Acessado em: 03 de abril de 2014.

DENZIN, NK; LINCOLN, YS. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 15-42.

ELIAS, AD; TAVARES, CMM; CORTEZ, EA. **Impacto do estigma da loucura sobre a atenção de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência**. Ciência, Cuidado e Saúde. Out/dez; 12(4):776-783; 2013.

FERNANDES, JD; SADIGURSKY, D; SILVA, RMO; AMORIM, AB; TEIXEIRA, GAS; ARAÚJO, MCF. **Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais**. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(4): 962-8 www.ee.usp.br/reeusp Acessado em 24 de agosto de 2014.

FIORAMONTE, A; BRESSAN, BF; SILVA, EM; NASCIMENTO, GL; BURIOLA, AA. **Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do Enfermeiro na ESF**. Ciência, Cuidado e Saúde. 2013; abr/jun; 12(2): 315-322. Acessado em: 10 de abril de 2014.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 2: O Uso dos Prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 3: O cuidado de Si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1: a Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. “A ética do cuidado de si como prática da liberdade.” In: **Ética, sexualidade e política**, por Michel FOUCAULT, 264-287. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GOMES, MS; MELLO, R. **Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família**. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) 8(1):2-8 jan.-abr. 2012.

GUTIERREZ, DMD; MINAYO, MCS. **Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1497-1508, 2010.

JORGE, MSB; PINTO, DM; QUINDERÉ, PHD; PINTO, AGA; SOUSA, FSP; CAVALCANTE, CM. **Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(7): 3051-3060, 2011.

HAPPEL, B; WYNADEN, D; TOHOTOA, J; PLATANIA-PHUNG, C; BYRNE, L; MARTIN, HARRIS, S. **Mental health lived experience academics in tertiary education: The views of nurse academics**. Nurse Educ. Today (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.07.006> Acessado em: 20 de outubro de 2014.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro**. Março, 2009. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf> Acessado em: 14 de novembro de 2014.

KONDO, EH, VILELLA, JC; BORBA; LO; PAES, MR; MAFTUM, MA. **Abordagem da equipe de Enfermagem na emergência em saúde mental em um pronto atendimento**. Revista da Escola de Enfermagem USP. 2011; 45(2): 501-7. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acessado em 03 de abril de 2014.

LAING, JM. **The Mental Health Act: exploring the role of nurses**. British Journal of Nursing, 2012, Vol 21, No 4.

MARCOLAN, JF; CASTRO, RCBR. **Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto**. 1.ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MARTINHAGO, F; OLIVEIRA, WF. **A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out./dez. 2012.

MAURER, BSS; BRUSAMARELLO, T; GUIMARÃES, NA; OLIVEIRA, VC; PAES, MR; MAFTUM, MA. **Extensão universitária em saúde mental na Universidade Federal do Paraná: contribuições à formação do Enfermeiro**. Cienc Cuid Saude, 2013 Jul/Set; 12(3):539-547.

MORAES, R; GALIAZZI, M. C. Análise Textual Discursiva. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.

NEVES, HG; LUCHESE, R; MUNARI, DB. **Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília. 2010; jul/ago; 63(4): 666-70. Acessado em: 09 de abril de 2014.

NUNES, M; TORRENTÉ, M. **Estigmas e violências no trato da loucura: narrativas de Centros de Atenção Psicossocial, Bahia e Sergipe.** Rev Saúde Pública 2009;43(Supl. 1):101-108. Acessado em 19 de julho de 2014.

OLIVEIRA, LRM; CARVALHO, CD; CARVALHO, CMS; SILVA JÚNIOR, JG. **O ensino da saúde mental para enfermagem: uma revisão de literatura.** R. Interd. v.6, n.2, p.152-159, abr.mai.jun. 2013.

OLIVEIRA, MAC; PEREIRA, IC. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 66. Setembro, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672013000700020&script=sci_arttext Acessado em 08 de outubro de 2014.

PAES, MR; BORBA, LO; LABRONICI, LM; MAFTUM, MA. **Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento.** Ciência, Cuidado e Saúde. 2010; abr/jun; 9(2): 309-316. Acessado em 06 de abril de 2014.

PAES, MR; MAFTUM, MA. **Percepções da equipe de Enfermagem de um pronto atendimento sobre a pessoa com transtorno mental.** Revista de enfermagem UFSM. 2013; set/dez; 3(3): 461-469. Acessado em 03 de abril de 2014.

PAES, MR; SILVA, TL; CHAVES, MMN; MAFTUM, MA. **O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde no Brasil.** Cienc Cuid Saude 2013 Abr/Jun; 12(2):407-412. Acessado em 03 de abril de 2014.

PEDROSO, MLR; MOTTA, MGC. **Crianças e família convivendo com a doença crônica: mesossistema em ligação com a vulnerabilidade programática.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 493-9.

PEGORARO, RF. **Papéis atribuídos à família na produção da loucura: algumas reflexões** Boletim Academia Paulista de Psicologia, vol. 77, núm. 2, julho/dezembro, 2009, pp. 253-273, Academia Paulista de Psicologia. Brasil.

PINHO, LB; HERNÁNDEZ, AMB; KANTORSKI, LP. **Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento.** Interface Comunicação Saúde Educação v.14, n.32, p.103-13, jan./mar. 2010.

PINHO, LB; RODRIGUES, J; KANTORSKI, LP; OLSCHOWSKY, A; SCHNEIDER, JF. **Desafios da prática e saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde.** Rev. Eletr. Enf. [internet]. 2012 jan/mar, 14(1): 25-32. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a03.htm>. Acessado em: 17 de julho de 2014.

QUINDERÉ, PHD; JORGE, MSB; NOGUEIRA, MSL; COSTA, LFA; VASCONCELOS, MGF. **Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(7):2157-2166, 2013.

REIS, LA; BRITO, FR; MOREIRA, VS; AGUIAR, ACSA. **Atuação do Enfermeiro do programa de saúde da família frente ao indivíduo portador de transtorno mental.** C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v. 6, n. 2, p. 175-187, jul/dez. 2013. Acessado em: 10 de abril de 2014.

RIBEIRO, LM; MEDEIROS, SM; ALBUQUERQUE, JS; FERNANDES, SMBA. **Saúde mental e Enfermagem na estratégia saúde da família: como estão os Enfermeiros?** Revista da Escola de Enfermagem USP. 2010; 44(2): 376-82. Disponível em: www.ee.usp.br/reecusp Acessado em: 09 de abril de 2014.

RODRIGUES, J; SANTOS, SMA; SPRICIGO, JS. **Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em Enfermagem.** Acta Paulista de Enfermagem. 2012; 25(6): 844-51. Acessado em 03 de abril de 2014.

RODRIGUES, J; SANTOS, SMA; SPRICIGO, JS. **Ensino do cuidado de Enfermagem em saúde mental através do discurso docente.** Texto e Contexto. Florianópolis, 2012 jul-set; 21(3): 616-24. Acessado em 03 de abril de 2014.

SANT'ANA, MM; PEREIRA, VP; BORENSTEIN, MS; SILVA, AL. **O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 50-8.

SANTOS, JP; SOUZA, MCBM; OLIVEIRA, NF. **Reabilitação psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros da área de saúde mental.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2011 jan/mar;13(1):60-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a07.htm>. Acessado em: 17 de julho de 2014.

SARTI, CA. **A família como ordem simbólica.** Psicologia USP, 2000, 15(3), 11-28.

SCHECKEL, M; KIMBERLY, N. **An interpretive study of nursing students' experiences of caring for suicidal persons.** Journal of Professional Nursing, Vol 30, No. 5 (September/October), 2014: pp 426-435 <http://dx.doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.03.003> Acessado em: 20 de outubro de 2014.

SERCU, C; AYALA, R; BRACKE, P. **How does stigma influence mental health nursing identities? An ethnographic study of the meaning of stigma for nursing role identities in two Belgian Psychiatric Hospitals.** Int. J. Nurs. Stud. (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.017> Acessado em: 13 de outubro de 2014.

SILVA^(a), NS; ESPERIDIÃO, E; CAVALCANTE, ACG; SOUZA, ACS; SILVA, KC. **Desenvolvimento de recursos humanos para atuar nos serviços de saúde mental.** Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis; 2013, out/dez; 22(4): 1142-51. Acessado em: 23 de novembro de 2013.

SILVA^(b), NG; SILVA, PP; OLIVEIRA, AGB. **A percepção dos trabalhadores de Enfermagem sobre a assistência à saúde mental em hospital universitário.** Ciência, Cuidado e Saúde. 2012; abr/jun; 11(2): 302-310. Acessado em 03 de abril de 2014.

SILVA^(c), LAA; FRANCO, GP; LEITE, MT; PINNO, C; LIMA, VML; SARAIVA, N. **Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde.** Texto & Contexto, Florianópolis, 2011. Abr/jun; 20(2): 340-8.

SINIAK, DS; SILVA, AB; PINHO, LB. **Relato de experiência de estágio de docência na área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental**. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2013. jul/set; 12(3): 593-598. Acessado em: 03 de abril de 2014.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

SOARES, RD; VILLELA, JC; BORBA, LO; BRUSAMARELLO, T; MAFTUM, MA. **O papel da equipe de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial**. Escola Anna Nery (impressa). 2011; jan/mar; 15(1): 110-115. Acessado em: 03 de abril de 2014.

SOARES, NA; SILVEIRA, BV; REINALDO, MAS. **Serviços de saúde mental e sua relação coma formação do enfermeiro**. *Revista Rene*. Fortaleza, v.11, n. 3, p. 47-56, jun./set. 2010. Acessado em 06 de abril de 2014.

STEFANELLI MC (Org.); FUKUDA, I. M. K. (Org.); ARANTES EC (Org.). **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. 1ª. ed. Barueri (São Paulo): Manole, 2008. v. 1. 668 p.

VENTURA, CAA; MENDES, IAC; TEVIZAN, MA. **Psychiatric nursing care in Brazil: legal and ethical aspects**. *Med Law* (2007) 26:829-840.

VIEIRA, AN; SILVEIRA, LC. **O cuidado e a clínica na formação do Enfermeiro: saberes, prática e modos de subjetivação**. *Esc. Anna Nery* (impr.), 2011, out/dez; 15 (4): 776-83.

VILLELA, JC; MAFTUM, MA; PAES, MR. **O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso**. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 397-406.

ZERBETTO, SR; EFIGÊNIO, EB; SANTOS, NLN; MARTINS, SC. **O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de Enfermagem**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [internet]. 2011. Jan/mar; 13(1): 99-109. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a11.htm>. Acessado em: 03 de abril de 2014.

ZILLMER, JGV; SCHWARTZ, E; MUNIZ, RM. **O olhar da enfermagem sobre as práticas de cuidado de famílias rurais à pessoa com câncer**. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(6):1371-8. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acessado em: 01 de novembro de 2014.

ZILLMER, JGV; SCHWARTZ, E; MUNIZ, RM; MEINCKE, S. **Modelo Bioecológico de Urie Bronfenbrenner e inserção ecológica: uma metodologia para investigar famílias rurais**. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, 2011 Out-Dez; 20(4): 669-74

WAIMAN, AMP; MARCON, SS; PANDINI, A; BESSA, JB; PAIANO, M. **Assistência de Enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na**

Atenção Básica. Acta Paulista de Enfermagem. 2012; 25(3): 346-51. Acessado em: 03 de abril de 2014.

WALDOW, VR. **Atualização do cuidar.** Chia, ano 8, v. 8, n.1, Colômbia, abril 2008. p. 85-96.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal do Rio Grande.
C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N, Rio Grande –
Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53)
32336500



Grupo de Estudos e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde.
C.P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone: (53) 32330304

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO DAS REFERÊNCIAS QUE DIRECIONAM O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO ENFERMEIRO CUIDADOR DE PESSOAS MENTALMENTE DOENTES

Pesquisadora responsável: Dr^a Mara Regina Santos da Silva – Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

Pesquisador-Doutorando: Ms. Alessandro Marques dos Santos - Enfermeiro, Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa de Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES).

Objetivo Geral: Compreender a relação entre a prática desenvolvida por enfermeiros que cuidam de pessoas mentalmente doentes, e os saberes que se agregam à formação/construção destes profissionais em diferentes contextos.

Objetivos Específicos: (1) Analisar as experiências familiares que influenciam na construção/formação do Enfermeiro cuidador de pessoas mentalmente doentes; (2) Identificar as referências teórico/prática que prioritariamente influenciam na formação/construção do Enfermeiro cuidador de pessoa mentalmente doente; (3) Analisar na vida profissional do Enfermeiro as referências que utiliza para orientar sua prática com pessoas mentalmente doentes.

Procedimentos: Para participar nesta pesquisa você está sendo convidado a responder algumas perguntas que buscam informações para os objetivos específicos. A realização desta entrevista será em local privativo, escolhido de acordo com seu bem-estar e sem prejuízo de suas atividades de trabalho, estudo ou familiares.

Direitos assegurados: As informações fornecidas por você serão tratadas confidencialmente pela equipe de pesquisadores. Os dados serão tratados pelo conjunto do grupo de participantes e não de maneira individual. Todas as informações serão anônimas e as partes relativas à sua participação serão destruídas caso você venha a suspender seu consentimento. Uma identificação codificada substituirá seu nome para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações.

Benefícios: Sua participação nesta pesquisa pode contribuir para o conhecimento científico para a área da Enfermagem, especialmente, a Enfermagem em Saúde Mental, pois compreender a construção do Enfermeiro nos diferentes ambientes em que se constitui possibilita imergir nas questões pessoais, acadêmicas e profissionais, do Enfermeiro, enfatizando o cuidado a pessoa mentalmente doente.

Riscos: Sua participação nesta pesquisa poderá acarretar-lhe um risco mínimo. Um certo desconforto pode ser causado por algumas questões incluídas no roteiro de entrevista. Por favor, examine-as antes de iniciar a entrevista, e se for de sua vontade, não as responda, ou ainda, poderá não participar do estudo.

Participação voluntária: A sua participação nesta pesquisa é voluntária e você é livre para aceitá-la ou recusar-se. Por favor, certifique-se que todas suas dúvidas ou questionamentos relativos a esta pesquisa foram respondidos e que lhe foi garantido o tempo necessário para tomar sua decisão.

Pessoa para contato: Para informações relativas a esta pesquisa você pode entrar em contato com a Professora Dr^a Mara Regina Santos da Silva e o Doutorando Alessandro Marques dos Santos, pelo telefone (53) 32338843.

Eu, _____, aceito livremente participar como sujeito da pesquisa “**Estudo das referências que direcionam o processo de construção do enfermeiro cuidador de pessoas mentalmente doentes**”. Confirmando que a justificativa, os objetivos e os procedimentos relativos à minha participação foram explicados verbalmente e eu os compreendi. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar deste estudo. Sendo assim, atesto que li todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo. Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda.



Local e data:

.....
Nome do participante Assinatura do participante

.....
Nome do entrevistador Assinatura do entrevistador

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista

 <p>Universidade Federal do Rio Grande Grupo de Estudo e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde C. P. 140, Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone: (53) 3233 0304</p>	 <p>Projeto: A construção do enfermeiro cuidador de pessoas mentalmente doente na perspectiva bioecológica: subsídios para estudos na Enfermagem</p>
---	--

Roteiro de Entrevista

Parte I: Caracterização dos participantes

1. Nome:
2. Idade:
3. Sexo:
4. Tempo de formado:
5. Serviço(s) ao qual está vinculado:
6. Tempo de trabalho profissional:Quais áreas atuou?.....
7. Carga horária de trabalho semanal:
8. Pós-graduado: Sim () Não (). Se **SIM**, Qual área de especialidade?
.....
9. Estado Civil:
10. Número de filhos:
11. Renda familiar:

Parte II: Família.

1. A família é a primeira instituição social do Ser Humano, com a capacidade de influenciar a vida de seus familiares durante todo seu processo de viver, embasada no cotidiano intrafamiliar, moldados a partir de sua cultura. O que você apreendeu no âmbito de sua família em termos de:
 - a. Valores:
 - b. Princípios:
 - c. Saberes:
2. Especificamente com relação às pessoas portadoras de transtornos mentais:
 - a. Tem algum portador de transtorno mental na sua família?
 - b. Qual seu diagnóstico?
 - c. O que representa para os demais membros da família, conviver/cuidar de uma pessoa com transtorno mental, em relação às questões financeiras, a carga de cuidados, conviver com o estigma e preconceito relacionados ao transtorno mental?
 - d. Como é cuidada, no âmbito da tua família, este familiar com transtorno mental?
3. Qual o conhecimento da tua família acerca da pessoa com transtorno mental, como se posicionam a respeito do transtorno mental/louco e loucura?
4. Como você se posiciona/entende a percepção de sua família em relação à pessoa com transtorno mental, e o conhecimento dela acerca do louco e da loucura?
5. O que você trouxe da família que incorporas a tua prática profissional?

Parte III: Vida Acadêmica

1. Como foi tua vida acadêmica?
2. A vida acadêmica pode ser dividida em três etapas distintas, a primeira o início da construção de saberes, a segunda os saberes agregados aos conhecimentos que compartilhados te permitem desenvolver práticas de cuidados, e a terceira o final da vida acadêmica que te constitui formalmente Enfermeiro. O que mais te marcou nestas diferentes etapas da vida acadêmica?
3. E quando a pessoa mentalmente doente entrou na tua vida?
 - a. Como foi esta experiência?
 - b. Como você pensa que o paciente doente mental te viu, qual a percepção que este paciente teve de você?
4. O que você traz da sua vida acadêmica, que incorporou na sua prática em termos de Referência Teórica e Experiência Vivida?

Parte IV: Serviço

1. Como você acabou trabalhando nesse serviço?
2. Qual a diferença entre ser acadêmico e ser profissional de um serviço de saúde quando se trata de doença mental?
3. Quais as referências que utiliza na sua prática profissional:
 - a. Em relação a Teorias?
 - b. Em relação à Organização do Serviço de Saúde?
 - c. Em relação à capacitação para cuidar de pessoa mentalmente doente?
4. Ainda nesta experiência profissional, escolha um atendimento, a pessoa mentalmente doente, que você considerou péssimo, muito ruim. Porque foi ruim, péssimo, o que contribuiu para que fosse assim?
5. Qual sua percepção acerca dos cuidados a pessoa mentalmente doente?