

O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem

The work in a Psychosocial Support Center: difficulties and facilities of the nursing team

El trabajo en un Centro de Atención Psicosocial: dificultades y facilidades del equipo de enfermería

Sonia Regina Zerbetto^I, Elizangela Boni Efigênio^{II}, Nayra Luci Nayrovisk dos Santos^{III}, Sabrina Casale Martins^{IV}

RESUMO

O cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem no modelo de atenção psicossocial possibilita a construção de novos saberes e práticas. O estudo objetivou discutir o trabalho de profissionais de enfermagem em um CAPS a partir da perspectiva de seus atores. Pesquisa descritiva, analítica, abordagem qualitativa, realizada em uma cidade do estado de São Paulo, com os membros da equipe de enfermagem. Os dados foram coletados em 2007, por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo temática. Emergiram quatro categorias temáticas: concepções do modelo psicossocial, as relações estabelecidas dentro da instituição e seu território, as atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho, dificuldades e facilidades no trabalho. Conclui-se que os fatores predisponentes para as dificuldades no cotidiano do trabalho permeiam as dimensões teórico-conceituais (concepção de processo saúde-doença mental, Reforma Psiquiátrica e território). As dificuldades envolveram o âmbito técnico-assistencial, principalmente, as relações da enfermagem com os familiares dos usuários.

Descritores: Equipe de enfermagem; Serviços de saúde mental; Saúde mental; Enfermagem psiquiátrica.

The daily work of nursing staff in the new model for psychosocial support permits the construction of knowledge and practices from the relations between different social actors. This study aimed to discuss the work of nursing professionals of a Psychosocial Attention Center from the perspective of its actors. It's a descriptive and analytical research with qualitative approach, held in a city of the state of São Paulo, Brazil, having as subject, the nursing team members. Data were collected in 2007 using semi-structured interview and content analysis. Four themes emerged: conceptions of the psychosocial model; the relationships established within the institution and its territory; activities in daily work; difficulties and facilities at work. It was concluded that the predisposing factors for the difficulties in everyday work permeate the theoretical and conceptual dimensions, as regards the conception of the mental health-disease process, Psychiatric Reform and territory. The difficulties involved the technical care ambit, mainly the relationship of the nursing team with the family of the users.

Descriptors: Nursing team; Mental health services; Mental health; Psychiatric nursing.

RESUMEN

El trabajo diario del personal de enfermería en el modelo de atención psicossocial permite la construcción de nuevos conocimientos y prácticas. El estudio objetivó discutir el trabajo de profesionales de enfermería en un CAPS en la perspectiva de sus actores. Investigación descriptiva, analítica, de abordaje cualitativa, realizada en una ciudad en el estado de São Paulo, con los miembros del equipo de enfermería. Los datos fueron recogidos en 2007, por medio de entrevista semi-estructurada y analizados en análisis de contenido. Las categorías identificados: concepciones del modelo psicossocial, relaciones establecidas dentro de la institución y su territorio, actividades en el trabajo diario, dificultades-facilidades en el trabajo. Se concluye que los factores que predispone las dificultades en el cotidiano del trabajo permean las dimensiones teóricas-conceptuales (concepción del proceso salud-enfermedad mental, Reforma Psiquiátrica y territorio). Las dificultades involucraron al ámbito técnico-asistencial, principalmente, las relaciones de la enfermería con los familiares de los pacientes.

Descriptores: Grupo de Enfermería; Servicios de salud mental; Salud mental; Enfermería psiquiátrica.

^I Enfermeira, Doutora em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, Professor Adjunto, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil. E-mail: szzerbetto@ufscar.br.

^{II} Enfermeira, São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: elizangelaboni@yahoo.com.br.

^{III} Enfermeira, São Carlos, SP, Brasil. E-mail: nayrovisk@yahoo.com.br.

^{IV} Enfermeira, São Carlos, SP, Brasil. E-mail: sabrina.final@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Historicamente, as práticas em saúde mental foram permeadas por ações de violência, tanto explícitas como veladas, agressões físicas, poder do profissional sobre o usuário, repressão moral, inclusão social anômala e com o predomínio referencial de um modelo biológico e psicologizante⁽¹⁾. A tendência atual é a construção e o fortalecimento de um novo paradigma de atenção psicossocial, que pressupõe ações nas esferas da concepção do processo saúde-doença mental e dos meios teórico-técnicos, da organização das relações intrainstitucionais, das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral e, finalmente, da efetivação de suas ações em termos terapêuticos e éticos⁽²⁾.

No que se refere à concepção do processo saúde-doença mental, hoje se busca um olhar para a pessoa que sofre e não somente para a sua sintomatologia. A ação terapêutica não objetiva à remissão dos sintomas, mas ao acolhimento, à escuta, à criação do vínculo, tanto pessoal, como territorial⁽²⁻⁴⁾.

Nesse contexto, o enfoque da organização das relações intrainstitucionais é baseado na horizontalização, rompendo o elo saber/poder. Nesse novo cenário, os profissionais de enfermagem exercitam a visão de considerar a liberdade do usuário e da população uma terapêutica, incluindo a participação de ambos na autogestão e co-gestão. Quanto ao relacionamento da instituição com a clientela e a comunidade, deve-se proporcionar mecanismos de interlocução éticos, resolutivos e responsabilizar-se pela demanda do território. Devem-se articular todas as potencialidades dos trabalhadores da instituição, incluindo-se o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem, os quais necessitam, também, estar atentos aos recursos da comunidade^(1-3,5-8).

A última dimensão envolve a concepção efetiva dos resultados das ações em termos terapêuticos e éticos. Nesse sentido, as três categorias de enfermagem devem buscar diretrizes norteadoras para um novo trabalho, ou seja, o resgate da singularidade do usuário, reconstrução de sua história de vida, produção de subjetividade, construção de cidadania do indivíduo, participação da família, ênfase na reinserção social do doente mental e na reabilitação psicossocial. É fundamental, ainda, que mobilizem o poder contratual do usuário por meio da dinamização de seus recursos e potenciais para participar da diversidade da rede de interações sociais e possibilitar a condução de sua vida^(1-3,9-10).

Dessa maneira, tais ações devem conduzir o modo de se trabalhar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), considerado um equipamento de saúde mental substitutivo ao hospício. Ele requer dos profissionais de enfermagem um trabalho que contemple práticas que auxiliem os usuários na identificação/potencialização de recursos internos e externos para viver em comunidade, ter acesso ao trabalho, ao lazer e aos direitos civis. Assim, são práticas comprometidas com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica⁽¹¹⁻¹²⁾, considerada um processo social e político que busca rever o objeto da Psiquiatria, que é complexo e permeado por aspectos biológicos, sociais, políticos e culturais da pessoa-cidadã em sofrimento psíquico. Assim, deixa de prevalecer o enfoque na doença mental⁽⁵⁾.

Apesar de o auxiliar de enfermagem, atuante em instituições substitutivas, perceber que seu trabalho não se restringe somente às técnicas, mas a uma atuação mais ampla, para ele ainda é difícil identificar-se com essas novas funções⁽⁹⁾.

Os enfermeiros dos CAPSs reconhecem a execução de atividades administrativas e assistenciais^(2-3,9,13-14), porém apresentam dificuldades no âmbito do trabalho em equipe interdisciplinar^(6,9,11,15) e na dimensão dos conhecimentos e habilidades na área da saúde mental^(5-6,9,11,14,16). Estudos mostram, também, que para o enfermeiro é difícil definir o seu papel no processo de trabalho da equipe interdisciplinar^(7,14,16), pois nesse cenário o espaço de saberes são compartilhados entre os diversos profissionais, dificultando a distinção das atribuições de cada um, isoladamente^(5,7,16).

Para essas categorias profissionais, o trabalho que se propõe atualmente no CAPS ainda é um campo de entendimento complexo^(1,4-5,9,14-16). A vivência cotidiana com egressos dos cursos profissionalizantes e de graduação que atuaram ou atuam nos CAPS permite perceber, através da verbalização, suas angústias e dificuldades nesse novo serviço. Por essa razão, definiu-se como objeto de estudo neste estudo o cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

A justificativa dessa investigação baseou-se na importância de se refletir acerca do cotidiano do trabalho e da formação de enfermeiros e de outros profissionais da enfermagem, que possibilite a orientação de intervenções na prática diária da assistência, bem como no campo do ensino profissionalizante e de graduação.

Assim, para a condução da pesquisa partiu-se das seguintes questões: quais são as dificuldades que permeiam o cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem no respectivo CAPS? Que fatores dificultam ou facilitam esse trabalho? Que concepção a equipe de enfermagem tem do novo modelo de atenção? Como são as relações dentro do CAPS, entre os usuários e seu território? Quais atividades são desenvolvidas?

Com base nessas questões, o presente estudo tem o objetivo de discutir o trabalho de profissionais de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial, a partir da perspectiva de seus atores.

METODOLOGIA

Estudo descritivo e analítico, que buscou adquirir um maior conhecimento sobre o problema, bem como descrever e analisar determinada situação de uma instituição, ou seja, o cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem. A abordagem utilizada foi qualitativa, com o intuito de captar o universo dos significados das ações, crenças, valores e atitudes desses atores sociais, relacionados ao contexto social em que estavam inseridos e, também, os conflitos e contradições de seus cotidianos profissionais.

O campo empírico escolhido foi o único CAPS-II mental de uma cidade do interior do Estado de São Paulo e a pesquisa foi realizada entre os meses de agosto a outubro de 2007.

Os sujeitos investigados foram todos os componentes da equipe de enfermagem daquele CAPS, com vínculo empregatício efetivo e/ou temporário, que aceitaram participar da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Participaram uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e duas auxiliares de enfermagem que trabalhavam nessa instituição, no período da coleta. Houve contato prévio com as profissionais da enfermagem do respectivo CAPS, as quais foram informadas sobre os objetivos e finalidade do estudo. As entrevistas foram agendadas e realizadas durante a jornada de trabalho da equipe de enfermagem, com a utilização de um gravador.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada, constituído de caracterização pessoal; concepções sobre o modelo psicossocial; cotidiano do trabalho; dificuldades e facilidades no trabalho.

Para analisar os dados, utilizou-se a análise de conteúdo, categoria temática, que "consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação

cujas presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado"⁽¹⁷⁾. O processo de análise de dados constituiu-se na organização dos mesmos, ou seja, na transcrição das gravações. Em uma segunda fase, para a classificação dos dados, houve primeiramente uma leitura flutuante seguida de uma leitura exaustiva do material, para apreensão das ideias centrais, tanto convergentes como divergentes que tentaram transmitir o tema enfocado, permitindo o estabelecimento das categorias e subcategorias. Na análise final, buscou-se estabelecer articulação entre os dados e o referencial teórico de base, com o intuito de responder aos objetivos. Os depoimentos foram identificados com a letra E para entrevistada, procedido da numeração correspondente à ordem da entrevista realizada.

Foram observados, rigorosamente, os aspectos éticos envolvidos na pesquisa de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, sendo a mesma autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Central Paulista, pelo parecer nº 043/2007.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Quanto à **caracterização dos sujeitos**, todos os entrevistados eram do sexo feminino e as faixas etárias distribuíram-se entre 31 e 53 anos.

Dentre as depoentes, no quesito grau de escolaridade, uma delas possuía nível superior, com especialização em Enfermagem Psiquiátrica; duas, segundo grau completo; uma completou o ensino fundamental, e a formação profissional envolveu duas auxiliares de enfermagem, uma técnica de enfermagem e uma enfermeira.

O tempo de formação profissional variou de sete a 18 anos, salientando-se que o exercício profissional na área da saúde foi de sete a 23 anos. Em relação ao tempo de exercício na área específica de saúde mental, constou de seis meses a 6 anos; o tempo de atuação no CAPS variou de seis meses a cinco anos e, dentre elas, apenas uma possuía outro emprego, realizando horas extras em outro serviço de enfermagem.

Entre as participantes do estudo, apenas uma teve opção de escolha na área de saúde mental, ou seja, prestou o concurso específico para enfermeiro especialista. As outras profissionais de enfermagem participaram do processo seletivo geral da Secretaria Municipal de Saúde. Pelos depoimentos, apesar de a maioria não escolher o local de trabalho, acabou gostando de atuar no CAPS.

Outro ponto importante foi o fato de que todas fizeram curso de capacitação na área de saúde mental, o que pode lhes proporcionar maior conhecimento na área e melhor qualidade na assistência do usuário que procura o serviço.

Alguns estudos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ corroboraram os dados acima, ou seja, há predomínio do sexo feminino, a maioria dos enfermeiros não trabalhou inicialmente na área de saúde mental e ingressou nessa área por oportunidade de concurso, por falta de opção ou pela proximidade entre o serviço e a residência.

No processo de análise, os resultados foram divididos em quatro categorias e suas subcategorias: 1) as concepções sobre o modelo psicossocial; 2) as relações estabelecidas dentro da instituição e seu território; 3) atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho; 4) dificuldades e facilidades no trabalho.

As concepções sobre o modelo psicossocial

No referente ao conhecimento sobre o modelo psicossocial, os dados foram organizados em torno de três subcategorias que envolveram a concepção de saúde/doença mental, da Reforma Psiquiátrica e território.

A concepção saúde/doença mental

Essa subcategoria envolveu três aspectos: (1) visão de sofrimento no cotidiano, (2) a doença mental como oposto de saúde mental e (3) a visão de prevenção em saúde mental. O depoimento apontou os dois últimos aspectos: *Bom, doença mental é... acredito que seja, o usuário portador de algum sofrimento psíquico, algum transtorno mental. Saúde mental é aquele que a gente espera que a pessoa tenha a ausência de doença mental, é meio difícil explicar. Mas que seja alguma coisa preventiva assim né? É alguma coisa que a gente espera prevenir(E2).*

Assim, o processo saúde/doença mental pode ser entendido no âmbito do modo de vida, da origem e das referências das pessoas, respeitando-se as diversidades de cada uma delas. A saúde não é vista como ausência de doença, mas está vinculada ao exercício de cidadania⁽⁸⁾. A pessoa está saudável quando consegue desenvolver capacidades para conduzir a sua vida. Tais conceitos não são vistos como opostos, ou seja, saúde em oposição à doença, assim como, saúde como uma condição positiva e doença como negativa, conforme o modelo biológico⁽⁴⁾.

O depoimento apontou, também, uma visão da prevenção em saúde mental que teve seu auge nos anos

de 1960, nos Estados Unidos da América, quando surgiu o modelo da psiquiatria preventiva e comunitária, num contexto histórico de movimentos sócio-políticos, tais como: Guerra do Vietnã, movimento *hippie*, diferenças sociais, econômicas e culturais. Tal modelo partia de pressupostos da saúde pública, com níveis de prevenção primária, secundária e terciária, isto é, havia um agente causal da loucura que deveria ser prevenido. Nesse período, ao manifestar qualquer "desvio", inclusive de comportamento, o indivíduo era considerado anormal, não-adaptado às regras sociais da época, o que geralmente desencadeava atendimento ambulatorial e/ou internação psiquiátrica.

É importante salientar a necessidade de promover a saúde mental, isto é, lutar por fatores que propiciem melhores condições de vida ao cidadão, tais como educação, trabalho, melhor distribuição de renda, liberdade e outras⁽⁸⁾.

Neste estudo surgiu também o enfoque da saúde mental sob a visão de sofrimento no cotidiano, em que a pessoa que padece psiquicamente perde a autonomia para a realização de atividade de vida diária e, portanto, vivencia o sofrimento durante seu percurso de vida.

é um sofrimento que a pessoa vive... não consegue mais fazer as coisas do dia-a-dia... não dá conta... perde seus direitos de cidadão(E3).

Atualmente, o conceito de saúde mental vincula-se ao exercício da cidadania e, também, à existência do sofrimento da pessoa no decorrer da vida e não somente em situações caracterizadas como transtorno⁽⁸⁾. O conceito da existência-sofrimento contrapõe-se ao paradigma doença-cura, portanto, o sujeito está no centro da cena, inclusive da "terapêutica"⁽²⁾.

O entendimento da Reforma Psiquiátrica

Nessa subcategoria, todas as entrevistadas apontaram três dimensões: (1) desospitalização e desativação do hospital psiquiátrico, (2) surgimento de serviços alternativo-substitutivos ao hospício e (3) reinserção do doente mental na sociedade, conforme os relatos:

Reforma Psiquiátrica seria tudo aquilo que é diferente de internação, de hospitalização, né? No caso seria desospitalização e a introdução do usuário na sociedade, né? Mas a Reforma Psiquiátrica envolve várias outras coisas né? Vários outros pontos, mas acho que no geral é

promover a volta do usuário na sociedade novamente (E2);

Melhorou bastante com esse hospital-dia, igual ao CAPS...aqui saiu o CAPS I e o CAPS II; essa é a Reforma... tratamento no CAPS intensivo, semi-intensivo e não-intensivo (E1).

Estudos^(4,14) salientam que a visão dos enfermeiros sobre a Reforma Psiquiátrica associou-se ao processo de desospitalização e criação de serviços alternativos.

A Reforma é um processo histórico, político e social complexo; envolve um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais. Mais do que isso, constitui-se em um movimento por nova ética do cuidado de pessoas portadoras de transtornos mentais. Portanto, não se limita apenas ao processo de desativação dos hospitais e desospitalização dos pacientes internados⁽⁸⁾.

O importante na fala das depoentes foi identificar que elas apontam o manicômio como um serviço incapaz de cumprir o papel terapêutico, pois os usuários, confinados nesses lugares, são tratados de forma não ética.

Está havendo mudanças... os manicômios... aquela coisa rígida, que excluíam eles (pacientes), deixavam eles lá, maltratavam eles, punham 'camisa de força'. Acho que o CAPS veio para mostrar que não, que eles são pessoas como a gente, eles podem pensar sim, podem agir, podem estar no meio da sociedade e serem tratados... eles são pessoas como a gente (E4).

Quando criança vi meu pai saindo de casa numa 'camisa de força'...essas coisas...Agora vejo que com a Reforma, não tem mais internação, manicômio, melhorou bastante (E1).

No referente aos serviços alternativos e substitutivos do hospício, os CAPS surgiram no momento de busca da desospitalização, com a esperança de uma melhoria na qualidade dos serviços de saúde mental.

Assim, o "CAPS é um espaço de criatividade, de construção de vida, de novos saberes e novas práticas. Ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, ele acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade"⁽⁸⁾.

Sobre o problema da reinserção do indivíduo na sociedade que sofre mentalmente, ressalta-se que o processo de reabilitação psicossocial constitui-se no desenvolvimento de um conjunto de meios e atividades com vistas à qualidade de vida das pessoas acometidas de sofrimento psíquico. Assim, elas poderão reconstruir

sua autonomia, nas dimensões dos suportes ambientais da comunidade e do trabalho⁽⁸⁾.

A concepção de Território

De modo geral, observou-se dificuldade das entrevistadas em definirem o território. A compreensão trazida nas falas refere-se tanto à área geográfica, num entendimento de regionalização do serviço, como quanto à constituição de rede de atenção, conforme os depoimentos a seguir:

Área de abrangência da divisão por área de saúde de cada cidade? Acho que é isso a área, a divisão por área (E2);

Bom, eu entendo assim, que é um espaço que eles ficam e que ali eles vão ter vínculos, amizades e vão tentar prosperar, é um espacinho deles (E4);

Têm os postos de saúde que colaboram e os centros comunitários que estão ajudando muito e a Federal (Universidade Federal de Ensino Superior), que está colaborando muito conosco; a gente tem ajuda deles, dos postos de saúde, dos centros comunitários e da Universidade.(E3).

Percebeu-se que os atores sociais investigados ainda têm visão limitada da concepção de território, o que interfere no processo da organização da rede nas suas ações assistenciais do usuário e de sua família.

O enfoque predominante desses profissionais restringe-se aos recursos sanitários do município, portanto, não se apropria dos recursos afetivos, sociais, culturais, religiosos e de lazer que possibilitam planejar um projeto terapêutico ao usuário, que o ajude em sua emancipação e promoção de autonomia. Tal projeto deve identificar e potencializar os recursos internos e externos dos usuários, possibilitando-lhes conduzir suas vidas e viver em sociedade, rompendo com o estigma o qual vivenciam.

De acordo com a literatura⁽⁸⁾, o território não é considerado somente um limite geográfico, mas uma base material sobre a qual os sujeitos se relacionam, dentro de um conjunto de referências socioculturais e econômicas. A partir da concepção de território, organiza-se a ideia de rede de atenção à saúde e saúde mental.

Assim, pode-se entender que rede é uma ligação entre os recursos disponíveis de cuidado da comunidade e a reabilitação psicossocial do indivíduo, utilizando-se recursos como: serviços de saúde, amigos, família, moradia, escola, trabalho, centros culturais, religiosos e

de lazer, entre outros para promover a "terapêutica" e o cuidado.

As relações estabelecidas dentro da instituição e seu território

Nessa categoria emergiram três subcategorias: (1) relação da Enfermagem com a equipe de saúde e administrativa do CAPS, (2) da instituição com a comunidade e (3) do profissional de enfermagem com usuários e seus familiares.

Relação da Enfermagem com a equipe de saúde e administrativa do CAPS

Uma depoente apontou que algumas vezes, há dificuldades na comunicação e as tomadas de decisão são difíceis:

Têm coisas que a gente pensa de forma diferente... eu acho que em relação à inclusão social, eu orientaria melhor os pacientes... faria um grupo diferente, com alguma orientação para eles, de acordo com a vivência deles. Às vezes, há alguma discussão... eu gostaria que fosse desse jeito. Ah! não, eu acho que seria melhor desse jeito. O enfermeiro pensa diferente do médico, que pensa diferente do psicólogo, do terapeuta ocupacional, do assistente social, né? (E2).

Tal fato pode ser justificado pela diversidade de pensamentos⁽⁹⁾, porém a interdisciplinaridade requer a comunicação entre os componentes da equipe, dando origem a uma linguagem única para expressar os conceitos e as contribuições das várias disciplinas⁽⁶⁾. O contexto de conflitos nas relações ajuda os profissionais a criarem estratégias de superação, possibilitando o crescimento emocional e de competência de seus membros⁽⁹⁾.

As outras depoentes relataram que a reunião de equipe se configura em um espaço de trocas e tomadas de decisão:

Nós temos reunião e a gente expõe tudo..., problemas, dificuldades...a gente se ajuda (...) eu venho e falo: 'olha, eu não tô conseguindo levar aquele paciente, eu não tô conseguindo trabalhar com ele e a gente se ajuda...a gente discute e tenta resolver os problemas (E4);

Bem, a reunião de equipe é um momento prá nós decidirmos, também, o que vamos fazer diante de alguns problemas (E1).

Para a equipe de saúde mental, a organização do processo de trabalho interdisciplinar requer planejamento e realização de reuniões⁽¹²⁾.

A "divisão do trabalho interprofissional precisa de uma relação horizontal, em que todos os profissionais participem na tomada de decisões, inclusive os usuários e a população"⁽²⁾. O importante é essa relação não ser de poder, tanto hierárquico como o do saber científico; há necessidade da desconstrução dos saberes para novas práticas, buscando-se sempre novos conhecimentos. O pressuposto é que o profissional "nada" sabe, porque nesse novo paradigma não há regras corretas de conduta, nem modelos pré-estabelecidos, mas construídos em cada vivência.

Relação da instituição com a comunidade

As entrevistadas apontaram que, ainda, persistem receios e preconceitos da população para com os usuários e funcionários, mas que há também, uma luta para desmistificar tal visão, conforme apontaram os discursos:

Têm pessoas que não sabem o que é CAPS, então a gente acaba divulgando (...) tem certa discriminação, um certo receio; quando pensa em CAPS, já se pensa em casa de maluco e as pessoas que trabalham lá são excluídas...o funcionário tá lá (no CAPS) porque é final de "linha", final de trabalho. E não é nada disso, aqui é uma lição de vida, porque aqui você aprende. Só as pessoas de fora que não conhecem (...) os vizinhos, eles acabam acostumando, porque eles (usuários) surtam, têm crises...em dia de festa e de confraternização a gente vai prá rua (E4); Olha, quando tem um surto, se for aqui dentro, a gente fica perto do usuário (...) mas já teve surto no meio da rua, eles (vizinhos) saíram e na hora que o "bicho pega"... chamam a polícia e o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), todo mundo corre, sente medo. (...) a gente tem apoio dos postos de saúde, centros comunitários, universidades, centro de especialidades, farmácia popular, o nosso vizinho de referência é o supermercado, nunca foram (os usuários do CAPS) maltratados, rejeitados (E3).

A equipe de enfermagem tem buscado estratégias de superação no que tange ao imaginário social acerca da loucura e do louco. Desmistificar a imagem do louco como um ser perigoso também requer intervenções em dimensões socioculturais, em que as atividades de festas possam se expandir para os espaços territoriais, além do interior do CAPS. É importante que a comunidade

participe e seja sensibilizada por tais temáticas, pois, só assim, haverá possibilidades de construção de novos conceitos e o entendimento de que existem responsabilidades coletivas a serem compartilhadas.

A instituição deve facilitar o livre trânsito e a interlocução de todos, evitar que o seu interior se transforme em espaço de clausura dos usuários e da população, como no modelo asilar. As relações não devem ter uma conotação dicotômica entre "loucos e sãos". As ações desenvolvidas nesse espaço visam à integralidade em extensão no território, considerando-se as complexidades de suas demandas, sem enfoques de estratificação de níveis de atenção, ou seja, primário, secundário e terciário. Portanto, fica clara a importância do usuário no convívio com a comunidade e a utilização de todos os recursos oferecidos pelo território⁽²⁾.

Relação do profissional com os usuários e familiares

Essa subcategoria explora a ênfase dada pelas falas das entrevistadas no que diz respeito à facilidade na criação de vínculo com o usuário. No entanto, a dificuldade maior deu-se com a família, conforme o relato a seguir:

Têm vários "tipos" de usuários... hoje eles estão bem, amanhã eles não estão; a família, às vezes, acaba nos atrapalhando, porque a gente faz um trabalho, faz toda uma terapia com eles aqui e a família acaba não ajudando. Agora, têm umas famílias que são bem presentes, acabam ajudando, mas a maioria das vezes que a gente vê, a família atrapalha muito no relacionamento da gente com eles. (...) a gente faz meio que um contrato, o usuário tem que fazer este contrato, tem que cumprir porque é uma terapia, não pode faltar, tem que tomar remédio direitinho e, às vezes, a família acaba nos atrapalhando desta forma (E4).

Observou-se que a equipe de enfermagem considera que a família atrapalha o tratamento, quando tem dificuldades em participar do processo terapêutico. Assim, os profissionais acabam rotulando-a e distanciando-se dela, em vez de acolhê-la e investigar quais são os motivos impeditivos de sua participação. Convém ressaltar que a família deve ser vista como grande parceira no processo terapêutico e que, ao assumir o papel como apoio social, deve ser instrumentalizada pela equipe de saúde.

Somente uma entrevistada conseguiu visualizar a necessidade e importância do profissional aliar-se à família, pois é a partir dela que se busca entender e analisar muitas das dificuldades sentidas e vividas pelo usuário. A depoente também salientou que se deve ter

visão de família como um todo para possibilitar um melhor cuidado, uma vez que os problemas familiares refletem-se no usuário.

Estudos^(9-10,12) apontaram que, apesar de a equipe de saúde mental do CAPS enfatizar a importância da participação da família no tratamento e acompanhamento do usuário, ela reconhece ter dificuldades para inseri-la no processo terapêutico. Como estratégia para superar tal problema, deve-se implementar a comunicação efetiva no relacionamento interpessoal durante a reunião de grupos de familiares, promovendo, assim, um espaço de manifestação de sentimentos e trocas de experiências, e possibilitando o fortalecimento de vínculos e envolvimento familiar⁽¹⁰⁾. Outros espaços constituem-se nas visitas domiciliares, nas quais o profissional da enfermagem pode apreender toda a dinâmica familiar, conhecer o seu contexto ambiental, bem como suas dificuldades e potencialidades.

A família é uma unidade de cuidado e cuidadora⁽¹⁰⁾, que deve ser compreendida em sua integralidade e em seu espaço social, no qual ocorrem interações e conflitos, que possibilitam a sua organização e reorganização diante dos problemas de saúde.

Dessa maneira, pelos relatos deste estudo, percebeu-se que esse foi um ponto de grande dificuldade para a equipe de enfermagem e que há muitos caminhos a serem percorridos. Convém ressaltar que o profissional deve estar atento à sua imparcialidade diante de uma situação conflitante entre usuário e família. O objetivo não é defender um ou outro, mas analisar a situação de contexto e buscar ajudá-los.

A relação terapêutica com os familiares é um campo tenso, permeado pelo medo, dúvidas, frustrações e culpa. A aproximação da equipe de saúde mental do universo das famílias que sofrem solicita paciência e sensibilidade na procura de sentidos que brotem de suas histórias de vida. Disponibilizar-se para as subjetividades dos familiares requer estratégias de conhecimento destes, de maneira global, abrangentes e em suas múltiplas dimensões existenciais, tentando desenvolver modos de cuidar, que respondam às suas necessidades específicas e singulares⁽¹⁸⁾.

Atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho

Nessa categoria foram identificadas as ações de cuidado dispensadas pelas profissionais aos usuários no contexto do CAPS, ou seja, medicação, banho diário, anotação de enfermagem, alimentação, oficinas terapêuticas, pré e pós - consulta de enfermagem, grupo

de orientação de higiene e saúde, acolhimento, triagem e ambiência, além da participação dos usuários e de alguns funcionários em um projeto de geração de renda de papel reciclável, em parceria com uma Universidade Federal no interior do estado de São Paulo. Os relatos expuseram tais fatos:

Eu faço ambiência, escrevo em prontuário as atividades que fiz com eles e à tarde, tem geração de renda ...vou para a Universidade com eles (...) tenho oficina de festa toda terça-feira, à tarde, aniversário no final de mês (...) faço pré e pós-consulta (...) faço haldol (medicação), né, todos os dias tem haldol para fazer aqui, injetável, faço medicação; (...) na quinta-feira, à tarde, eu tenho oficina de biscoito, junto com a psicóloga...de manhã não faço nada; nós temos que fazer a massa da oficina (biscoito) das 14h às 15horas (...) na sexta-feira, à tarde, eu estou na escala de fazer ambiência. É de segunda a sexta. (E1);

(..) tenho um grupo de oficina de literatura, que vai até 11horas e depois faço algum atendimento individual com usuários que são minhas referências; faço oficina de orientação de higiene e de saúde... geralmente a gente fala de patologias, medicação (E2).

As atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem nesse novo modelo devem ultrapassar aquelas requeridas tradicionalmente em âmbito hospitalar e da saúde pública.

As competências e habilidades não se restringem às dimensões técnico-administrativas, e nem sempre são apreendidas no cotidiano da formação profissional. Daí a necessidade de educação permanente desse profissional. Salienta-se, também, que o espaço de trabalho constitui-se em momentos de aprendizado, possibilitando socializar saberes e práticas.

A nova organização do trabalho em equipe no CAPS promove o desenvolvimento de atividades terapêuticas, educativas, suporte de trabalho e inclusão social pelo trabalho⁽⁹⁾. As atividades realizadas no CAPS incluem atendimento: individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros); em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividade de suporte social, etc.); em oficina terapêutica; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família e comunidade para a integração do usuário e sua inserção familiar e social^(8-9,13-14).

Com o processo da Reforma Psiquiátrica, o papel da Enfermagem deve ser repensado e reconstruído, pois nessa nova perspectiva, a atuação se dá em conjunto com os demais profissionais, respeitando-se as suas

diferenças, mas mantendo-se a identidade profissional com suas especificidades⁽⁸⁾. Nesse novo modelo, destaca-se a presença do profissional técnico de referência, responsável pela elaboração do projeto terapêutico individual (PTI), juntamente com o usuário, identificando com ele as atividades que serão desenvolvidas, de acordo com as necessidades e desejos dele. O enfermeiro assume esse papel e acompanha todo o processo de cuidado e tratamento do usuário, possibilitando a criação de vínculo e uma maior autonomia profissional para o seu trabalho no CAPS^(6,9,13).

As atividades de escuta e de acolhimento devem estimular a produção de vida, autonomia do usuário, sua cidadania, inclusive na comunidade em que está inserido, portanto é um cuidado cotidiano imprevisível e indefinido *a priori*; o profissional deve estar aberto e disponível a situações e questões novas, exigindo a criação de um novo modo de agir e pensar⁽⁸⁾.

Os depoimentos das componentes da equipe de enfermagem apresentaram atividades ainda muito técnicas e algumas consideradas do cotidiano, ou seja, efetuadas diariamente. É importante salientar que, apesar de se fazer todo dia a mesma oficina, é essencial estar atento para que tal atividade não se torne uma rotina, isto é, hábito de fazer as coisas do mesmo modo, pois tal fato pode trazer resistência às mudanças e não incentivar a criatividade.

A concepção de cotidiano do CAPS foi entendida como o lugar de existência de todas as pessoas, isto é, "o mundo de vida" e não, na visão do modo de viver, como uma ação mecânica e repetitiva, ou seja, não um contexto que determina a vida do homem, mas um local de movimento e de construção da vida. Ao se discutir e refletir sobre o cotidiano do CAPS, é possível acessar a vida institucional e o cuidado oferecido nesse serviço, e também captar a experiência dos sujeitos nas redes que os constituem e das quais eles se valem para sustentar sua existência⁽¹⁹⁾.

Atualmente, discute-se muito a clínica ampliada, em que se busca a reinvenção/reconstrução da prática e do saber que promove possibilidades à pessoa, produz subjetividades, escuta, acolhe e se responsabiliza pelo sofrimento do indivíduo, num paradigma não tradicional, ou seja, o de valorização da doença, pois assim, a estratégia se torna a normalização e o disciplinamento da pessoa⁽²⁰⁾.

É importante que os profissionais atuantes no CAPS busquem outros cenários cotidianos do usuário, isto é, fora do âmbito da instituição de saúde mental.

Assumirão, assim, uma postura de mediadores/facilitadores de relações e de recursos do território para produzir redes sociais solidárias de acompanhamento dos usuários no curso de suas vidas. É a criação de espaços de afetividades e encontros, pois há necessidade de promover habilidades para que as pessoas consigam autonomia e emancipação.

É necessário que o profissional da saúde aprenda a gerenciar os conflitos, a questionar e a refletir sobre sua prática diária e não busque um modelo ideal, lógico, fixo e imutável.

Dificuldades e facilidades no trabalho

No que diz respeito às *facilidades no cotidiano do trabalho* predominou a possibilidade de criação de vínculo com o usuário:

ah...eu tenho um bom relacionamento com eles (usuários), acima de tudo profissional, mas tenho um carinho especial... assim, há criação de vínculos...facilita o cuidado e adesão ao tratamento (E2).

A criação de vínculos é fundamental para a construção e implementação de um plano de cuidado de qualidade, de acordo com as necessidades do usuário e de sua família, possibilitando a resolutividade delas^(9,13).

Dessa maneira, quando, num processo relacional, o objeto de intervenção deixa de ser a doença e passa a ser o sujeito, depara-se, então, com suas vicissitudes, problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, familiares, projetos e anseios, o que possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial⁽²⁰⁾.

Quanto às *dificuldades no cotidiano do trabalho*, observaram-se três dimensões: (1) atendimento à situação de crise dos usuários, (2) problemas de relacionamento com a família do usuário e (3) a ausência de realização de procedimentos técnicos mais invasivos no CAPS, ou seja, executar técnicas de enfermagem de curativo e punção venosa, que não fazem parte da rotina de um CAPS. Os depoimentos salientam tais aspectos:

Devido à doença do usuário, ele oscila muito de humor. de manhã tá de um jeito e à tarde de outro... aí, se entra em crise... pode quebrar tudo...nem sempre é fácil lidar com ele...a equipe fica tensa (E3);

A dificuldade é em relação à família, porque às vezes pra esse paciente...a gente tá fazendo o maior trabalho com ele...e a família não ajuda. Então, a gente tem

dificuldade em expandir o trabalho, a terapia, porque a família não ajuda (E4);

A dificuldade é a falta de a gente fazer mais coisas...sinto falta de fazer um curativo, de `pegar` uma veia (E1).

Percebeu-se que a crise ainda é um problema que "desestrutura" a equipe de enfermagem⁽⁹⁾. A crise compreendida no modelo clássico da psiquiatria, ou seja, uma disfunção grave decorrente exclusivamente da doença, requererá intervenção de contenção mecânica e farmacológica. No contexto da saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como resultante de vários fatores que não estão só no âmbito individual, mas familiar, de vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos; nem no âmbito biológico e psicológico, mas em um processo social⁽²⁰⁾.

Em síntese, observou-se que os fatores predisponentes de algumas dificuldades encontradas estavam relacionados à dimensão teórico-conceitual, principalmente nas concepções de processo saúde-doença mental, Reforma Psiquiátrica e território.

A ampliação da dimensão epistemológica do território possibilitaria uma melhor intervenção técnico-assistencial, uma vez que abrangeria outros cenários que não se limitassem ao CAPS, conforme observado nos depoimentos. Talvez, tal fato possibilitasse uma abordagem mais efetiva com a família do usuário, pois a "intervenção seria na rede social e não se restringiria ao âmbito da família nuclear ou extensa, mas abarcaria todo o conjunto de vínculos interpessoais significativos do sujeito"⁽¹⁸⁾. Dessa maneira, favoreceria a equipe de enfermagem para ampliar seu campo de intervenção.

A apreensão do entendimento de território e de rede deve ser na dimensão política, social e afetiva, pois são noções que redefinem a ideia de clínica. Dessa forma, elas introduzem a possibilidade de construção de um campo de conhecimento do homem articulado à sociedade que o constitui, incorporando, assim, a dimensão política⁽¹⁹⁾.

Outros fatores identificados foram: a questão da equipe ter objetivos diferentes, levando a dificuldades nas tomadas de decisão e a presença de preconceitos da comunidade em relação ao usuário e ao profissional que trabalha no CAPS.

É uma atitude que ela (profissional da enfermagem) toma que eu não tomaria. Por exemplo: fica chamando o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) pra qualquer coisa... é uma pressão alta, chama o SAMU; é

uma febre, uma dor de cabeça...tudo é SAMU. Eu não concordo com ela, nós já discutimos sobre esse assunto (E1);

Ah...preconceito com a própria saúde mental. As pessoas não conhecem, acham que acontecem coisas como nos filmes na televisão... acham que vão chegar aqui, vai todo mundo ficar pulando em cima, vai agredir, mas não é assim, muito pelo contrário, eles recebem bem melhor do que muitas pessoas, né? (E).

A revisão de conceitos e posturas arcaicas diante do sujeito em sofrimento é fundamental, quando se pretende vislumbrar outros espaços terapêuticos em que haja possibilidades de escutá-lo e acolhê-lo em suas angústias e experiências vividas⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo deste estudo de discutir o trabalho de profissionais de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial a partir da perspectiva de seus atores, apreendeu-se que os fatores predisponentes das dificuldades do trabalho cotidiano, encontrados pela equipe de enfermagem, permearam as dimensões teórico-conceituais, no referente à concepção de processo saúde-doença mental, Reforma Psiquiátrica e território. As dificuldades encontradas foram no âmbito técnico-assistencial, principalmente nas relações da enfermagem com os familiares dos usuários. No conceito de saúde e doença mental prevaleceu a visão dicotômica entre ambas, com forte influência do modelo biológico.

A Reforma Psiquiátrica foi vista de forma reducionista, ou seja, considerada somente em âmbito da reorganização estrutural dos serviços e das técnicas terapêuticas.

Apesar disto, observou-se que a equipe conseguiu perceber e estabelecer um vínculo afetivo com os usuários; compreendeu que o acolhimento é importante, e visto, ora como estratégia do processo de trabalho, ora como postura de uma relação terapêutica.

REFERÊNCIAS

1. Zerbetto SR, Pereira MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. Rev Lat Am Enfermagem. [Internet]. 2005 [cited 2011 mar 30];13(1):112-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a18.pdf>.
2. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU; 2003. p. 13-44.
3. Kantorski LP, Mielke FB, Teixeira Júnior S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. Trab. educ. saúde. 2008;6(1):87-105.

A visão de território marcado pelos limites geográficos, talvez tenha impossibilitado a equipe de visualizar recursos que poderiam ajudar na constituição da rede de atenção, dentro de um conjunto de referências sócio-culturais e econômicas.

Outra dificuldade apontada pela equipe de enfermagem consistiu no relacionamento desta com os familiares, principalmente na inserção destes no processo terapêutico.

Assim, a apreensão da dimensão social do usuário, de suas condições de vida e de suas necessidades precisa ser mais bem entendida no âmbito epistemológico, para se expandir na dimensão técnica, assistencial, social, política e até jurídica. Um dos fatores colaborativos de impedimento de tal ação pode estar articulado à falta de participação política da equipe de enfermagem, ou seja, a criação de espaços de discussão na comunidade, juntamente com outros setores, tais como escolas de ensino profissionalizante e universidades, igrejas, serviços de saúde, centros culturais e, também, a ocupação de espaços sócio-políticos que possibilitem discutir tais questões, como por exemplo, Conferências Municipais de Saúde e Conselho Municipal de Saúde.

Faz-se necessária a abertura da equipe à reflexão crítica de seus conhecimentos e de suas práticas diárias, principalmente na busca de outros cenários que não se limitem ao CAPS. Para atingir esses objetivos, faz-se necessário que o CAPS se transforme em um serviço inovador, em que haja produção de novas práticas sociais para lidar com o sofrimento psíquico, construindo novos conceitos e novas formas de vida e saúde.

Acredita-se que as estratégias a serem pensadas e implementadas para garantir a qualidade da atenção e da assistência de enfermagem ao usuário que busca ajuda no CAPS, bem como o fortalecimento do modelo de atenção psicossocial, envolvam a revisão dos currículos das escolas formadoras das diversas categorias e de novos cenários de formação profissional.

4. Zerbetto SR, Pereira MAO. O ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de técnicos de enfermagem. Reme: Rev. Min. Enferm. 2009;13(3):358-64.
5. Oliveira AGB. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. Esc. Anna Nery [Internet]. 2006 [cited 2011 mar 30];10(4):694-702. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a11.pdf>.
6. Rocha RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2005 [cited 2011 mar 30];14(3):350-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a05.pdf>

7. Abuhab D, Santos ABAP, Messenberg CB, Fonseca RMGS, Aranha e Silva AL. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. Rev Gaucha Enferm. [Internet]. 2005 [cited 2011 mar 30]; 26(3):369-80. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4567/2494>
8. Rocha RM. Enfermagem em saúde mental. 2nd ed. Rio de Janeiro:Senac Nacional; 2005.
9. Filizola CLA, Milioni DB, Pavarini SCI. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008 [cited 2011 mar 30];10(2):491-503. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>.
10. Bielemann V LM, Kantorski LP, Borges L R, Chiavagatti FG, Willrich JQ, Souza AS et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2009 [cited 2011 mar 30]; 18(1):131-139. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf>.
11. Miranda L, Campos RTO. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. Rev Saude Publica [Internet]. 2008 [cited 2011 mar 30];42(5): 907-913. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n5/7074.pdf>
12. Schneider JF, Wagner CM, Nasi C, Nickel AA, Kantorski LP. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial brasileiro. Cienc. enferm. [Internet]. 2009 [cited 2011 mar 30];15(3):91-100. Available from: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_10.pdf.
13. Oliveira FB, Silva KMD, Silva JCC. Percepção sobre a prática de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. Rev Gaucha Enferm. [Internet]. 2009 [cited 2011 mar 30];30(4):692-9. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13149/7545>
14. Dias CB, Aranha e Silva AL. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2011 mar 30];44(2):469-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/32.pdf>
15. Milhomem MAGC, Oliveira AGB. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. Rev Gaucha Enferm. [Internet]. 2009 [cited 2011 mar 30];30(2):272-9. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6180/6685>
16. Calgaro A, Souza EN. Percepção do enfermeiro acerca da prática assistencial nos serviços públicos extra-hospitalares de saúde mental. Rev Gaucha Enferm. [Internet]. 2009 [cited 2011 mar 30];30(3):476-83. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6490/6968>
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2007.
18. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2nd ed. São Paulo: Escrituras; 2006.
19. Delgado PGG, Leal EM. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro R, Guljor AP, Silva Júnior AG, Mattos RA, organizadores. Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/LAPPIS:ABRASCO; 2007. p.137-154.
20. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 1st ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Artigo recebido em 15.03.2010.

Aprovado para publicação em 27.12.2010.

Artigo publicado em 31.03.2011.