



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO**

**VANESSA THAMYRIS CARVALHO DOS SANTOS**

**JEQUIÉ/BA**  
**2021**

**VANESSA THAMYRIS CARVALHO DOS SANTOS**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL: PERCEPÇÃO DO USUÁRIO**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Área de Concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

**LINHA DE PESQUISA:** Política, Planejamento e Gestão

**ORIENTADORA:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Edite Lago da Silva Sena

**JEQUIÉ/BA  
2021**

S237s Santos, Vanessa Thamyris Carvalho dos.  
Sistematização da assistência de enfermagem na atenção  
psicossocial: percepção do usuário / Vanessa Thamyris Carvalho dos  
Santos.- Jequié, 2022.  
187f.

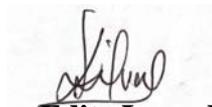
(Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste  
da Bahia - UESB, sob orientação da Profa. Dra. Edite Lago da  
Silva Sena)

1.Sofrimento mental 2.Saúde mental 3.Processo de enfermagem  
4.Enfermeiros 5.Cuidados de Enfermagem 6.Relações Interpessoais  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 616.890231

## FOLHA DE APROVAÇÃO

### BANCA EXAMINADORA



**Profa. Dra. Edite Lago da Silva Sena**

Doutora em Enfermagem  
Professora Titular da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde  
Orientadora e Presidente da banca examinadora



**Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos**

Doutora em Enfermagem  
Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



**Profa. Dra. Heloísa Garcia Claro Fernandes**

Pós-doutora em Epidemiologia  
Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas –  
UNICAMP  
Programa de Pós- Graduação em Enfermagem



**Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira**

Doutora em Ciências Sociais  
Professora visitante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal  
de Santa Maria



**Profa. Dra. Rozemere Cardoso de Souza**

Doutora em Psiquiatria  
Professora Plena da Universidade Estadual de Santa Cruz  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e Programa de Pós-graduação Profissional  
em Enfermagem

**Jequié/BA, 15 de dezembro de 2021**

## AGRADECIMENTOS

Enfim é chegado o momento de agradecer. Tarefa difícil resumir em simples palavras a minha gratidão à pessoas tão especiais para o desenvolvimento dessa tese.

Primeiramente, a **Deus** por cuidar de mim todos os dias da minha vida. Por ser a luz que me guia e a demonstração sublime do amor. Porque DELE, por ELE e para ELE são todas as coisas.

À minha família, por ser fonte de amor e cuidado. Nela encontro a força para enfrentar todos os obstáculos da vida e a certeza de que nunca estarei só. Em especial à minha mãe, **Vanete** por ser a minha fonte de equilíbrio. Por sempre lutar para que eu conquiste meus sonhos e principalmente para que eu seja feliz. À minhas irmãs, **Larissa, Lorena e meu sobrinho Daniel** por serem a fonte de aconchego e afeto que me trouxe equilíbrio para realizar esse estudo. À minha **vó Odete**, por ser minha eterna fonte de amor. Às minhas **tias, Mara, Didi, Janete, Regina, Rita, Jeane e Angélica** por serem como mães para mim. Ao meu tio **Thiago**, pelo carinho. Aos primos por todo apoio e cuidado.

À minha orientadora **Edite Lago** pelos anos compartilhados, em que pude construir uma relação de amor, cuidado e aprendizado. Obrigada por acreditar em mim, pelas oportunidades e por me permitir aprender com você. Você é uma fonte de inspiração como ser humano e docente!

À **Patrícia Anjos**, amiga querida, pelos momentos compartilhados, pelo carinho e afeto construindo durante esses anos. Sua amizade é a maior prova do cuidado de Deus comigo. Obrigada por me ajudar tanto e me permitir aprender com você.

Ao **Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental Loucos por Cidadania**, participar desse grupo me fez aprender e crescer na carreira acadêmica. Com vocês também aprendi valores como união, respeito e cuidado. Cada um de vocês de uma forma especial, se entrelaçaram comigo nessa caminhada.

Ao **Grupo de Ajuda Mútua** por toda a ajuda na construção desse estudo. Com vocês aprendi que juntos podemos construir mais autonomia e empoderamento para nossas vidas. Nossos momentos juntos foram muito especiais! Amo vocês!

Às **orientandas da professora Edite**, por estarmos juntas durante essa caminhada. Em especial à **Luana**, pela ajuda durante a parte interventiva do trabalho. Lu, te admiro! À **Net**, por me

ajudar e pela amizade que construímos. À **Helca**, por todo o companheirismo e partilhas durante essa caminhada.

À professora **Edmeia Meira**, por todo o cuidado e carinhos compartilhados.

À **Gil** por todo carinho e afeto.

Ao **Ítalo**, por ser mais que um amigo, um irmão. Obrigada por me fazer vivenciar durante esses anos a frase bíblica “Melhor é serem dois do que um” (Eclesiastes 4:9-12). Te amo!

Aos amigos que construir durante essa caminhada, em especial **Ivna e Jeorgia**, nossa amizade vem desde o mestrado e seguirá por toda a vida. Vocês são presentes na minha vida.

À **Claudinha**, obrigada por ser colo amigo todas as vezes que precisei. Você é esse ser sensível que emana o amor pela saúde mental, que nos entrelaçou de uma forma especial.

Aos amigos que a saúde mental me trouxe, **Kilza, Thais e André**. Vocês tornaram a minha caminhada mais leve e divertida. Somou uns pelos outros sempre, mesmo com nossas diferenças e isso me fez compreender que “amizade é uma predisposição recíproca que torna os seres igualmente ciosos da felicidade um do outro”.

Ao **Jurandy**, pelo companheiro construído durante toda essa caminhada.

À **Das Dores**, obrigada por me acolher e construir comigo esse trabalho. Você para mim é exemplo de profissional e ser humano. Te amo!

Ao **Lucas**, obrigada pela sua amizade e ajuda durante a construção desse trabalho.

À **equipe do Centro de Atenção Psicossocial**, obrigada por terem me acolhido e por fazerem me sentir parte da equipe. Jamais esquecerei nossos momentos compartilhados!

A todos **os usuários do Centro de Atenção Psicossocial**, por serem exemplos de força, luta e resistência. Em especial, os usuários que fizeram parte desse estudo, vocês me ajudaram a ser uma enfermeira melhor. A intersubjetividade construída com vocês, me fez enxergar um “eu posso”. Obrigado por me permitir aprender, me entrelaçar, ama-los e me sentir amada. Vocês me ensinaram a cuidar, por isso retomarei sempre vocês em cada prática da minha vida profissional.

Ao **Anderson** por me despertar o amor pela saúde mental e à **Vaneide** (in memoriam) por me permitir aprender e conviver com você. Amo vocês até a eternidade!

**Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da UESB**, pelos ensinamentos e crescimento como profissional e pessoa. Em especial, à professora **Alba**, por todo acolhimento e carinho. À professora **Rita**, obrigada por me incentivar a fazer o doutorado e por ter esse abraço tão acolhedor. À professora **Adriana**, por todo aprendizado, atenção e carinho.

À **Pró-reitoria de Pesquisa da UESB** pela bolsa concedida durante o doutorado.

Ao professor **César Cassoti**, sua simplicidade, humildade e amorosidade me faz te admirar como ser humano. Obrigado por ter me ajudado na construção desse trabalho e por me permitir aprender com você.

À **turma do doutorado** por todos os momentos de aprendizado e diversão compartilhados.

À professora **Rozemere Cardoso**, por aceitar participar da minha banca, por todo acolhimento, carinho e amizade compartilhados. Sou grata a Deus por poder conviver e aprender com você.

Às professoras que fizeram parte dessa banca, **Evangelia, Rozemere, Márcia e Eloísa**. Ter vocês nessa banca é um presente! Obrigada por me permitirem aprender com vocês!

À professora **Roseane** e o professor **César**, por aceitarem fazer parte da suplência da banca. Gratidão!

Aos **professores da UESC**, minha nova casa, por me acolherem de uma forma especial. Amo estar nesse lugar com vocês!

Aos **colegas do projeto E-terapias**, pelo aprendizado e companheirismo compartilhado.

Às bolsistas, **Andressa, Andresa e Micaele**, vocês são presentes de Deus em minha vida!

À **todas as pessoas** que podem não estar aqui citadas, mas me ajudaram a construir esse estudo. Gratidão!

## EPÍGRAFE

### Metade

Que as palavras que falo  
não sejam ouvidas como prece nem repetidas com fervor  
apenas respeitadas como a única coisa  
que resta a um homem inundado de sentimentos  
pois metade de mim é o que ouço  
a outra metade é o que calo

Que a minha vontade de ir embora  
se transforme na calma e paz que mereço  
que a tensão que me corrói por dentro  
seja um dia recompensada  
porque metade de mim é o que penso  
a outra metade um vulcão

Que o medo da solidão se afaste  
e o convívio comigo mesmo se torne ao menos suportável  
que o espelho reflita meu rosto num doce sorriso  
que me lembro ter dado na infância  
pois metade de mim é a lembrança do que fui  
a outra metade não sei

Que não seja preciso mais do que uma simples alegria  
(pra me fazer aquietar o espírito  
e que o seu silêncio me fale cada vez mais  
pois metade de mim é abrigo  
a outra metade é cansaço

Que a arte me aponte uma resposta  
mesmo que ela mesma não saiba  
e que ninguém a tente complicar  
pois é preciso simplicidade pra fazê-la florescer  
pois metade de mim é plateia  
a outra metade é canção.

Que a minha loucura seja perdoada  
pois metade de mim é amor  
e a outra metade também

**(Oswaldo Montenegro)**

SANTOS, Vanessa Thamyris Carvalho dos. **Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção psicossocial**: percepção do usuário. 2021. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA. 2021. 187p

## RESUMO

O presente estudo objetivou descrever a experiência de Sistematização da Assistência de Enfermagem, fundamentada no relacionamento interpessoal terapêutico e na intersubjetividade, mediante o entrelaçamento enfermeira-usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Mobilizadas pela vivência do ser enfermeira/militantes do campo da saúde mental, optamos pelo referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty para sustentação do estudo, realizado com 12 pessoas em sofrimento mental, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no interior do estado da Bahia, Brasil. A pesquisa ocorreu no período de maio de 2019 a agosto de 2020. A fase interventiva do estudo aconteceu no período de maio a dezembro de 2019 e constituiu na implementação da SAE, seguindo as etapas: Histórico de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação; e Avaliação de Enfermagem. A fase avaliativa correspondeu a etapa de produção das descrições vivenciais, em que foram utilizadas entrevistas fenomenológicas realizadas inicialmente no CAPS e, posteriormente, de forma remota, devido a pandemia da COVID-19. As descrições vivenciais foram gravadas, transcritas e submetidas à técnica Analítica da Ambiguidade. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob protocolo nº: 3.589.744. Os resultados do estudo evidenciaram que a trajetória de realizar históricos de enfermagem na perspectiva da clínica ampliada mostra-se como experiência intersubjetiva e favorável à construção do relacionamento interpessoal terapêutico, permitiu a identificação de diagnósticos relacionados ao contexto familiar e ao contexto psicossocial. A construção do histórico desvelou, ainda, ambiguidades referentes ao desejo dos participantes de serem cuidados e respeitados no ambiente familiar, principalmente no que tange ao processo de curatela, já que, se por um lado, percebem a crença de incapacidade e dependência por parte dos familiares/curadores, por outro lado, desvelam sentimento de revolta e angústia por terem lhes negado o direito à autonomia para gerir seus recursos financeiros. Os participantes revelaram a experiência de participar da SAE como oportunidade de construção de uma noção de reabilitação psicossocial como possibilidade de inserção em espaços no território, concretização de sonhos e de projetos de vida. Além disso, a utilização da SAE oportunizou o desenvolvimento do relacionamento terapêutico enfermeira-usuário, promotor de acolhimento, diálogo, empatia, ajuda mútua e corresponsabilização pelo cuidado, vez que, ao mesmo tempo em que a enfermeira os ajudava, eles também sentiam necessidade de ajudá-la a alcançar as intervenções planejadas. Os participantes conseguiram visualizar a resolução de seus problemas, junto com a enfermeira, e demonstraram empoderamento, autonomia e independência ao escolher espaços de inserção que podem produzir reabilitação psicossocial. O estudo evidenciou que a SAE pode ser implementada como estratégia de cuidado em saúde mental que mobiliza o entrelaçamento dos participantes, por preconizar o desenvolvimento do relacionamento interpessoal terapêutico enfermeiro-cliente e a reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento mental.

Descritores: Sofrimento mental. Saúde mental. Processo de enfermagem. Enfermeiros. Cuidados de Enfermagem. Relações Interpessoais

SANTOS, Vanessa Thamyris Carvalho dos. **Systematization of Nursing Care in psychosocial care: user perception**. 2021. Thesis [Doctorate]. Graduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest Bahia. Jequié, BA. 2021. 187 sheets

### ABSTRACT

This study aimed to describe the experience of Systematization of Nursing Care, based on therapeutic interpersonal relationship and intersubjectivity, through the intertwining of nurse-users of a Psychosocial Care Center. Mobilized by the experience of being a nurse/mental health activists, we opted for Maurice Merleau-Ponty's theoretical-philosophical framework to support the study, conducted with 12 people in mental distress, in a Psychosocial Care Center (CAPS), in the interior of the state of Bahia, Brazil. The survey took place from May 2019 to August 2020. The interventional phase of the study took place from May to December 2019 and constituted the implementation of the SAE, following the following stages: Nursing History; Nursing Diagnosis; Nursing Planning; Implementation; and Nursing Assessment. The evaluation phase corresponded to the stage of production of the experiential descriptions, in which phenomenological interviews were used initially in the CAPS and, later, remotely, due to the COVID pandemic 19. The experiential descriptions were recorded, transcribed and submitted to the Analytical technique of Ambiguity. The Research Ethics Committee of the State University of Southwest Bahia (UESB) approved the study, under protocol N 3,589,744. The results of the study showed that the trajectory of performing nursing history from the perspective of the expanded clinic is shown to be an intersubjective experience and favorable to the construction of the therapeutic interpersonal relationship, allowed the identification of diagnoses related to the family context and the psychosocial context. The construction of the history also revealed ambiguities regarding the participants' desire to be cared for and respected in the family environment, especially about the healing process, since, on the one hand, they perceive the belief of incapacity and dependence on the part of family members/trustees, on the other hand, they unveil as they feel of revolt and anguish because they have denied them the right to autonomy to manage their financial resources. The participants revealed the experience of participating in the SAE as an opportunity to build a notion of psychosocial rehabilitation as a possibility of insertion in spaces in the territory, realizing dreams and life projects. In addition, the use of the opportunity to develop the therapeutic relationship of the nurse-user, promoter of welcoming, dialogue, empathy, mutual help and co-responsibility for care, since, while the nurse helped them, they also felt the need to help her achieve the planned interventions. The participants were able to visualize the resolution of their problems, together with the nurse, and demonstrated empowerment, autonomy and independence by choosing insertion spaces that can produce psychosocial rehabilitation. The study showed that NCS can be implemented as a mental health care strategy that mobilizes the intertwining of participants, by recommending the development of the nurse-client therapeutic interpersonal relationship and psychosocial rehabilitation of people in mental distress.

Descriptors: Mental suffering, Mental health, Nursing process, Nurses, Nursing Care.

## **SIGLAS**

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAT- Centro de Referência Saúde Sexual

CE- Consulta de Enfermagem

CIPE®- Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CIPESC- Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem

DE- Diagnóstico de Enfermagem

DeCS- Descritores em Ciências da Saúde

DINSAM- Divisão Nacional de Saúde Mental

EJA- Educação de Jovens e Adultos

GAM- Grupo de Ajuda Mútua

MESH- Medical Subject Headings

MS- Ministério da Saúde

MTSM- Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

NANDA I- North American Nursing Diagnosis Association International

NIC- Classificação de Intervenções de Enfermagem

NOC- Classificação de Resultados de Enfermagem

PE- Processo de Enfermagem

PS- Previdência Social

PS- Pronto Socorro

PTS- Projeto Terapêutico Singular

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RT- Relacionamento Terapêutico

SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem

SAMU- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SESC- Serviço Social do Comércio

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidades Básicas de Saúde

UESB- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UFBA- Universidade Federal da Bahia

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 O ENTRELACAMENTO COM O OBJETO DE ESTUDO</b> .....	13
1.1 VIVÊNCIAS DE ESTUDO E ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL .....	19
<b>2 SITUANDO O ESTADO DA ARTE: REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
2.1 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL: DO MODELO MANICOMIAL AO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	21
2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL.....	26
2.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL.....	31
2.4 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL .....	34
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO: O OUTRO COMO INACABAMENTO EM MERLEAU-PONTY</b> .....	37
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA</b> .....	46
4.1 CONTEXTO DA PESQUISA .....	47
4.2 ENCONTRO COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA: ETAPA DE AMBIENTAÇÃO .....	48
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	49
4.4 FASE INTERVENTIVA DA PESQUISA .....	50
<b>4.4.1 Desenvolvimento do histórico de Enfermagem</b> .....	<b>52</b>
<b>4.4.2 Diagnósticos de Enfermagem</b> .....	<b>53</b>
<b>4.4.3 Planejamento e implementação de intervenções</b> .....	<b>54</b>
<b>4.4.4 Fase de avaliação e de produção das descrições vivenciais</b> .....	<b>65</b>
4.5 COMPREENSÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAS .....	66
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO .....	67

<b>5 RESULTADOS</b> .....	68
5.1 MANUSCRITO 1: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL .....	69
5.2 MANUSCRITO 2: O (IN)VISÍVEL NA EXPERIÊNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL.....	95
5.3 MANUSCRITO 3: RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO ENFERMEIRA-CLIENTE: PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	121
<b>6 CONSIDERAÇÕES QUE ABREM HORIZONTES AO (RE)INÍCIO</b> .....	146
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	151
<b>APÊNDICE A- HISTÓRICO DE ENFERMAGEM</b> .....	168
<b>APÊNDICE B- ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR</b> .....	177
<b>APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	180
<b>ANEXO A-TESTE DE FARGESTROM</b> .....	183
<b>ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA</b> .....	184

## 1 O ENTRELAÇAMENTO COM O OBJETO DE ESTUDO

O segredo do mundo que procuramos é preciso, necessariamente, que esteja contido em meu contato com ele. De tudo o que vivo, enquanto o vivo, tenho diante de mim o sentido, sem o que não viveria e não posso procurar nenhuma luz concernente ao mundo a não ser interrogando, explicando minha frequência do mundo, compreendendo-a de dentro (MERLEAU-PONTY, 2012 p. 41).

A prática da enfermagem no campo da saúde mental foi se modificando ao longo do tempo. Até metade do século XXI estava restrita aos hospitais psiquiátricos, fundamentada no modelo biomédico, que tinha como foco central a doença em detrimento do sujeito (SILVA et al., 2020). A pessoa em sofrimento mental passava por internações prolongadas e cabia ao enfermeiro os cuidados com a higiene, alimentação, administração de medicamentos e vigilância sobre as possíveis reações medicamentosas (MARTINS et al., 2018).

A concepção do louco como um ser perigoso, que necessitava de isolamento, gerou preconceitos e dificuldade de sua inserção na comunidade, no entanto, começaram a surgir críticas à segregação dessas pessoas. No Brasil, as denúncias ao modelo manicomial de cuidado foram emergindo no final da década de 1970, num cenário em que diversos movimentos sociais se entrecruzavam reivindicando o fim da Ditadura Militar, abertura política e ampliação dos direitos da população (FARINHA; BRAGA, 2018; AMARANTE; NUNES, 2018).

Os primeiros movimentos relacionados à Reforma Psiquiátrica Brasileira surgiram quando profissionais recém-formados encontraram um cenário de descaso e violência nos hospitais psiquiátricos, de modo que as críticas desencadearam a “crise” na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM/MS), órgão do Ministério da Saúde (MS) responsável pela formulação das políticas do subsetor Saúde Mental (PEREIRA; COSTA-ROSA, 2011). Esse momento foi marcado pela mobilização de residentes e bolsistas, que construíram uma carta denúncia sobre as condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, que foi encaminhada ao Ministro da Saúde e culminou na demissão de muitos profissionais, desencadeando uma série de manifestações e matérias na imprensa durante vários meses (AMARANTE; NUNES, 2018).

Nesse contexto, começaram a ocorrer, em diversos estados brasileiros, congressos e encontros decisivos na militância do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (AMARANTE, 1995; AMARANTE; TORRES, 2010). No início dos anos 1980, com a crise financeira da Previdência Social (PS), surgiram propostas de reformulação da assistência médica neste âmbito, mas também na área da saúde, e muitos dos participantes do MTSM foram

envolvidos nestes processos, e, em consequência das mudanças políticas, houve a convocação da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, que revolucionou a forma de participação social na elaboração de políticas públicas (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que nasce da reivindicação popular por um modelo de assistência fundamentado na garantia de direitos, promoção da cidadania e perspectiva de integração das diversas dimensões de saúde, numa conjuntura nacional de fortificação dos direitos sociais também impulsionaram as mudanças no contexto da Reforma Psiquiátrica (MACHADO, 2020).

Nessa perspectiva, em 1989, deu entrada no Congresso Nacional o projeto de lei do deputado Paulo Delgado que propôs a erradicação dos manicômios e a oficialização da assistência psiquiátrica comunitária no Brasil (DELGADO, 2007). Em 6 de abril de 2001, houve a promulgação da Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Todo esse cenário contribuiu para o incentivo à desmontagem do aparato manicomial (AMARANTE, 1998), principalmente com o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de base territoriais e comunitários que visam oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial às pessoas em sofrimento mental dentro de seu território (BRASIL, 2002; BARROS et al., 2021).

Nesse contexto, autores renomados no campo da saúde mental têm discutido o conceito e a importância da reabilitação psicossocial para pessoas em sofrimento mental (SARACENO, 1996; HIRDES; KANTORSKI, 2005; PITTA, 2016; KINOSHITA, 2016). A reabilitação deve ser direcionada para redução de estigma e preconceito, com o objetivo de promover equidade e oportunizar a inclusão na sociedade às pessoas em sofrimento mental (HIRDES; KANTORSKI, 2005).

A reabilitação psicossocial também é vista como um processo de reconstrução, de exercício de cidadania e contratualidade nos três grandes cenários cotidianos da vida do usuário: rede social, hábitat e trabalho com valor social, pois é dentro destes cenários que ocorre o desenrolar das cenas, das histórias, dos efeitos de todos os elementos: dinheiro, afetos, poderes, símbolos etc. (SARACENO, 2001). Para esse autor, não há como acontecer a reabilitação com o emprego de medidas reabilitativas isoladas dos contextos sociais e de significação dos usuários (sejam eles concretos ou simbólicos), por isso a reabilitação deve envolver ações que permitam a integração interna e externa dos serviços. Nessa perspectiva, a reabilitação pode ser considerada um processo de restituição do poder contratual da pessoa em sofrimento mental

com vistas a ampliar sua autonomia. A contratualidade se refere à capacidade da pessoa realizar trocas sociais em cenários diversos da vida cotidiana (KINOSHITA, 2016).

Do mesmo modo, a reabilitação psicossocial deve facilitar ao indivíduo, a despeito de suas limitações, uma maior autonomia na sociedade (PITTA, 2016). Segundo essa autora, trata-se de uma vontade política, uma atitude estratégica, uma modalidade de cuidados que buscam estimular o protagonismo de pessoas em situação de vulnerabilidade.

Nesse contexto, para que ocorra a reabilitação psicossocial, é necessário considerar o território como espaço de cuidado, lugar de construção de novas relações sociais (LEÃO; BARROS, 2012). Um dos maiores desafios da Reforma Psiquiátrica cabe aos trabalhadores que atuam no contexto da saúde mental, a consolidação de mudanças que concretizem uma rede de cuidados que tenham como base o território e os princípios da participação popular e da integralidade (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

Dentre esses profissionais, destacam-se os enfermeiros, que tiveram mudanças em suas práticas no contexto da saúde mental, passando a desenvolver ações utilizando uma abordagem holística e humanizada, ajudando o usuário a reconhecer as suas habilidades e os seus potenciais (SILVA et al., 2016). As ações de enfermagem devem ser voltadas para as singularidades das pessoas em sofrimento mental e a participação delas em seus processos de tratamento, por meio da valorização e estímulo ao autocuidado, à reinserção em grupos sociais, para isso o enfermeiro pauta a sua prática no acolhimento e na construção de espaços que possibilitem a autonomia e a cidadania (VILELA; SCATENA, 2004).

A clínica da enfermagem em saúde mental inclui elementos biológicos, sociais, e subjetivos que envolvem o processo saúde-doença e a oferta de atendimentos individuais ou em grupos, utilizando tecnologias leves de cuidado, como a construção de vínculo (OLIVEIRA et al., 2016). Todas essas ações devem ser sistematizadas, atendendo à resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em serviços com profissionais enfermeiros, podendo ser utilizada na atenção psicossocial (COFEN, 2009).

Para consolidação da SAE, o enfermeiro pode utilizar como ferramenta o Processo de Enfermagem (PE), que tem como objetivo qualificar o cuidado oferecido ao usuário do serviço, pois possibilita atenção interativa e multiprofissional, permitindo a organização das ações de enfermagem, se propõe também a continuidade da assistência e aproximação entre enfermeiro, usuário, equipe e família (GARCIA et al., 2017). O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é a segunda fase do PE, representando um julgamento clínico do enfermeiro sobre as respostas do

indivíduo, da família ou da comunidade, sendo a base para a seleção de intervenções de enfermagem e para o alcance dos resultados exitosos (PINHO et al., 2022).

O uso das etapas do PE favoreceu o desenvolvimento dos sistemas de classificação de enfermagem, dentre os quais se destaca a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que reúne termos e conceitos dos elementos da prática profissional e permite a documentação dos registros de enfermagem (CLARES et al., 2019). A CIPE pode ser considerada um passo importante para que os enfermeiros adotem uma linguagem mais padronizada, principalmente no que se refere aos diagnósticos. Além de ser uma tecnologia de informação que permite a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem e contribui para que a prática dos profissionais da Enfermagem seja eficaz (GARCIA; NÓBREGA, 2013; GARCIA, 2016).

Desse modo, durante o desenvolvimento da SAE o cuidado ocorre de forma interativa e não se limita apenas à utilização de equipamentos e saberes estruturados, mas, também de intervenções direcionadas à subjetividade dos sujeitos, empregando a comunicação como um dos instrumentos fundamentais para mediar a relação enfermeiro-paciente (ROCHA; LUCENA, 2018).

Nesse contexto, o relacionamento terapêutico constitui-se em um dos instrumentos de cuidado que permite a reintegração da pessoa em sofrimento mental, pois trata-se de uma tecnologia de cuidado que possui um conjunto de saberes e práticas destinadas ao entendimento do ser humano em sua totalidade (KANTORSKI et al., 2005). A Resolução nº. 599/2018 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2018), que trata sobre uma norma técnica para atuação da equipe de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, define que o relacionamento terapêutico deve ser fundamentado em teorias de enfermagem (COFEN, 2018).

Dentre as teorias, destaca-se a Teoria das Relações Interpessoais, criada por Hildegard Peplau, fundamentada em sua experiência prática na aplicação de seus princípios em hospitais psiquiátricos, na assistência domiciliar, ambulatorial e nos serviços de saúde mental. Peplau considera o relacionamento terapêutico um processo com várias fases ou etapas com características próprias, pode ser compreendido como o próprio processo de enfermagem ou como competência fundamental para o desenvolvimento do processo (PEPLAU, 1992; 1999).

Peplau se propôs a enfatizar em sua teoria que, durante o relacionamento interpessoal, enfermeiro e usuários têm a possibilidade de vivenciar um crescimento mútuo, aprendendo com as experiências da relação terapêutica (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2017). O relacionamento com o enfermeiro pode ajudar o usuário a ter uma vida construtiva, criativa

e produtiva, no âmbito pessoal e comunitário e cabe ao enfermeiro evoluir junto com ele (PEPLAU, 1990).

Durante o processo de comunicação desenvolvido no relacionamento interpessoal o usuário tem a oportunidade de falar sobre si mesmo e tomar consciência do que está sendo dito, o que impulsiona o surgimento de novos pensamentos e percepções. Nesse contexto, o relacionamento interpessoal deve considerar os aspectos da comunicação, não somente na dimensão verbal, mas também as expressões corporais, na expressão racional e irracional de desejos (PINHEIRO et al., 2019).

A abordagem pautada na Pragmática da Comunicação Humana deve considerar que comunicação e comportamento são sinônimos, já que todo o comportamento, e não somente o discurso, é comunicação, e toda comunicação afeta o comportamento (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1973).

Esse modo de vivenciar o processo comunicacional contribui para o desenvolvimento do relacionamento terapêutico, sobretudo quando se pretende atuar na perspectiva da clínica ampliada, que pressupõe o acolhimento ao usuário, ou seja, o compromisso de resolver seus problemas de saúde, a partir da escuta qualificada, da criatividade e, ainda, da capacidade de estabelecer vínculos, que formam a argamassa da micropolítica do processo de trabalho em saúde (FRANCO; MERHY, 2006, p. 121).

A clínica ampliada enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização tem como um dos instrumentos de gestão o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que constitui um conjunto de propostas, de condutas terapêuticas articuladas direcionadas para um sujeito individual ou coletivo realizadas por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2014; BAPTISTA, 2020).

Como parte da equipe multiprofissional, o enfermeiro que atua no CAPS pode oferecer contribuições para o PTS principalmente se utilizar a SAE como ferramenta, pois esta possibilita uma maior visibilidade ao saber/fazer da enfermagem por meio do relacionamento estabelecido entre enfermeiro-usuário (TAVARES; MESQUITA, 2019). O desenvolvimento de intervenções de enfermagem em saúde mental deve ser construído no cotidiano dos encontros entre os diversos profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado (GONÇALVES JUNIOR; TOBIAS; TEIXEIRA, 2020).

Assim, nesse estudo, defendemos a tese de que “A Sistematização da Assistência de Enfermagem, fundamentada no relacionamento interpessoal terapêutico e na intersubjetividade

enfermeira-pessoa em sofrimento mental, constitui uma possibilidade para a consolidação da singularidade do cuidado de enfermagem no contexto da atenção psicossocial”.

Diante desse contexto, a presente pesquisa teve como questão norteadora: Qual a percepção dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre a experiência de Sistematização da Assistência de Enfermagem, fundamentada no relacionamento interpessoal terapêutico e na intersubjetividade? No intuito de responder a essa pergunta, traçamos como objetivo: Descrever a percepção do usuário acerca da **Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção psicossocial** fundamentada no relacionamento interpessoal terapêutico e na intersubjetividade, mediante o entrelaçamento enfermeira- usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

Os objetivos específicos da pesquisa foram:

- Implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem no contexto da reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento mental;
- Narrar o processo de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em saúde mental no contexto do Centro de Atenção Psicossocial;
- Relatar a experiência da Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da inserção social e reabilitação de pessoas em sofrimento mental;
- Desvelar a percepção de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o relacionamento interpessoal terapêutico enfermeiro-cliente durante a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

A relevância principal do estudo consiste em mostrar o potencial do relacionamento interpessoal terapêutico e da intersubjetividade enfermeiro-cliente na construção da SAE, por favorecer a participação dos usuários na identificação de estratégias de reabilitação psicossocial e desvelar o potencial da enfermagem para contribuir com o fortalecimento da RAPS.

Desse modo, o estudo poderá servir de inspiração para que outros enfermeiros atuantes em serviços de saúde mental subsidiem as suas práticas no contexto da reabilitação psicossocial. A pesquisa traz contribuições nesse campo, por revelar um perfil do cuidado de enfermagem que se mostra como entrelaçamento, e que se faz e refaz no cotidiano do território onde os participantes vivem, se relacionam, e constroem autonomia e empoderamento, uma vez que não é algo planejado para eles, mas com eles.

## 1.1 VIVÊNCIAS DE ESTUDO E ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

O interesse pela temática foi mobilizado pelas vivências no contexto do cuidado em saúde mental, iniciadas no Curso de Graduação em Enfermagem, na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, no município de Jequié, em que tive o primeiro contato com pessoas em sofrimento mental que fazem tratamento no CAPS II. Durante os estágios da disciplina de Enfermagem em Atenção à Saúde Mental, já me encantava com a atuação do enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial, o que me inspirou a querer atuar nessa área e contribuir para a reabilitação psicossocial das pessoas em sofrimento mental.

Ainda como acadêmica de graduação, em diversos estágios que realizei em ambientes hospitalares (clínica médica, clínica cirúrgica, maternidade, pronto-atendimento, entre outros), conseguia realizar as etapas da SAE, o que possibilitava uma maior organização do trabalho da enfermagem, como também o desenvolvimento de intervenções mais eficazes, voltadas para as reais necessidades do cliente. No entanto, angustiava-me refletir que nos CAPS essa estratégia não era utilizada. Então, a oportunidade de desenvolver a pesquisa de doutorado nesse cenário levou-me a vislumbrar a possibilidade de implementar a SAE em uma perspectiva de cuidado sustentada em pressupostos da clínica ampliada, do relacionamento interpessoal terapêutico e da reabilitação psicossocial.

No ano de 2013, ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e, conseqüentemente, no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental: Loucos por Cidadania e tive a oportunidade de continuar os estudos relacionados à saúde mental.

Em 2016, comecei a atuar como pesquisadora em um projeto de pesquisa intitulado “Integralidade, reinserção social e autonomia como operadores de desinstitucionalização para pessoas em sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas e pertencentes a grupos vulneráveis”. Esse projeto, realizado em parceria entre a Universidade Federal da Bahia (UFBA) e a UESB, me permitiu acompanhar usuários em sofrimento mental em seus territórios existenciais e perceber que as marcas do processo de institucionalização são tão fortes que mesmo inseridos em um CAPS, muitos continuavam passando por longos processos de internação e retornando ao serviço.

Fui compreendendo então que, na vida das pessoas que vivenciam muitos internamentos, o hospital psiquiátrico ganha um status diferenciado. Esse local, que antes era preferência para a internação da pessoa em sofrimento mental aparece como uma única solução

possível para as crises enfrentadas e há um distanciamento dos serviços de saúde territoriais, especialmente unidades básicas de referência.

No ano de 2017, ingressei no Curso de Doutorado em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, e já tinha o desejo de, como enfermeira, militante do campo da saúde mental e doutoranda de um Programa de Pós-graduação que tem como foco a saúde pública, poder contribuir com assistência de enfermagem em saúde mental.

Nessa perspectiva, em 2018, me inseri no serviço como enfermeira voluntária, no intuito de realizar uma ambientação no campo da pesquisa, o que iria contribuir para o desenvolvimento desse projeto de tese. Foi então que comecei a vivenciar mais de perto os desafios e dificuldades enfrentados pela enfermagem no processo de cuidado às pessoas em sofrimento mental.

Ao me aproximar mais dos usuários do CAPS, comecei a ouvir relatos de que gostariam que o serviço entrasse em contato com algumas empresas que pudessem inseri-los no mercado de trabalho e oferecessem oficinas com o propósito de ensinar uma profissão. Também escutava muitas histórias sobre o abandono de seus projetos de vida e felicidade e percebi a necessidade de haver uma articulação maior do serviço com o território, no intuito de encontrar espaços de inserção desses usuários, como em escolas e cursos. Além disso, alguns usuários vivenciavam situações de crise e, conseqüentemente, continuavam demandando por internações, tal fato ocorria porque, muitas vezes, suas famílias não sabiam lidar com o sofrimento mental e por não existir uma RAPS articulada que oferecesse suporte a essas pessoas.

A percepção das dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde mental no processo de reabilitação psicossocial dos sujeitos, bem como a necessidade de mobilizar a articulação eficaz com outros dispositivos existentes no território, me fez refletir sobre a possibilidade dessa pesquisa evidenciar a SAE como estratégia de organização do trabalho de enfermagem no CAPS e outros serviços da RAPS, além de desvelar o potencial do relacionamento terapêutico enfermeira-usuário para o processo de reabilitação psicossocial.

## 2 SITUANDO O ESTADO DA ARTE: REVISÃO DE LITERATURA

A consciência objetiva e científica do passado e das civilizações seria impossível se eu não tivesse com estes, por intermédio de minha sociedade, de meu mundo cultural e de seus horizontes, uma comunicação pelo menos virtual (MERLEAU-PONTY, 2015, p.485).

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada a partir do levantamento de produções científicas relacionadas ao tema estudado, que nos permitiu conhecer o que os estudos abordam permitindo a reflexão e o encontro com o estado da arte (FERENHOF; FERNANDES, 2016).

Nessa perspectiva, realizamos buscas nas bases de dados PubMed, Scopus, Embase, SCIELO, Web of Science, LILACS, Science Direct, BDNF, entre os meses de agosto de 2020 a agosto de 2021, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MESH). Foram selecionados os descritores: Systematization of Nursing Care, Nursing Process, Mental Health, Mental illness, Mental Disorders, Nurse, Interpersonal Relations, Nursing, Psychiatric Rehabilitation e Psychosocial Rehabilitation, em combinações utilizando os operadores booleanos AND e OR.

Utilizamos como critérios de inclusão: estudos originais qualitativos ou quantitativos, dos últimos 10 anos e que estavam disponíveis integralmente em inglês, português ou espanhol, que fossem publicados no período de 2011 até 2021. Excluimos estudos fora do objetivo; artigos de revisão, cartas ao editor/editoriais, opiniões pessoais. Além disso, utilizamos capítulos de livros e legislações sobre a temática.

Na primeira fase da busca encontramos 1074 artigos, após excluir os repetidos e fazer leitura dos títulos e resumos restaram 104 e 47 artigos foram escolhidos para compor a revisão. Após a seleção dos artigos mencionados, realizamos a leitura de todo material, que fez emergir quatro eixos temáticos apresentados a seguir.

### 2.1 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL: DO MODELO MANICOMIAL AO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Os manicômios, também chamados de asilos, hospitais psiquiátricos ou casas de correção, constituem espaços onde as pessoas em sofrimento mental eram deixadas no intuito de “proteger” a sociedade, para que a ordem social fosse mantida. Porém, esses locais contribuíam para o processo de despersonalização dos pacientes, pois as práticas dos

profissionais de saúde eram marcadas pela violência e exclusão dessas pessoas (AZEVEDO; SANTOS, 2012).

No que se refere à atuação dos profissionais de enfermagem nas instituições psiquiátricas se baseava na vigilância constante dos pacientes e a assistência era pautada no modelo biologicista, que focava na doença e na medicalização (OLIVEIRA et al., 2015). Os enfermeiros realizavam cuidados com higiene, administração de medicamentos e alimentação. Era também comum o uso da força física, e esses profissionais não recebiam o reconhecimento pelo seu trabalho (GUIMARÃES et al., 2015).

No entanto, a Reforma Psiquiátrica, iniciada a partir da década de 1970, buscou transformar as relações entre a sociedade e a loucura, como também superar o preconceito com as pessoas em sofrimento mental. Esse movimento corresponde a um conjunto de mudanças permanentes que envolveram os campos socioculturais, teórico, jurídico e assistencial e foi marcado por muitos desafios e conflitos por propor a retirada do paciente em sofrimento mental dos manicômios (AMARANTE et al., 2011).

Nesse contexto, com a reforma psiquiátrica muitas mudanças ocorreram no que concerne ao desenvolvimento das práticas de cuidado do enfermeiro. Um marco importante para essa mudança foi o surgimento da Lei nº. 10.216 de 2001, que veio garantir o direito das pessoas com transtornos mentais e valorizar as ações extramuros (fora dos hospitais psiquiátricos) (BRASIL, 2001) e o contexto psicossocial, envolvendo principalmente a família no tratamento, já que antes ela era afastada da pessoa doente, por considerar que ela poderia ser a causa do sofrimento mental, e passa, agora, com a proposta da desinstitucionalização, a assumir o papel de protagonista no cuidado (GUIMARÃES et al., 2015).

Ao longo dos anos, no campo legislativo em saúde mental, tem se implementado um maior controle sobre os hospitais psiquiátricos ainda existentes, e o cuidado tem sido realizado cada vez mais em serviços substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (AZEVEDO; SANTOS, 2012). Além disso, em 2011, ocorreu um marco no campo da saúde mental, que foi a implementação da Portaria nº. 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e estabelece que para garantir o direito à saúde de usuários de drogas e pessoas com problemas psíquicos, é necessária a criação de uma rede de cuidados que envolva todos os serviços de saúde, desde os de baixa até os de alta complexidade, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e acompanhamento contínuo desses usuários (BRASIL, 2011).

No entanto, mesmo com tantos avanços no campo da saúde mental, a incorporação do modelo biomédico que se baseia em práticas curativistas, centrado na doença e no processo de causa e efeito, sem a devida valorização dos saberes e das habilidades inerentes a cada sujeito em situação de sofrimento mental, ainda compromete a integralidade e humanização da assistência (MARINHO et al., 2011).

Muitos profissionais de saúde ainda reproduzem em suas práticas o modelo da psiquiatria tradicional, seja por desejarem manter concepções e práticas tradicionais, seja por não saberem como pautar a sua atuação dentro dos novos paradigmas, dentre estes se destacam os enfermeiros (SOUZA; AFONSO, 2015).

As mudanças ocorridas no contexto do cuidado de enfermagem em saúde mental podem acarretar dúvidas no enfermeiro sobre qual é a sua função nos serviços extra-hospitalares, pois durante muitos anos o cuidado as pessoas em sofrimento mental foram realizadas nesses ambientes (DIAS; ARANHA, 2010). A maioria das dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros são de natureza técnica, como a responsabilidade pela condução clínica do caso, o que interfere nas relações com a equipe, com o paciente e a família (SOUZA; AFONSO, 2015).

Nesse contexto, no que se refere às atividades realizadas pela enfermagem no contexto da saúde mental no ambiente hospitalar, destacaram-se: administração e entrega de medicações, verificação de sinais vitais, visita domiciliar, triagem, supervisão e auxílio em atividades higiênicas e orientações (OLIVEIRA; SILVA; MEDEIROS, 2015). Já nos serviços extra-hospitalares destacaram-se atividades como: acolhimento e escuta a pessoa em sofrimento mental; visita domiciliar; consulta de enfermagem; e cuidados com a alimentação e higiene (SOUZA; AFONSO, 2015).

Dentre as diversas atividades realizadas no contexto do cuidado de enfermagem em saúde mental os enfermeiros apontaram a importância do acolhimento, pois é o primeiro contato do usuário com o serviço, além de ser considerado como espaço que permite a inserção do enfermeiro, possibilitando-o propor e coordenar o projeto terapêutico do usuário (VARGAS; OLIVEIRA; DUARTE, 2011). Além disso, após a avaliação da demanda individual que o acolhimento proporciona, o usuário fica inscrito ou então é encaminhado para um atendimento mais adequado para o caso (SILVEIRA; ALVES, 2003).

Porém, mesmo destacando o acolhimento e outras atividades como competência da enfermagem, um estudo realizado com 14 enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial do tipo II (CAPS II) demonstrou o desconhecimento deles sobre as atividades que realmente são de sua competência e para eles as que mais se aproximam da prática de enfermagem são:

controle da medicação, a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como também a supervisão da equipe de enfermagem, instituição e pacientes (DIAS; ARANHA, 2011).

Nessa perspectiva, estudos demonstraram que os enfermeiros ainda reproduzem práticas vinculadas ao modelo biomédico e que não se centram no sujeito e na existência-sofrimento (GUIMARÃES et al., 2015; LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015; CASANOVA; SETENTA; ALMEIDA, 2017). A atividade de enfermagem ainda aparece como coadjuvante do tratamento médico, conseqüentemente, limita-se a possibilidade desse cuidado enquanto ato criador e original, demonstrando falta de escuta, de diálogo e de práticas reabilitadoras, considerando a terapia medicamentosa a parte mais importante do tratamento da pessoa em sofrimento mental (CASANOVA; SETENTA; ALMEIDA, 2017).

No que se refere à coordenação e à participação dos enfermeiros em atividades como oficinas ou grupos, que é consonante com os princípios da reforma psiquiátrica, as enfermeiras relataram essas atividades como esporádicas e de caráter não sistematizado (SOARES et al., 2011). Desse modo, pesquisa demonstra a baixa participação dos integrantes da equipe de enfermagem nos recentes dispositivos terapêuticos desenvolvidos como o baile, o salão de beleza, as assembleias e reforçam o modelo assistencial que recorre à medicação como principal dispositivo terapêutico (CASANOVA; SETENTA; ALMEIDA, 2017).

Outra ferramenta que deve ser utilizada no cuidado em saúde mental nos moldes do modelo de reabilitação psicossocial é a escuta, pois ela permite dar voz ao sujeito que sofre e um estudo realizado em um hospital psiquiátrico demonstrou que os enfermeiros consideram que a escuta sensível deve ser uma conduta a ser executada em sua prática. Afirmam ser muito importante o que diz o portador de sofrimento mental, já que pela sua fala ele pode sinalizar algo grave (TAVARES; CORTEZ; MUNIZ, 2014).

A escuta qualificada e o acolhimento satisfatório foram vistos como ferramentas de valorização das experiências de vida dos usuários e de visualização de suas necessidades. Além disso, auxiliam na promoção da autonomia e inclusão social da pessoa em sofrimento mental (BATISTA et al., 2018). No entanto, a escuta algumas vezes vem sendo utilizada pelos enfermeiros como um meio para atingir outros objetivos, que são somente a coleta de informações, muitas vezes descontextualizadas, acerca da história de vida dos pacientes. Além disso, como as pessoas em sofrimento mental são levadas aos serviços em sua grande maioria pelas famílias, essas informações muitas vezes são fornecidas por elas, sem a presença do

paciente, pois são consideradas fontes privilegiadas de informações, já que não estão doentes (LIMA; VIEIRA; SILVEIRA, 2015).

Nessa perspectiva, percebemos que há muitas deficiências no cuidado de enfermagem em saúde mental, e um dos fatores que contribuem para a não realização das atividades preconizadas, como a escuta qualificada e atividades grupais são práticas administrativas e burocráticas dentro do serviço, nas quais os enfermeiros têm dedicado grande parte de seu tempo, ocupando um espaço que poderia ser de outros trabalhadores e acabam não tendo tempo para o trabalho assistencial (OLIVEIRA et al., 2015).

Além disso, muitos profissionais ainda têm preconceito em relação à psiquiatria e têm dificuldades de acolher a pessoa em sofrimento mental, como foi observado em estudo realizado com enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que identificou que eles não reconhecem como responsabilidade a atenção à saúde mental e ao se depararem com essas pessoas em suas práticas, encaminham para os profissionais “especialistas no caso”, não demonstrando interesse pela escuta, acolhimento, formação de vínculo e apoio dessas pessoas (AMARANTE et al., 2011).

O sentimento de medo e periculosidade em relação à loucura, arraigados no imaginário social está presente na vida de muitos enfermeiros, o que se torna um entrave na assistência aos usuários e precisa ser desmistificada (AZEVEDO; SANTOS, 2012). Fora isso, o desconhecimento em relação à saúde mental dificulta a qualidade da assistência, já que alguns deles nem ao menos sabem o que é a reforma psiquiátrica (SOUZA; AFONSO, 2015).

A falta de conhecimento dos enfermeiros para atuar no campo da saúde mental também está atrelado à não capacitação profissional, pois os conteúdos teóricos e práticos da graduação tem se mostrado insuficientes para instrumentalizar, já que durante muito tempo, a academia fundamentou a clínica na instituição hospício, sendo natural que os profissionais se sintam confusos quanto a seu papel no contexto da saúde mental (SILVEIRA; ALVES, 2003). A academia muitas vezes aborda conteúdos com ênfase nas teorias tradicionais de enfermagem psiquiátrica, que estão relacionados a psicopatologia, psicofarmacologia e cuidados mais próximos da reprodução do modelo manicomial e não integrados à política de saúde mental (SOUZA; AFONSO, 2015).

Destaca-se a importância dos grupos de estudos para capacitar e empoderar as enfermeiras, auxiliando-as na atualização dos conhecimentos, podendo ser considerada uma educação permanente (MARTINS et al., 2018). Estudo desenvolvido com enfermeiras que atuavam na saúde mental em Taiwan evidencia que a ausência de educação continuada nos

serviços onde atuavam as deixavam pouco confiantes para participar ativamente da gestão de casos de usuários com sofrimento mental (LIU, 2014).

Desse modo, é inegável afirmar que houve muitos avanços no campo da saúde mental, principalmente de cunho legislativo. A significativa redução dos hospitais psiquiátricos, os serviços substitutivos são um reflexo dessas mudanças. No entanto, a reforma psiquiátrica é um processo que ainda está em construção e há muito a se avançar, principalmente no que se refere à capacitação, não só dos profissionais de enfermagem, mas da equipe multiprofissional em saúde para lidar com a pessoa em sofrimento mental e suas famílias, o que perpassa pela desconstrução dos medos e estigmas relacionados à loucura.

## 2.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui uma ferramenta de organização do trabalho do enfermeiro no que refere aos instrumentos, pessoal e método (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018). Pode ser considerada uma tecnologia para o cuidado que traz clareza sobre a atuação da enfermagem, fundamentando suas práticas, oferecendo uma visão unificada e possibilitando maior êxito na realização de seus objetivos (MONTEIRO et al., 2015).

A SAE possibilita a operacionalização do Processo de Enfermagem (PE) (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018). De acordo com a resolução n°. 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o Processo de Enfermagem em serviços ambulatoriais de saúde, corresponde à Consulta de Enfermagem (CE), e divide-se em cinco etapas: histórico de enfermagem, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009). Essas etapas ocorrem de forma simultânea, ou seja, quando o enfermeiro implementa intervenções, pode realizar avaliações destas e coletar novos dados que poderão sugerir novos diagnósticos, e assim por diante (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018).

A coleta de dados ou histórico de enfermagem tem como finalidade a obtenção de informações sobre a família, pessoa ou coletividade humana e sobre suas respostas em um determinado momento do processo saúde-doença; diagnóstico de enfermagem é o processo de interpretação e agrupamento dos dados da primeira etapa que gera a tomada de decisão sobre conceitos diagnósticos que constituem a base para a seleção das intervenções; planejamento de enfermagem são os resultados que se espera alcançar das ações ou intervenções de enfermagem

que serão realizadas; implementação é a realização das ações ou intervenções determinadas e; avaliação de Enfermagem é a verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

Desse modo, Processo de Enfermagem (PE) é um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas para desenvolver o cuidado de enfermagem (WORTA, 2006). Ele deve estar presente em todos os ambientes, públicos ou privados, com dinamismo de ações para o indivíduo, família, grupo e comunidade (COFEN, 2009, WORTA, 2006).

Contudo, o PE não se resume à intervenção, pois para que essa ocorra e gere resultado ao usuário, é necessário que cinco etapas estejam presentes. Os estudos demonstram que há um predomínio da execução do PE nas cinco etapas dependentes e inter-relacionadas na prática do enfermeiro no contexto da saúde mental. (MARTINEZ, 2020; GONÇALVES; SEQUEIRA; SILVA, 2018; KOTOWSKI, 2012; BRUGGMANN et al., 2019; GONÇALVES; SEQUEIRA; SILVA, 2019).

Alguns estudos relatam o uso de teorias de enfermagem no PE (SILVA et al., 2020) e a taxonomia NANDA-NIC-NOC permeando todas as etapas (SILVA et al., 2020; ESQUIVEL, 2020; MORA; CHÁVEZ; SANDOVAL, 2020; KOTOWSKI, 2012). O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) está presente no campo de alguns estudos (GONÇALVES; SEQUEIRA; SILVA, 2018; MYKLEBUST; BJØRKLY; RÅHEIM, 2018, BRUGGMANN et al., 2019; GONÇALVES; SEQUEIRA; SILVA, 2019).

No contexto da saúde mental o PE pode ser utilizado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conjunto de serviços substitutivos aos manicômios psiquiátricos (BRASIL, 2001; 2011). A RAPS é uma das estratégias brasileiras que busca a desinstitucionalização, o cuidado em comunidade e a autonomia do usuário para o resgate de sua cidadania em um campo que outrora era caracterizado pela medicalização, segregação, estigma e captura da cidadania do usuário (AMARANTES; NUNES, 2018).

No entanto, os desafios para a utilização do PE na saúde mental compreendem diversas dimensões do cuidado. Os enfermeiros apresentam dificuldade em desenvolver o processo de cuidado e o veem como burocrático (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018; GONÇALVES; SEQUEIRA; SILVA, 2018). Fragilidades na formação de graduação desse profissional em cuidados em saúde mental foram apontadas, aqueles que não tinham uma pós-graduação em saúde mental também demonstraram maiores dificuldades no desenvolvimento do PE, revelando a necessidade de capacitação dos enfermeiros principalmente relacionada às

temáticas como: acolhimento, relações interpessoais, relacionamento terapêutico e integralidade do cuidado (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018).

Outro estudo aponta a falta de clareza da função do enfermeiro nos locais de atenção à saúde mental, o que muitas vezes faz com que o profissional realize apenas a primeira etapa do PE, a coleta de dados, o que dificulta o desenvolvimento da relação interpessoal terapêutica com os usuários e a implantação do PE (LOPES; GARCIA; TOLEDO, 2014). Para a adequada implementação do PE na saúde mental, este deve ser construído e implantado em uma linha contínua, sem pular etapas, sendo necessária a capacitação dos profissionais de enfermagem para o desenvolvimento de suas etapas, para que consigam visualizar as necessidades individuais dos usuários e priorizem os diagnósticos e intervenções direcionados para a reabilitação psicossocial (SILVA; SANTANA; SOUZA, 2016; SOARES et al., 2015)

O não vislumbre do papel do enfermeiro na reabilitação psicossocial da pessoa com sofrimento mental e a percepção de não pertencimento na equipe de cuidados em saúde mental são relatados nos estudos (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018). A autopercepção de auxiliar de psiquiatria ou psicólogo também estão presentes (GONÇALVES; SEQUEIRA; SILVA, 2019).

É constatada que a ausência de uma linguagem padronizada nos registros gera confusão entre os diagnósticos de enfermagem com os das outras áreas da saúde (MYKLEBUST, BJØRKLY; RÅHEIM, 2017; LOPES; GARCIA; TOLEDO, 2014). A falta de intervenção de enfermagem adequada ao diagnóstico estabelecido também é observada nos estudos selecionados (GONÇALVES; SEQUEIRA; SILVA, 2019).

Nos estudos que avaliaram os retornos clínicos da aplicação do Processo de Enfermagem (MARTÍNEZ, 2020; PASTOR; TOMÁZ; GARCÍA, 2017; KOTOWSKI, 2012), foi observado resultados positivos do usuário em seu tratamento. Alguns pontos exaltados foram: a melhora em executar atividades de autocuidado, melhor resposta de enfrentamento a ansiedade e medidas de autocontrole mais eficazes. A aproximação do usuário-profissional também é relatada.

O PE na saúde mental revela-se como importante, pois a origem dos problemas de saúde mental é multifatorial, por isso o enfermeiro na saúde mental deve assumir como característica positiva do cuidado a promoção de diversos momentos e maneiras de atuar com o usuário no melhor sentido para a sua existência e o PE permite esse cuidado singular e direcionado (BRUSAMARELLO et al., 2013).

No entanto, foram observadas fragilidades na utilização do processo de enfermagem seguindo todas as etapas e utilizando teorias de enfermagem. Podemos levantar algumas

hipóteses sobre a realidade encontrada, tais como: fragilidade na formação do enfermeiro, percepção da equipe de enfermagem sobre o PE como procedimento puramente burocrático e dimensionamento da equipe insuficiente para as demandas do serviço (BOAVENTURA, SANTOS, DURAN, 2017).

A *Coleta de Dados* é o momento destinado a obter informações biopsicossociais para embasar o cuidado nas demais etapas (COFEN, 2009). Trata-se do momento em que o enfermeiro coleta dados subjetivos e objetivos. Nessa fase do cuidado à pessoa em sofrimento mental a observação, a escuta e a linguagem não-verbal ganham protagonismo no PE (CANABRAVA et al., 2011; CAMPOS, BEZERRA, JORGE, 2018).

O protagonismo da relação entre usuário-família-profissional, comum na saúde mental, pode tornar-se uma barreira de ação ao enfermeiro habituado as ações centradas em maquinários, medicalização e procedimentos técnicos, conforme relatam alguns estudos integrantes dessa revisão (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018; SILVA et al., 2020; GONÇALVES; SEQUEIRA. SILVA, 2019; MYKLEBUST; BJØRKLY; RÅHEIM, 2018, LOPES; GARCIA; TOLEDO, 2014; CAMPOS, BEZERRA, JORGE, 2018).

O *Diagnóstico de Enfermagem* é o momento destinado a interpretação e associação das informações obtidas na coleta de dados (COFEN, 2009). A presença de um sistema de linguagem padronizada é recomendada (BARD et al., 2020). Alguns deles são: classificação de diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) (FURUYA et al., 2011).

Por meio dos artigos analisados, nem sempre um sistema de classificação foi utilizado nas práticas em saúde mental. Quando utilizado, optou-se pelo NANDA-I (SILVA et al., 2020; MARTÍNEZ, 2020; CASTAÑO; CHÁVEZ; SANDOVAL, 2012). A ausência de uma classificação pode favorecer a confusão ao usar diversas expressões para uma mesma necessidade do usuário e impactar no alcance dos resultados esperados (GONÇALVES; SEQUEIRA; SILVA, 2019; MYKLEBUST; BJØRKLY; RÅHEIM, 2018; LOPES; GARCIA; TOLEDO, 2014).

O *Planejamento de Enfermagem* é a etapa em que se determina os resultados a serem alcançados ao desenvolver o cuidado (COFEN, 2009). No planejamento, o profissional deve envolver a família, a pessoa portadora de transtorno mental, atores e dispositivos que permeiam o cotidiano do usuário. O profissional deve priorizar os diagnósticos, estabelecer as metas e os

resultados esperados, além da prescrição das ações/intervenções de enfermagem, utilizando linguagens padronizadas como a Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) em conjunto com a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) (LARIJANI; SAATCHI, 2019; BARROS et al., 2015).

Um dos estudos incluído em nossa revisão, aponta diversas fragilidades proveniente do planejamento no cuidado ao portador de transtorno mental. Tais como a falta de intervenção de enfermagem adequada ao diagnóstico e intervenções que não correspondem a prática de enfermagem (GONÇALVES; SEQUEIRA; SILVA, 2019).

A *Implementação* corresponde a execução, pela equipe de enfermagem, do que foi planejado (COREN, 2009). Ela é composta por ações que podem independe de outros profissionais para acontecerem ou serem realizadas em conjunto/subsequente a um ato de outra categoria profissional (BARROS et al., 2015). No cuidado a pessoa portadora de transtorno mental, a relação entre o usuário e profissional de enfermagem toma protagonismo por meio das tecnologias leves de Merhy e vai além da medicalização (CAMPOS, BEZERRA, JORGE, 2018; DIAS et al., 2020; MERHY, 2002).

Para essa etapa, destacamos os achados sobre a anotação e a evolução de enfermagem. Os estudos apontam fragilidade na documentação, pois os registros eram voltados a descrição do cotidiano do usuário no serviço ao invés do cuidado desenvolvido (MYKLEBUST; BJØRKLY; RÅHEIM, 2018; GONÇALVES; SEQUEIRA; SILVA, 2019). A presença de um Prontuário Eletrônico e o treinamento da equipe podem favorecer a visibilidade das ações de enfermagem, trazer maior produtividade e maior segurança ao usuário (GONÇALVES; SEQUEIRA; SILVA, 2019; BRUGGMANN et al., 2019).

Por fim, temos a *Avaliação*, fase para verificar a execução e o alcance do que foi planejado e realizar ajuste na conduta (COFEN, 2009). Quando abordada, os enfermeiros dos estudos informam que o processo avaliativo deve ser contínuo, durante todas as etapas do PE e evolver o usuário (COOMS; CURTIS; CROOKES, 2013).

Apesar de escassos, os estudos que avaliaram o PE observaram a melhora do estado de saúde do usuário (ESQUIVEL, 2020; PASTOR; TOMÁS; GARCÍA, 2017; KOTOWSKI, 2012) e constataram a percepção do usuário sobre o protagonismo do enfermeiro para sua reabilitação e tratamento (ESQUIVEL, 2020). Estudo também aponta a necessidade de um novo modo de pensar o PE como proposta de construção do PTS em equipe multiprofissional, pois promove a valorização do enfermeiro enquanto profissional da equipe de Saúde Mental e torna

a documentação e o processo de trabalho não apenas um ato normativo (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018).

Identificou-se como limitação a lacuna de estudos quantitativos que avaliassem como o processo de enfermagem é executado no cuidado a pessoa com transtorno mental e estudos que avaliassem os resultados da aplicação do processo para a instituição e o usuário.

Ressalta-se a importância do enfoque na relação enfermeiro-usuário no desenvolver do cuidado para desconstrução do PE como uma atividade simplesmente burocrática. Sugerimos ainda a promoção de mais debates sobre a criação de ambientes favoráveis ao PE com dimensionamento da equipe de enfermagem adequado, capacitação dos profissionais para a assistência em saúde mental e uso de prontuários eletrônicos para facilitar o registro do cuidado.

### 2.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL

A reabilitação psicossocial constitui mais que uma tecnologia, é uma exigência ética, estratégia que implica em uma política geral de serviços em Saúde Mental (PITTA, 2015). A autora define a reabilitação como o processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível de autonomia para realização de suas funções na comunidade, por meio de suporte residencial, educacional e recreacional, ajustados às demandas individuais de cada indivíduo.

Reabilitação psicossocial é considerada um processo que visa ampliar os espaços de negociação da pessoa em sofrimento mental, aumentando o seu poder contratual. Desse modo, ela precisa contemplar três eixos: hábitat, relacionado ao espaço que se vive e à afetividade da convivência; trabalho, que corresponde às tarefas que articulam desejo, necessidades, autorrealização e sustento; e a rede social, compreendendo a rede familiar ampliada (SARACENO, 2001).

A reabilitação objetiva reduzir o estigma, preconceito e promover oportunidade e equidade às pessoas em sofrimento mental. Consiste em um processo complexo, pois necessita da articulação entre diversas instâncias, políticas específicas e principalmente capacidade técnica dos profissionais (HIRDES; KANTORKI, 2004).

Para que ocorra reabilitação é necessário aumentar o poder contratual de pessoas em sofrimento mental, ou seja, oferecer possibilidades de participar dos processos de trocas sociais. A contratualidade da pessoa em sofrimento mental será determinada pelo profissional que o

atende, se usa o seu poder para aumentar a contratualidade do usuário ou não, e, também, a habilidade de elaborar projetos, ações que modifiquem a vida das pessoas (KINOSHITA, 2015).

A reabilitação é direcionada por práticas de serviços com base comunitária e territorial e almeja o rompimento da lógica manicomial na atenção à saúde. Dentre os espaços em que os profissionais de saúde realizam a reabilitação psicossocial destacam-se os CAPS, serviços abertos, direcionados ao acolhimento dos usuários em sofrimento psíquico, rompendo com a lógica do entretenimento e estimulando a integração familiar e social (BOSSATO et al., 2021).

Nessa perspectiva, os CAPS integram um dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria 3.088 que dispõe sobre a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção às pessoas em sofrimento mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). A RAPS tem como princípio estruturante aprofundar a perspectiva da desinstitucionalização, com vistas à ampliação de serviços de saúde mental com base territorial e comunitária, que articulem diversos segmentos sociais de modo a se afastar do modelo manicomial, centrado na exclusão do usuário e de sua família do contexto social (AZEVEDO et al. 2014).

Desse modo, destaca-se a equipe multiprofissional de saúde na atuação da RAPS, dentre ela o enfermeiro que tem um potencial importante no cenário da reabilitação, pois o cuidado de enfermagem pautado na escuta, acolhimento, vínculo e responsabilização ajuda os usuários na construção de autonomia. (PINTOR; TOLEDO; GARCIA, 2018).

Nesse contexto, enfermeiros têm atuado desenvolvendo práticas de reabilitação psicossocial, como o desenvolvimento de grupos, que constituem espaços de compartilhamento de experiências, aprendizados, sociabilidade e ajuda mútua (MENEZES et al., 2020).

Estudo realizado em um ambiente sul-africano de poucos recursos revelou a experiência de reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento mental que residiam na comunidade e faziam tratamento na atenção básica. Eles participaram de um grupo de apoio realizado por enfermeiros que abordou as seguintes temáticas: medicação; atividades de geração de renda; sofrimento mental; abuso de substâncias psicoativas; autoconhecimento; gerenciamento de estresse, conflitos da vida; estigma; família; e gestão financeira. Os resultados do estudo revelaram que a participação dos usuários proporcionou melhora da autoestima, aumento do conhecimento sobre a doença, redução do isolamento social, melhor gestão financeira e envolvimento em atividades de geração de renda, bem como melhor aceitação pela comunidade (BROOKE-SUMNER et al., 2018).

Enfermeiros também realizaram oficinas educativas cujos objetivos foram propiciar aos participantes o desenvolvimento de autonomia e visão crítica a respeito do autocuidado, sendo fundamentadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica. As oficinas constituíram uma das atividades da SAE e abordavam as temáticas: higiene bucal, obesidade, tabagismo, alimentação saudável, atividade física, higiene pessoal, relacionamento interpessoal e autoestima e foram utilizadas dinâmicas de grupo, atividades lúdicas, físicas e manuais. As oficinas proporcionaram aos usuários socialização, autonomia e visão crítica sobre o autocuidado. Por constituir uma das etapas da SAE possibilitaram o planejamento das atividades, organização do trabalho, levantamento de diagnósticos e o desenvolvimento de planos terapêuticos adequados (PAULA; GONÇALVES, 2013).

Em Holanda, enfermeiras realizaram aconselhamento individual fundamentado no diálogo para pessoas em sofrimento mental, junto com a assistente social. As atividades eram realizadas a cada duas a três semanas e centraram-se em domínios da vida diária, tais como habilidades de vida, trabalho, atividades educacionais e de lazer e contatos sociais. Os participantes passaram a apresentar maior integração social depois dos aconselhamentos (VAN WEL, 2012).

As intervenções de enfermagem incluíram autorreflexão, atenção plena e criação de significado por meio da arte, música e esportes, dança para controlar a raiva e o estresse, melhorando também a autoestima e autoconfiança (ALI; LALANI; CHARANIA, 2015). Outro estudo demonstrou atividades voltadas para reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento mental desenvolvidas por enfermeiras em clubs de alimentação, os usuários fizeram um curso sobre o desenvolvimento de habilidades para organizar um jantar em suas casas. Ao montar o jantar, eles trabalharam questões como: planejamento, culinária e gestão financeira, além de socializarem com outras pessoas e aumentarem a autoestima (VOGEL et al., 2019).

Enfermeiros realizam atividades voltadas para gestão de casos e desenvolvimento de habilidades sociais de pessoas em sofrimento mental e fazem uma avaliação biopsicossocial abrangente, voltadas para saúde física, qualidade das relações interpessoais, pontos fortes, preferências, habilidades e o que consideram como necessidades para reabilitação psicossocial. Também oferecem educação em saúde, saúde aconselhamento e gestão de medicamentos e envolvimento familiar. Este plano de atendimento baseado em evidências científicas, inspira esperança e nutre a capacidade de aprender e melhorar a função e a qualidade de vida. As atividades trouxeram aos participantes melhoria dos sintomas da doença, melhora da comunicação e da cognição (ANTAI- OTONG, 2016).

Nesse contexto, os enfermeiros têm um papel fundamental na reabilitação psicossocial de pessoas em sofrimento mental utilizando ações criativas para ajudá-los a aumentar o poder contratual no território, por intermédio do desenvolvimento da relação terapêutica e do auxílio na formação de redes de apoio social (BOSSATO et al., 2021).

#### 2.4 RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

O relacionamento terapêutico ou relação pessoa-pessoa compreende interações planejadas entre o enfermeiro e o cliente, com metas definidas e compromisso entre ambos (NÓBREGA; FERNANDES; SILVA, 2017). Corresponde a um conjunto de práticas e saberes centrados no ser humano em sua complexidade e a sua aplicabilidade possibilita crescimento e mudanças de comportamento entre os envolvidos (BEENTJES et al., 2015).

O relacionamento terapêutico (RT) foi pioneiramente criado, desenvolvido e implementado na enfermagem em saúde mental por Hildegard Peplau, que criou a Teoria das Relações Interpessoais (RT) em Enfermagem fundamentada em sua experiência prática na aplicação de seus princípios na assistência ambulatorial e domiciliar nos serviços de saúde mental (STEFANELLI, 2008).

A Teoria das Relações Interpessoais (RT) pressupõe que o crescimento pessoal é partilhado pela enfermeira e pelo paciente a partir do relacionamento interpessoal desenvolvido no processo de cuidar. A autora denominou de enfermagem psicodinâmica o relacionamento dinâmico entre enfermeira e paciente. Em seu entendimento, a enfermagem psicodinâmica envolve reconhecer, esclarecer e construir uma compreensão acerca do que acontece quando a enfermeira se relaciona de com o paciente (PEPLAU, 1990).

A Teoria das RT, de acordo com Peplau, contempla quatro fases com características próprias: orientação, em que o paciente apresenta uma necessidade e solicita ajuda profissional, fornecendo muitas pistas a respeito de como visualiza a dificuldade que está experimentando; identificação, em que o enfermeiro, no desempenho das ações de cuidado, pode levar o paciente a identificá-la como uma figura familiar ou culturalmente importante em suas lembranças. Na fase de exploração, a atuação do enfermeiro é continuar a promover a satisfação do paciente em relação às suas demandas à medida que elas surgem e, conforme avança o tratamento deverão ser estabelecidas novas metas. A última fase, denominada de resolução é caracterizada

mais como um fenômeno psicológico em que o paciente abandona os laços adquiridos com a enfermeira e prepara-se para retornar para casa (PEPLAU, 1990).

Com o passar do tempo, durante o relacionamento terapêutico o usuário tem a sua tensão diminuída, começa a visualizar possibilidades reais de mudança em suas relações sociais, familiares, e a encontrar saídas significativas para a sua vida. Durante esse processo, a pessoa em sofrimento mental deve sentir-se pertencendo a um grupo, valorizada e capaz de enfrentar as exigências do cotidiano. Nesse processo, a pessoa em sofrimento mental passa a fazer uso das informações trocadas durante o RT para reorganizar e ressignificar a sua história de vida (LOPES; GARCIA; TOLEDO, 2014; ALBUQUERQUE et al., 2016).

O enfermeiro, ao lidar com a complexidade das demandas do usuário, precisa se embasar em conhecimentos sobre a condição humana e de saúde mental, já que, durante esse processo ele pode se identificar com aspectos da vida do usuário, no entanto, é primordial que saiba separar o que é seu daquilo que é do outro, para não comprometer o relacionamento terapêutico. Para tanto, ele precisa exercitar o autoconhecimento por meio do processo terapêutico ou em supervisão com profissional experiente em RT/saúde mental, e encontrar caminhos que o fortaleça para evitar atitudes e sentimentos como julgamentos moral, raiva, rejeição (NÓBREGA; FERNANDES; SILVA, 2017).

As enfermeiras ressaltam a importância da comunicação verbal e não-verbal no relacionamento terapêutico, pois permite a troca de experiências e sentimentos entre enfermeiro-usuário. Também destacam a importância do conhecimento mútuo, do saber ouvir, aceitar os limites dos usuários e as diferenças durante o desenvolvimento da relação (BORILLE, 2013).

Um estudo fundamentado na aplicabilidade da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau nas intervenções de enfermagem voltadas para pessoas com esquizofrenia, revelou sua importância para a assistência qualificada e integral, a partir da valorização do ser humano e o respeito a autonomia e a capacidade de tomada de decisões (FERNANDES et al., 2018).

Estudo desenvolvido com usuários de um CAPS II em Maceió demonstrou que eles consideram como importante para o desenvolvimento do relacionamento interpessoal que o enfermeiro tenha o olhar sensível, enxergando-os em suas singularidades e subjetividades. Além disso, o profissional deve fazer o usuário se sentir acolhido, seguro e construir vínculo com ele, pois quando isso não acontece pode gerar desconfiança e distanciamento (ALBUQUERQUE et al., 2016).

O estabelecimento do vínculo com a pessoa em sofrimento mental só é possível por meio da escuta que vai além de questões aparentes e superficiais, permitindo compreender o modo como cada pessoa manifesta seu sofrimento. A escuta permite o estabelecimento da confiança, que permite ao usuário se sentir encorajado a ser coparticipante do cuidado (PINHEIRO et al., 2018).

Desse modo, é necessário também que durante o relacionamento terapêutico o enfermeiro trabalhe o autoconhecimento, a fim de diminuir seu sofrimento diante de situações comprometedoras, o que aponta a importância dos gestores que atuam no contexto da saúde mental implementem nos serviços espaços grupais para reflexões sobre a relação terapêutica e a implementação em suas práticas (MORENO et al., 2021).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO: O OUTRO COMO INACABAMENTO EM MERLEAU-PONTY

“Quer se trate do corpo do outro ou de meu próprio corpo, não tem outro meio de conhecer o corpo humano senão vivê-lo, quer dizer, retomar por minha conta o drama que o transpassa e confundir-me com ele. Portanto, sou meu corpo, exatamente na medida em que tem um saber adquirido e, reciprocamente, meu corpo é como sujeito natural, como um esboço provisório de meu ser total.” (MERLEAU-PONTY, 2014, p. 269).

A escolha da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty como referencial teórico filosófico para compreender a percepção de pessoas com sofrimento mental sobre a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no contexto da reabilitação psicossocial, ocorreu em virtude desse autor ter se voltado à percepção humana, que sempre abre novos horizontes para que o saber se instale.

Maurice Merleau-Ponty nasceu em Rochefort-Sur-Mer, em 14 de março de 1908, e foi um apaixonado pela filosofia. Desde a infância, Merleau-Ponty já refletia sobre o sentido que o vivido assume frente à vida (MERLEAU-PONTY, 2015). Para ele, não basta descrever o vivido, mas buscar o sentido da vivência que o corpo expressa. Na escola normal Superior, entrou em contato com a filosofia de Husserl e com o existencialismo. Após a graduação em filosofia, no ano de 1931, passou a dedicar-se ao ensino dessa área do conhecimento, historiou sobre a arte, a linguagem e a estética.

Merleau-Ponty se preocupou com aspectos da modernidade que evidenciavam a crise das ciências europeias e a incapacidade dos modelos ontológicos clássicos para explicar fenômenos como a guerra, a eugenia, o racismo, a perseguição nazista, o socialismo russo e o capitalismo ocidental, entre outros. O filósofo refletia a insatisfação geral com relação ao destino que a humanidade tinha assumido depois das promessas feitas tanto pelos objetivistas, para quem conhecer significa representar a natureza por meio do domínio tecnológico, como pelos subjetivistas que defendem que conhecer é o mesmo que representar o real, que pode ser investigado pelo sujeito cognoscente (MÜLLER, 2016). Esse autor, também filósofo, salientou a compreensão merleau-pontyana de que em ambas as propostas o que se buscava era o conhecimento do Eu, sem interessar-se pelo outro.

Enquanto as ontologias clássicas discutiam se o outro poderia ser visto como um objeto, como uma representação de si mesmo ou ser reduzido a uma coisa, a ontologia merleau-

pontyana realçava a preocupação do filósofo sobre o lugar do outro na experiência, pois para ele o que importava mesmo era o sujeito, o vivido (MÜLLER, 2016).

Nessa perspectiva, Merleau-Ponty buscou referência nas abordagens fenomenológicas que surgiram no final do século XIX e início do século XX, especialmente, no projeto fenomenológico de Edmund Husserl, que questionava sobre a distância que a ciência havia tomado em relação ao ideal clássico pretendido pelos gregos, segundo o qual conhecer tinha a ver com uma comunhão entre o corpo e o mundo, o que só seria possível por meio dos sentidos (MÜLLER, 2016).

Assim, a fenomenologia surgiu como uma possibilidade de ruptura com os modelos ontológicos clássicos, por meio de uma nova perspectiva: a noção de que o conhecimento acontece na intersubjetividade, no compartilhamento de vivências que constituem uma unidade que não é exclusivamente de uma pessoa, mas da coletividade e do mundo (MERLEAU-PONTY, 2006). Apesar de esse ter sido o motivo pelo qual Merleau-Ponty se identificou tanto com a fenomenologia, sua maior fonte de inspiração para pensar algo além do objetivismo e do subjetivismo foi a arte de Paul Cézanne, artista que utilizou a pintura para fazer o retorno à natureza primordial como modo de pensar algo para além da representação (MERLEAU-PONTY, 2012). Ele buscou pensar o outro na experiência, de sorte a não o reduzir a um duplo de si mesmo, como acontece no subjetivismo ou sobre o qual se possa ter algum controle, como acreditam os objetivistas.

A fenomenologia pela qual se interessa Merleau-Ponty é a genética, lida como ontologia porque, de certo modo, está mais próxima ao retorno à natureza primordial, em que efetivamente o outro aparece na experiência (MÜLLER, 2016). Para esse autor, a fenomenologia genética reconheceu uma ontologia que admite que o sentido nasce espontaneamente, aparece por meio da vivência, de uma experiência que está além do nosso predicativo ou de uma representação mental, e é, nesse sentido, uma fenomenologia do vivido, que revela a ambiguidade do homem, do mundo e das coisas.

Nesse contexto, aparece o avanço do pensamento merleau-pontyano em relação ao de Husserl, na compreensão da impossibilidade de se chegar à essência da consciência em virtude da ambiguidade da percepção, que é inapreensível. Esta, por não ser apenas do corpo, mas da existência por inteiro, aponta para uma nova ontologia, que abre mão, paulatinamente, da consciência fenomenal (FERRAZ, 2009; DUPOND, 2010; MÜLLER, 2016).

A ambiguidade característica da vivência essencial constitui-se de dois polos: o sensível, ou pré-reflexivo, e o reflexivo. As objetivações, como operações expressivas, consistem em

uma transmutação do polo pré-reflexivo para o reflexivo, processo realizado pela linguagem, por meio de palavras, formas, síntese e um gênero literário, aos quais se juntam o estilo próprio do escritor e os sentimentos que o habitam (MERLEAU-PONTY, 2002; 2015).

Assim, a fenomenologia merleau-pontyana baseia-se no pressuposto de que a produção do conhecimento implica a suspensão das teses naturalistas que caracterizam as concepções objetivista e subjetivista, as quais envolvem crenças de que as coisas já são em si mesmas, independentemente da atividade intencional, e de que existe a possibilidade de mensurar, discernir e tornar sem ambiguidades todos os fatores sociais (MERLEAU-PONTY, 2015).

Merleau-Ponty elegeu o corpo como tema privilegiado de sua filosofia, desde sua primeira grande obra, *Fenomenologia da Percepção* (1945), quando o defendeu como sujeito da percepção, a partir da sua motricidade e expressividade, e estabeleceu o mundo percebido como objeto da percepção, seu espaço e sua abertura ao outro (MERLEAU-PONTY, 2015). É no corpo que o sensível se torna objeto de conhecimento, síntese da percepção e do movimento, mediante a capacidade de compartilhar as emoções alheias (MERLEAU-PONTY, 2015).

O filósofo parte da noção de que a percepção deve ser entendida do ponto de vista de quem a vive efetivamente, inserida no mundo, como constituição da subjetividade e expressividade da fala (MERLEAU-PONTY, 2015). Segundo ele, a percepção é construída a partir da existência e não de conceitos, e sempre traz consigo um fundo de intencionalidades, cujo sentidos agem em direção ao mundo.

Merleau-Ponty entendeu que o mundo, o homem e as coisas se apresentam sempre em perfil, como em uma relação figura-fundo, cujo desvelar da figura vela o fundo e o desvelar do fundo revelam outras figuras. Nessa perspectiva, o sentir e o refletir não são vistos simultaneamente, mas compõem uma unidade, composta por ambiguidade, já que “a cada momento, enquanto nosso olhar viaja através do espetáculo, somos submetidos a um certo ponto de vista, e esses instantâneos sucessivos não são passíveis de sobreposição para uma determinada parte da paisagem” (MERLEAU-PONTY, 2015, p. 14).

Nessa perspectiva, não há separação entre o objeto e o sujeito, o homem e as coisas se misturam, um está investido no outro:

Nossa relação com as coisas não é uma relação distante, cada uma fala ao nosso corpo e à nossa vida, elas são revestidas de características humanas (dóceis, doces, hostis, resistentes) e, inversamente, vivem em nós como tantos emblemas de condutas que amamos ou detestamos. (MERLEAU-PONTY, 2004, p. 24).

O significado ou o sentido das coisas mostram-se como ambiguidades, pois tem a ver com o paradoxo entre o mundo que se revela para mim – o *em si* – e minha tendência em direção

ao mundo – o *para si* –, nesse espaço: há uma correlação entre as experiências que eu vivo em meu próprio corpo (em si) e aquelas que eu vivo diante do mundo cultural (para si) (MERLEAU-PONTY, 2015).

A fenomenologia afirma que não há como separar os sujeitos do mundo percebido, pois existe uma relação viva daquele que percebe com o mundo, já que ambos se apresentam a cada momento como uma recriação ou reconstituição (MERLEAU-PONTY, 2015). Nesse sentido, perceber implica em um contato direto com o mundo, um envolvimento com as coisas que estão a nossa volta, e não apenas uma representação de quem olha de fora e que pode ser interpretada. Afinal, a consciência jamais é completa ou acabada, mas está sempre “por realizar na existência” (MERLEAU-PONTY, 2015, p.341).

Desse modo, a fenomenologia merleau-pontyana, também conhecida como filosofia da experiência, mostra que é preciso atentar para o modo como as coisas se manifestam, sem buscar explicá-las, mas sim em descrevê-las rigorosamente, chegando assim à essência do fenômeno, ou seja, às ambiguidades (MERLEAU-PONTY, 2015).

A experiência de perceber foi descrita principalmente no livro *fenomenologia da percepção* (MERLEAU-PONTY, 2015). Nesse livro, o filósofo descreve a percepção como equivalente ao corpo, enquanto evidencia que aquilo que o torna próprio é a temporalidade (MERLEAU-PONTY, 2015). A capacidade de nos tornarmos outro, por meio da nossa abertura aos outros seres humanos ocorre em virtude da temporalidade, na medida em que o corpo se diferencia, e surge o *outro eu mesmo* (MERLEAU-PONTY, 2002).

A experiência perceptiva envolve o entrelaçamento de dois mundos, o sensível, ou mundo da vida, com o mundo da cultura. O mundo da vida tem a ver com a impessoalidade e está relacionado àquilo que não deliberamos ou planejamos, enquanto o mundo da cultura, que se relaciona com a pessoalidade, com a linguagem que o homem constrói a partir das relações estabelecidas na sociedade. Estes dois mundos estão interligados, pois o que mobiliza os nossos sentimentos têm a ver com aquilo que aprendemos diante do julgamento social. Não há, portanto, como pensar o mundo da vida estando fora dele, ou seja, só é possível pensá-lo vivendo. Assim, falar da percepção do ponto de vista de quem a vive é o mesmo que discorrer sobre a experiência do corpo próprio (MERLEAU-PONTY, 2015).

Dessa maneira, o corpo próprio, assim como a existência humana, “é sempre outra coisa que aquilo que ele é [...] ao mesmo tempo que liberdade, enraizado na natureza no próprio momento em que se transforma pela cultura, nunca fechado em si mesmo e nunca ultrapassado” (MERLEAU-PONTY, 2015, p. 269). Logo, o corpo não se constitui como uma soma de órgãos

sem interior, assim como a alma não é uma subjetividade dada e constante, que torna o homem indivíduo. Essa tradição sugere que existem coisas e objetos separados da consciência, enquanto a experiência do corpo próprio opõe-se a esse movimento reflexivo (MERLEAU-PONTY, 2015).

Portanto, ao abordar sobre a experiência do corpo próprio, o autor faz uma reflexão sobre a percepção do corpo em realidade (MERLEAU-PONTY, 2015). Para ele, perceber é reconhecer a realidade dinâmica e flexível, e, portanto, o corpo se mostra sempre como um esboço do que será. O autor aponta cinco dimensões para o corpo próprio, a saber: *corpo habitual*, *corpo perceptivo*, *corpo falante*, *corpo sexuado* e *corpo do outro* (MERLEAU-PONTY, 2015). Essas dimensões do corpo próprio foram esboçadas principalmente a partir dos escritos merleau-pontyanos nos livros *Fenomenologia da Percepção* (2015) e *A prosa do Mundo* (2002).

*O corpo habitual* consiste na retomada dos vividos que se apresentam sob um fundo, o hábito, que apesar de ser entendido historicamente como uma repetição, não se trata de um fato que “guardamos” na memória, mas algo que nos ocorre sem planejamento ou deliberação, mas que acontece sempre de forma modificada (MERLEAU-PONTY, 2012).

Nessa perspectiva, podemos pensar que a percepção nos ocorre sempre de um ponto de vista que não aparece sozinho, mas carrega consigo um fundo, um horizonte que se organiza espontaneamente como uma história (MERLEAU-PONTY, 2015). Segundo esse filósofo, o hábito se impõe a nós sem que possamos decidir e só o percebemos diante daquilo que nos falta pois, muitas vezes, não os damos conta dessa existência habitual e de seu remanejamento e renovação. Nosso corpo tem seu mundo, ou compreende seu mundo, sem precisar representar-se, sem reduzir-se a uma função objetivante (MERLEAU-PONTY, 2015).

A noção de *corpo perceptivo* surgiu em meio à reflexão sobre a temporalidade, que ocorre como movimento do corpo na atualidade à procura de um passado anônimo, de um não-saber de si. Ao mesmo tempo em que desconhece o que procura, o corpo transcende em direção ao futuro como abertura de possibilidades de vir a ser (MERLEAU-PONTY, 2015).

Assim, as coisas percebidas não são objetos cujas leis de constituição detemos, mas certo estilo de desenvolvimento, um processo de elaboração sempre inacabado (MERLEAU-PONTY, 2015). Perceber, para ele, “é tornar algo presente a si com a ajuda do corpo, tendo a coisa sempre seu lugar em um horizonte de mundo e consistindo a decifração em colocar cada detalhe nos horizontes perceptivos que lhe convenha” (MERLEAU-PONTY, 1990, p. 93). Nessa perspectiva, perceber um objeto é intencioná-lo, torná-lo significativo.

O *corpo falante* se expressa por meio da fala, ‘gesto ambíguo que produz o universal com o singular, e o sentido com nossa vida’, ela extrai de nós, queiramos ou não, significações” (SENA, 2006, p. 79). Aos falarmos, por meio de diferentes sentidos, nos entrelaçamos com o outro de tal maneira que chega em um momento em que a fala não tem mais um criador. O ser humano tem a necessidade de comunicação, por isso põe a fala em movimento para preencher a sua carência do outro, isso porque a relação com o outro abre possibilidade para a compreensão de nós mesmos e implica em uma relação intersubjetiva (MERLEAU-PONTY, 2015).

O *corpo sexuado* não está relacionado à experiência sexual enquanto uso da genitalidade, mas como abertura ao *outro eu mesmo*. É a sexualidade que faz com que um homem tenha uma história, e é por meio dela que ele projeta sua maneira de ser a respeito do mundo, quer dizer, a respeito do tempo, a respeito dos outros homens (MERLEAU-PONTY, 2015).

A referência ao corpo do outro tem a ver com a presença dos outros seres humanos em nossas vidas, e a comunicação que desenvolvemos ocorre no mundo sensível, no qual não há distinção entre nós (MERLEAU-PONTY, 2015). Para esse filósofo, o outro é um ser de generalidade, que aparece como experiência de reversibilidade, ou seja, não se trata de individualidades que se relacionam mutuamente, mas de uma impessoalidade, de um ser anônimo, que se beneficia com a experiência intersubjetiva.

A intersubjetividade, que favorece a utilização do corpo para explorar o mundo, também sinaliza um tipo de generalização entre mim e o mundo em que se instala uma distância insignificante, e propicia a emergência de novos sentidos. Assim, ela dá ao corpo um estatuto não só de experiência original como também originária (CARVALHO et al., 2019).

Essa generalização ocorre como *intercorporeidade*, como uma extensão do *corpo próprio*, que impõe um tipo de resistência e mobiliza a atribuição de novos predicados, que fortalece o poder transformador da relação entre sujeitos, que abre inúmeras possibilidades de participar da construção e reconstrução de identidades (MERLEAU-PONTY, 2015). Essa compreensão do autor pressupõe que “o outro nasce do corpo” por meio de sua dinamicidade e flexibilidade, em que ele se mostra sempre como um esboço do que será.

Essa generalidade do corpo se estabelece por meio da *universalidade do sentir*, propriedade mais fundamental que caracteriza o ambiente ambíguo e anônimo no qual se veicula a impessoalidade, que me permite fazer a experiência de minha conquista do mundo, e “que me torna capaz de reconhecer uma outra e de perceber um outro eu mesmo, bastando que,

no interior de meu mundo, se esboce um gesto semelhante ao meu” (MERLEAU-PONTY, 2002a, p. 170).

A universalidade do sentir mobiliza o corpo para a alteridade, para estabelecer novas identificações, produzir coexistências e generalizações, de modo a promover satisfação, aceitação e vínculos que garantem a abertura a novas e infindáveis transformações que ocorrem como uma experiência de campo fenomenal (MERLEAU-PONTY, 2015).

No campo fenomenal tudo é visto em perfil, pois este constitui a abertura pela qual somos expostos ao mundo de coexistências, ou seja, constitui uma possibilidade de nos tornarmos *um outro eu mesmo* (MERLEAU-PONTY, 2015). Nesta perspectiva, o campo fenomenal constitui o espaço para a experiência de campo transcendental e possibilita o que era imanente e irrefletido vir à luz, o invisível tornar-se visível, como uma operação criadora que permite *o tornar-se, o vir a ser* (MERLEAU-PONTY, 2015).

Em seus estudos sobre a experiência do corpo próprio o filósofo recorreu à noção de corpo como equivalente à linguagem, à possibilidade de acesso ao outro. Em Merleau-Ponty, a corporeidade é pensada principalmente em suas obras tardias, em termos de uma experiência expressiva, assim como ocorre na arte, na literatura, no cinema, entre outras áreas, que inspiraram as obras de Paul Cézane, ao tentar representar o enigma da visibilidade ontológica (MERLEAU-PONTY, 2014).

Em virtude da universalidade do sentir, a experiência de um sujeito pode ser transmitida a outro, que pode continuar transmitindo a tantos outros com os quais se relacionar (MERLEAU-PONTY, 2015). A compreensão desse processo contribuiu para a construção da ontologia da experiência em que o filósofo propôs a substituição da noção de subjetividade transcendental pela de *intersubjetividade*.

A compreensão da noção merleau-pontyana de intersubjetividade tem contribuído para o aprimoramento do agir e do fazer da Enfermagem, na medida em que reflete o desejo dessa categoria profissional de compreender o ser humano como incompletude e inacabamento, que se constrói e reconstrói na relação com o outro (CARVALHO et al., 2019). Para essas autoras, a percepção do homem como um eu posso, como um horizonte de possibilidades que se mostram mediante relações intersubjetivas, faz ver a necessidade da enfermagem, assim como os demais profissionais de saúde, construir estratégias de cuidado pautadas nos contextos e nos vividos de todos os envolvidos.

O reconhecimento da capacidade criadora da relação cuidador-pessoa cuidada e vice-versa tem sido evidenciado em diversos estudos fundamentados na fenomenologia merleau-

pontyana, o que têm mostrado a importância de se valorizar as falas dos sujeitos e o que eles compartilham como corpo próprio quando se pretende construir o cuidado integral e intersubjetivo (CARVALHO et al., 2019; LIRA et al., 2020; CARVALHO, et al., 2020; PEIXOTO et al., 2021).

Diante das reflexões conduzidas por Merleau-Ponty em suas obras, bem como dos inúmeros trabalhos publicados, confirmamos a adequação desse referencial teórico ao nosso estudo, o qual se preocupou em estudar em profundidade a percepção, a refletir sobre as relações existentes entre usuários de um CAPS, o mundo e as coisas, e sobre o modo como essas vivências contribuem para seus processos de reabilitação psicossocial.

Ao retornarmos aos textos oriundos das transcrições das falas dos participantes desse estudo, nos identificamos com aquilo que nos era próprio, com vivências que retomamos independente da nossa vontade, com experiências que nos afetaram não exatamente como descritas por eles, mas porque foram atualizadas no momento das entrevistas, quando questionamos e ouvimos atentamente as respostas verbais e não verbais, quando estávamos diante das transcrições, e porque continuarão mobilizando sentimentos e reflexões sempre que um outro tiver acesso ao texto produzido. Isso ocorre porque “o porvir ainda não é, o passado não é mais, e o presente, rigorosamente, é apenas um limite, de forma que o tempo desmorona” (MERLEAU-PONTY, 2015, p. 552).

Assim, a experiência do corpo próprio tornou-se possível para pesquisadoras e participantes desse estudo. Por meio da intersubjetividade, da linguagem, “tanto mais evidente, quanto mais nos entregamos a ela, tanto menos equívoca quanto menos pensamos nela, rebelde a toda posse direta” (MERLEAU-PONTY, 2002, p.162).

Assim, esse estudo originário da nossa experiência como enfermeiras e docentes na área de saúde mental, desvela a tentativa de viver, experimentar, e deixar-nos descentrar pelo outro, com aquilo que não era transparente, o que se mostrava como figura sob um fundo, mediante a intersubjetividade produzida pelo relacionamento interpessoal que desenvolvemos com os participantes.

Nesse sentido, a fala dos participantes foram compreendidas não como código do pensamento, mas como intersubjetividade, como a experiência que ocorre com o toque, a exemplo de quando a mão direita toca a mão esquerda, e não sabemos quem está tocando ou sendo tocado (MERLEAU-PONTY, 2015). Muitas vezes, durante o diálogo com os participantes, nos entrelaçamos tanto que chegamos a não saber mais qual era a nossa fala e qual era a do outro. Esse entrelaçamento se deu como reversibilidade, e ocorreu porquê “eu e o

outro somos como dois círculos quase concêntricos, e que se distinguem apenas por uma leve e misteriosa diferença” (MERLEAU-PONTY, 2015, p. 23).

Em termos merleau-pontyanos, essa experiência ocorreu como *intercorporeidade*, impacto do mundo, do homem e das coisas sobre nós, que produziram significações, diferenciações (MERLEAU-PONTY, 2002). Para o autor, esse movimento se mostra sempre por meio da intersubjetividade, da conversa, quando as respostas, questionamentos, reflexões produzem entrelaçamento, e ocorre uma invasão de um ao outro, processo que ocorre sempre como inacabamento.

A intercorporeidade entrelaçou as dimensões sensível e reflexiva dos envolvidos no estudo, em um movimento frequente de flexibilidade (CARVALHO et al., 2020). Esse movimento de flexibilidade equivale à experiência de tornar-se outro mediante a intersubjetividade, a partir do entrelaçamento que ocorreu entre nós e os participantes desse estudo por meio da fala, já que “quando escuto, cabe dizer não que tenho a percepção dos sons auditivos articulados, mas que o discurso se fala dentro de mim; ele me interpela e eu ressoo, ele me envolve e me habita, a tal ponto que não sei mais o que é meu, o que é dele” (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 41).

Essas reflexões mostram que durante o desenvolvimento da pesquisa não estávamos investigando um objeto, estávamos produzindo um saber fundamentado no vivido, no relacionamento interpessoal terapêutico com pessoas com sofrimento mental, que têm famílias e que também são usuários de um CAPS. Entrelaçadas aos participantes da pesquisa, fomos percebendo infinitas figuras que foram saltando do fundo existencial, por meio da intersubjetividade, do fluir da sensibilidade, vários invisíveis foram se tornando visíveis, de modo que confirmamos a noção merleau-pontyana de que as essências às quais chegamos foram a incompletude, o inacabamento e as ambiguidades que nos instigaram a continuar desejosas de aprofundar os vínculos e a relação com esses e tantos outros *eu mesmo* que nos despertarem a possibilidade de produção de cuidado.

#### 4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DA PESQUISA

O enigma consiste em meu corpo ser ao mesmo tempo vidente e visível. Ele olha todas as coisas, pode também se olhar, e reconhecer no que vê então o “outro lado” de seu poder vidente. Ele se vê vidente, ele se toca tocante, é visível e sensível para si mesmo (MERLEAU-PONTY, 2015, p.17).

A presente pesquisa tem como objeto de estudo a percepção de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre a experiência de Sistematização da Assistência de Enfermagem, fundamentada no relacionamento interpessoal terapêutico e na intersubjetividade. Optamos por fundamentá-la no referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty, que se debruçou em construir uma fenomenologia voltada à percepção humana.

A fenomenologia afirma que não há como separar os sujeitos do mundo percebido, pois existe uma relação viva daquele que percebe com o mundo, já que ambos se apresentam a cada momento como uma recriação ou reconstituição (MERLEAU-PONTY, 2015). Nessa perspectiva, Merleau-Ponty entende que perceber não é somente receber passivamente as “representações” dadas de fora e interpretá-las. É um contato direto com o mundo, envolvimento com as coisas que estão a nossa volta. “O mundo fenomenológico não é o ser puro, mas o sentido que transparece no encontro de experiências eu-outro-mundo” (MERLEAU-PONTY, 2015, p.50). Para o autor, a consciência jamais é plena, mas está sempre “por fazer, ou seja, por se realizar na existência” (MERLEAU-PONTY, 2015, p.341).

A fenomenologia vem trazer uma nova concepção em relação à construção do conhecimento, afirmando que este ocorre na intersubjetividade, ou seja, ele não tem um lócus definido, acontece por meio das interações estabelecidas a partir de vivências, da forma como os fenômenos se mostram. Trata-se, portanto, de retornar ao mundo vivido, ou seja, ao mundo dos sentimentos, aquém do mundo objetivo (MERLEAU-PONTY, 2015).

Desse modo, o presente estudo foi construindo na perspectiva da intersubjetividade merleau-pontyana, pois a partir da relação com os participantes podemos reconhecer um sentimento que também é nosso, pois de acordo com Merleau-Ponty, em algum momento em nosso corpo aquilo que se chama corpo próprio se encarna no corpo do outro, se entrelaça com ele, e, nesse sentido, as vivências são sempre universais, são um corpo de generalidade (SENA, 2006; MERLEAU-PONTY, 2015).

Portanto, trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter interventivo, sustentada na fenomenologia do filósofo Maurice Merleau-Ponty como referencial teórico-filosófico para compreensão e descrição do estudo. A etapa interventiva constituiu na construção de uma SAE

com usuários do CAPS, fundamentada na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (PEPLAU, 1993), e na intersubjetividade merleau-pontyana. Também nos pautamos na perspectiva de Clínica Ampliada e reabilitação psicossocial para pensar as etapas da SAE.

#### 4.1 LOCAL E CONTEXTO DA PESQUISA

Após delinear o objeto de estudo da tese optamos por realizar a pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial do tipo II, no município de Jequié, Bahia, em virtude da aproximação prévia das pesquisadoras tanto com os usuários do serviço quanto com a enfermeira e demais membros da equipe, o que facilitou a inserção no campo.

Jequié é um município brasileiro do Estado da Bahia, localizado a 365 km de Salvador, na região sudoeste, na zona limítrofe entre a caatinga e a zona da mata. A população da cidade, de acordo com o último censo demográfico, realizado em 2010, corresponde a 151.885 pessoas e a densidade demográfica de 47,07 hab. km<sup>2</sup>. Ficou estimado que em 2018 a população seria de 155.800 habitantes. Com uma área de 3.035,42 km<sup>2</sup>, é um dos municípios mais populosos da Bahia, segundo dados do último censo demográfico (IBGE, 2010).

No que refere aos serviços de saúde, o município conta com uma rede de serviços públicos composta por um hospital regional, referência para aproximadamente 30 municípios e 48 Unidades Básicas de Saúde (PREFEITURA DE JEQUIÉ, 2018). Jequié ainda não possui uma Rede de Atenção Psicossocial implantada, no entanto, apresenta os seguintes serviços: CAPS II, CAPS AD, Anexo Psiquiátrico ao Hospital Geral, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Saúde com atendimento psiquiátrico, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Comunidade Terapêutica e Pronto Socorro (PS).

O CAPS II é o serviço especializado para o tratamento de pessoas com sofrimento mental severo e persistentes da cidade. Na época em que o estudo foi desenvolvido, o serviço funcionava de segunda à sexta-feira, das 7 às 17h, atendia cerca de 50 usuários que frequentavam o serviço ao menos 2 vezes por semana e 1400 que só iam para o atendimento médico, psicológico e/ou de enfermagem. A equipe multiprofissional era composta por: um psiquiatra, uma terapeuta ocupacional, duas psicólogas, uma enfermeira e duas técnicas de enfermagem, uma farmacêutica e uma auxiliar de farmácia, uma assistente social, uma técnica administrativa, um oficinheiro, uma pessoa que realizava serviços gerais e uma coordenadora do serviço, graduada em enfermagem.

À época do estudo, a enfermeira do serviço realizava as seguintes atividades: acolhimento, consultas de enfermagem; encaminhamento dos usuários para consultas em outras unidades da rede de saúde e para marcação de exames; administração de medicamentos; atividades de educação em saúde; atividades de grupos; sala de espera; participação em reuniões com a equipe e usuários; visitas domiciliares e acompanhamento dos usuários nas caminhadas ou passeios no território. No entanto, ainda não havia uma SAE implantada no serviço.

A enfermeira também participava de reuniões do Grupo de Ajuda Mútua e Intersubjetividade do cuidado para pessoas com sofrimento mental e seus familiares, que constitui um projeto de extensão da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, coordenado por duas docentes do Curso de Graduação em Enfermagem e da qual a pesquisadora também faz parte. Esse grupo realizava reuniões às sextas-feiras com os usuários do serviço e seus familiares e eram abordadas temáticas como autonomia e empoderamento, também realizávamos passeios e outras atividades no território.

Durante a realização do estudo, a coordenadora do serviço juntamente com a coordenadora de Saúde Mental, haviam iniciado a proposta de construção e implementação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de alguns usuários e a enfermeira e os demais membros da equipe estavam envolvidos nesse processo.

#### 4.2 ENCONTRO COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA: ETAPA DE AMBIENTAÇÃO

O contato com os participantes da pesquisa teve início antes mesmo de iniciarmos esse estudo, pois já acompanhávamos estudantes do curso de graduação em enfermagem no CAPS durante práticas da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental, bem como no período do mestrado na UESB e na disciplina Estágio de Docência, do curso de doutorado, ambos na mesma instituição.

Com o desejo de aprofundar o conhecimento sobre o ser-enfermeiro daquele serviço, decidimos realizar um estágio voluntário no CAPS, no período de março de 2018 a março de 2019, para vivenciar a prática do trabalho da enfermagem, seus desafios e dificuldades para na intersubjetividade propor a inclusão da SAE como estratégia de cuidado de enfermagem nesse serviço.

Durante esse período de ambientação realizamos diversas atividades com a enfermeira do serviço, tais como: acolhimento consultas de enfermagem; encaminhamento dos usuários

para consultas em outros dispositivos da rede; atividades de educação em saúde; atividades de grupos; sala de espera; participação em reuniões com a equipe; visitas domiciliares e acompanhamento dos usuários nas caminhadas ou passeios no território.

Esse processo de ambientação nos aproximou dos usuários e nos permitiu conhecer algumas de suas histórias. Com essa compreensão, conseguimos estabelecer com eles uma relação de proximidade, porque, de acordo com o filósofo Merleau-Ponty, observando o movimento de alguém, não o vejo como um movimento mecânico, mas como um gesto expressivo que nunca é apenas corporal. O gesto fala algo e remete-nos imediatamente à interioridade do sujeito (MERLEAU-PONTY, 2015).

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram 12 usuários que vivenciam o sofrimento mental. O processo de seleção dos participantes considerou diálogos, aproximações e intersubjetividade, e envolveu os seguintes critérios: identificação de pessoas com sofrimento mental em situação de maior vulnerabilidade e necessidade de cuidado; expressão de desejo dos participantes em serem cuidados, identificados na medida em que foram contando suas histórias; ser maior de dezoito anos; estar frequentando assiduamente as atividades desenvolvidas no serviço, considerando que a proposta foi construir a SAE, havia a necessidade da presença constante deles para estabelecermos o relacionamento terapêutico, as intervenções e avaliações. Não foram incluídos na pesquisa os usuários que estavam vivenciando situação de crise naquele momento.

Para resguardar o anonimato dos participantes, os identificamos com codinomes de pessoas e no intuito de melhor visualizarmos as suas características, elaboramos um quadro com as descrições do perfil deles:

QUADRO 1: Caracterização dos participantes do estudo. Jequié-BA, Brasil, novembro/2021.

Codino me	Sexo	Idade	Cor	Religião	Estado civil	Escolari- dade	Recebe benefício	Situação da moradia	Tempo de tratamento no serviço
Eduardo	Mascu- lino	42 anos	Parda	Evangé- lico	Solteiro	Ensino Fundamental incompleto	Sim	Própria	7 anos
Emerson	Mascu- lino	48 anos	Branc a	Católico	Solteiro	Médio completo	Não	Própria	4 anos
Fábio	Mascu- lino	46 anos	Parda	Evangé- lico	Casado	Superior completo	Não	Própria	2 anos

Gilson	Masculino	41 anos	Amar- rela	Não	Solteiro	Ensino médio incompleto	Sim	Própria	8 anos
Jhonatan	Masculino	64 anos	Bran- ca	Evangé- lico	Divor- ciado	Ensino Fundamental incompleto	Não	Alugada	3 anos
Lucas	Masculino	61 anos	Parda	Católico	Solteiro	Médio completo	Não	Própria	10 anos
Marcos	Masculino	23 anos	Parda	Evangé- lico	Solteiro	Fundamental incompleto	Não	Própria	3 anos
Mario	Masculino	37 anos	Parda	Evangé- lico	Solteiro	Médio completo	Sim	Própria	1 ano
Mateus	Masculino	43 anos	Amar- ela	Evangé- lico	Solteiro	Ensino Fundamental incompleto	Sim	Própria	17 anos
Noélia	Femi- nino	41 anos	Parda	Evangé- lica	Solteira	Ensino Fundamental incompleto	Sim	Própria	16 anos
Sônia	Femi- nino	57 anos	Amar- ela	Evangé- lica	Solteira	Ensino Fundamental incompleto	Sim	Própria	17 anos
Valquiria	Femi- nino	44 anos	Parda	Católica	Solteira	Ensino Fundamental	Sim	Própria	14 anos

FONTE: Dados coletados no estudo pela autora principal

#### 4.4 FASE INTERVENTIVA DA PESQUISA

A etapa interventiva da pesquisa consistiu em desenvolver a SAE fundamentada na Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem de Hildegard Peplau e na noção de intersubjetividade de Merleau-Ponty.

Para Peplau, a enfermagem é considerada um processo terapêutico e interpessoal, consistindo em ações que exigem a participação entre duas ou mais pessoas que se beneficiam dessa interação (PEPLAU, 1993). De acordo com a autora, durante a relação interpessoal duas pessoas passam a se conhecer suficientemente bem e a enfrentar os problemas a partir da ajuda mútua entre ambas.

A teoria de Peplau aborda duas condições de interação que são essenciais à saúde: demandas fisiológicas, que estão relacionadas à manipulação das condições materiais em benefício do bem-estar de um organismo ou grupo e as condições interpessoais, que são individuais e sociais, satisfazem as necessidades de personalidade e permitem a expressão e uso das capacidades das pessoas de forma produtiva (PEPLAU, 1993).

De acordo com Peplau, a relação interpessoal enfermeiro-usuário envolve quatro fases sequenciais, sobrepostas ou inter-relacionadas, a saber: (a) orientação, que é o momento em que enfermeira e usuário têm o primeiro contato e ambos identificam e compreendem as necessidades dele; (b) identificação, fase em que o indivíduo começa a experimentar a sensação

de ser capaz de lidar com os seus problemas; (c) exploração, em que o usuário começa a perceber as vantagens do encontro terapêutico, a resolver os seus problemas e receber ajuda; e (d) resolução, que é o momento em que as necessidades dos usuários já foram supridas pelos esforços conjuntos e assim termina a relação terapêutica (PEPLAU, 1993; GEORGE, 1993). Estas fases distintas podem ser correlacionadas às do processo de enfermagem, ou seja: investigação e diagnósticos de enfermagem (fase de orientação), planejamento (identificação), implementação de intervenções (exploração) e avaliação (resolução) (GEORGE, 2000; PEPLAU, 1993).

Todo o processo de desenvolvimento da SAE e do relacionamento interpessoal fundamentou-se na comunicação enfermeiro-usuário e para isso foi necessário utilizar algumas habilidades como: escuta, dar abertura para realização de perguntas, mostrar respeito, ser honesta, e mostrar interesse durante o diálogo (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

Durante o relacionamento enfermeiro-usuário ocorre a comunicação terapêutica, que tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde dele e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nele sentimentos de confiança, permitindo que se sinta satisfeito e seguro (STEFANELLI, 1993; ATKINSON & MURRAY, 1989).

A comunicação terapêutica constituiu um intercâmbio recíproco de ideias, crenças, sentimentos e atitudes entre as pesquisadoras e os participantes, exigindo adaptações contínuas dos envolvidos no processo. O diálogo construído durante o processo de desenvolvimento da SAE permitiu a interação mediante o envio e recebimento de uma diversidade de mensagens, pelos canais verbais ou não verbais, de modo que os envolvidos no relacionamento se modificavam mutuamente, assim reforçam e estimulavam o que está sendo dito ou feito, de tal forma que o padrão de comunicação entre eles definiam a coparticipação no cuidado.

Esse modelo comunicacional está de acordo com a Teoria da Pragmática da Comunicação Humana, já que "atividade ou inatividade, palavras ou silêncio, tudo possui valor de mensagem, influencia os outros, e estes outros que, por sua vez, não podem não responder a essas comunicações, estão, portanto, comunicando também" (WATZLAWICK; BEAVIN; JACKSON, 1973, p.45).

Desse modo, o relacionamento interpessoal e a comunicação coadunam com os pensamentos da fenomenologia merleau-pontyana da linguagem como continuidade intrínseca com a atividade perceptiva do corpo, que é visto como objeto sensível a todos os outros, que

ressoa todos os sons e que fornece às palavras a sua significação primordial por meio da forma como as acolhe (MERLEAU-PONTY, 2015).

Por meio da fala podemos retomar os pensamentos de outros, de modo que as suas reflexões enriquecem as nossas, nós nos comunicamos assumindo as palavras do outro, fazendo-as em nosso corpo (MERLEAU-PONTY, 2002), o que constitui o processo intersubjetivo.

O cuidado de enfermagem na perspectiva da fenomenologia merleau-pontyana deve pautar-se na intersubjetividade estabelecida entre enfermeiro-usuário que permite a experiência do “eu posso”, no movimento do corpo do deixar-se fazer e refazer (MERLEAU-PONTY, 2015). Desse modo, o processo de construção da SAE fundamentou-se no acolhimento com destaque para o poder terapêutico, na escuta ampliada ao sujeito; no trabalho interdisciplinar em saúde, na integralidade, na participação e autonomia do usuário na definição do projeto terapêutico. Esses aspectos também dialogam com a noção de clínica ampliada, que vem sendo construída no espaço dos serviços públicos, em que a saúde está relacionada com sua produção social e histórica (CAMPOS; DOMITTI, 2007; TAVARES; MESQUITA, 2020).

Nos propomos então a fazer uma clínica não somente focada na doença e procedimentos, mas nas singularidades dos sujeitos, pautada na escuta e reconhecimento do saber e do desejo dos participantes, levando em consideração a sua situação de vida e o seu poder contratual. Nesse sentido, a fase interventiva do estudo fundamentou-se em estratégias de reabilitação psicossocial, com vistas à ampliação da autonomia dos participantes.

No intuito de realizarmos a SAE, propriamente dita, desenvolvemos as etapas referentes ao PE, a saber: coleta de dados de enfermagem (ou Histórico de Enfermagem); construção dos diagnósticos de Enfermagem; planejamento; implementação; e, avaliação das ações de Enfermagem.

#### **4.4.1 Desenvolvimento do histórico de Enfermagem**

Antes de iniciarmos o desenvolvimento do Histórico de Enfermagem, no dia 27 de abril de 2019, realizamos uma reunião com a coordenadora, a enfermeira e as duas técnicas de enfermagem do CAPS para apresentação do projeto de tese e para pedirmos permissão para iniciarmos a pesquisa. Após a confirmação do interesse delas em participar do estudo, apresentamos à enfermeira os instrumentos para construção dos históricos de enfermagem e o roteiro para visita domiciliar para fazermos as adequações que ela considerasse necessárias. No

entanto, como a proposta era que o histórico de enfermagem e a visita domiciliar ocorresse em uma perspectiva mais fenomenológica, não nos limitamos somente às questões do roteiro, mas deixamos que os fenômenos se desvelassem à medida que fossemos realizando as perguntas.

No período de maio a julho de 2019, construímos os históricos de enfermagem mediante a utilização do roteiro que criamos, contendo informações referentes ao perfil sociodemográfico, condições de moradia, informações sobre o itinerário terapêutico entre outras questões (APÊNDICE A). Também realizamos visitas domiciliares em que utilizamos um roteiro (APÊNDICE B), com perguntas referentes à vida dos participantes e à relação familiar. Durante as visitas domiciliares anotávamos as informações, que nos ajudaram na elaboração dos diagnósticos de enfermagem, principalmente daqueles referentes à família. Essa etapa não foi gravada e as visitas eram realizadas sempre com a presença dos participantes e agendadas previamente com eles e suas famílias.

Os históricos foram realizados na sala da enfermeira com a participação dela e em alguns momentos das técnicas de enfermagem. Além disso, durante as visitas domiciliares, contamos com a presença da enfermeira e outros membros da equipe, a exemplo da assistente social e da psicóloga.

Essa etapa foi marcada pelo conhecimento mútuo entre enfermeira-usuário-familiares em que eles trabalharam juntos para reconhecer, esclarecer e definir as necessidades, também começou a se formar um vínculo maior entre eles, necessário para o desenvolvimento do relacionamento e da comunicação terapêutica, que se mostraram fundamentais nesse processo.

#### **4.4.2 Diagnósticos de Enfermagem**

Os diagnósticos de enfermagem foram formulados a partir das leituras dos históricos e das impressões que anotávamos durante as visitas domiciliares. Fizemos as transcrições dos históricos e, após realizamos a leitura e fomos levantando alguns diagnósticos, depois lemos com a enfermeira e em alguns momentos houve a participação das técnicas de enfermagem.

As pesquisadoras utilizaram a técnica *Análítica da Ambiguidade* como estratégia de compreensão dos históricos transcritos. De acordo com a *Análítica* enquanto estamos lendo as descrições vivenciais “sentimos algo que é próprio em nosso corpo, nos deparamos com um olhar que interrompe a trajetória perceptiva e somos capturados por uma experiência inédita que nos faz trazer para o presente um mundo que nos é estranho, mas que, ao mesmo tempo, parece-nos familiar” (MERLEAU-PONTY, 2015, p. 774); SENA et al., 2006). Nesse momento, o que era irrefletido torna-se refletido e articula-se um pensamento.

Desse modo, para realizar a Analítica seguimos as seguintes etapas: transcrição das entrevistas gravadas; organização das entrevistas em formas de textos; e realização de diversas leituras (SENA, 2011). Partimos da compreensão de que a percepção constitui uma experiência ambígua e envolver duas dimensões: o ser bruto um não saber de si ou consciência pré-reflexiva, e o espírito selvagem, consciência reflexiva, domínio da linguagem (SENA et al., 2006).

Em alguns momentos, discutimos os casos com a equipe, pois o PTS começou a ser implementado na unidade e aproveitávamos as reuniões para discutirmos alguns casos do nosso estudo, o que contribuiu para o surgimento de novos olhares e diagnósticos. Após elencarmos os diagnósticos, retornamos aos domicílios para apresentá-los aos usuários e familiares, com vistas a verificarmos o nível de concordância em relação aos mesmos.

Anotamos os diagnósticos que encontramos e, no intuito de respaldar o processo de enfermagem e padronizar a linguagem diagnóstica, utilizamos a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2017 (GARCIA, 2017).

A CIPE® foi constituída por sete eixos, conforme orientado pelo referido autor, a saber: 1) foco – área de atenção relevante para a Enfermagem; 2) julgamento – opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem; 3) meios – maneira ou método de executar uma intervenção; 4) ação – processo intencional aplicado, ou desempenhado por um usuário; 5) tempo – o ponto, período, momento, intervalo ou duração de uma ocorrência; 6) localização – orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção; e 7) cliente – sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem (GARCIA, 2017).

Os diagnósticos identificados nesse estudo foram direcionados aos participantes, família e comunidade e utilizamos obrigatoriamente um termo do eixo foco e um do eixo julgamento. Durante o momento de identificação dos diagnósticos o usuário esclareceu ao enfermeiro as necessidades sentidas e já foram realizadas, ao mesmo tempo, algumas intervenções.

#### **4.4.3 Planejamento e implementação de intervenções**

O planejamento das ações de enfermagem ocorreu a partir da análise dos diagnósticos e foram construídos pelas pesquisadoras, enfermeira, participantes, familiares, e em alguns momentos houve a participação de outros profissionais da equipe. Nos propomos a planejar e implementar as ações de cuidado em uma perspectiva de clínica ampliada.

A partir dos diagnósticos identificados partimos para o planejamento e implementação das ações, por isso optamos por descrever essas etapas em uma mesma subcategoria, já que em muitos momentos ocorreram de forma concomitante.

As seguintes intervenções foram planejadas e realizadas no que refere à saúde dos participantes: encaminhamento para a Unidade de Saúde da Família (USF) para consulta com o clínico, solicitação dos seguintes exames: ultrassom, PSA Total, sumário de urina, hemograma completo, glicemia, colesterol total e frações, triglicerídeo, TGO, TGP, ureia, creatinina, parasitológico de fezes, ultrassonografia do abdome total, exame de escarro, encaminhamento para consulta com oftalmológica, neurologista e ginecologista. Essas intervenções foram iniciadas no mês de julho e terminaram em dezembro de 2019.

No planejamento das ações havíamos pensado em trazer um profissional do Centro de Referência Saúde Sexual (CAT) para falar sobre saúde sexual e realizar testes rápidos para identificar infecções sexualmente transmissíveis, no entanto, apesar de contactamos com o serviço não conseguimos realizar essa ação. Os participantes também foram encaminhados para uma avaliação no Centro de Referência em Saúde Sexual (CAT) e, as do sexo feminino, realizaram o exame preventivo, nos meses de julho e agosto de 2019.

Com relação as atividades de educação em saúde, desenvolvemos temas relacionados ao controle da glicemia, sexualidade, obesidade, adesão ao regime medicamentoso, sofrimento mental e seus sintomas e infecções sexualmente transmissíveis. Essas temáticas foram abordadas tanto no consultório de enfermagem, nos momentos das consultas, como também em salas de espera e atividades em grupos. Os participantes apresentaram muitas dúvidas em relação ao regime medicamentoso e à doença, de modo que acrescentamos rodas de conversas para mediar os diálogos sobre a questão, com a inclusão do tema gestão autônoma da medicação, e emponderá-los para consultas com o psiquiatra. As atividades ocorreram no período de julho de 2019 a dezembro de 2019.

Percebemos que dentre as demandas de saúde às relacionadas à saúde bucal dos usuários foram as que mais se destacaram e existia dificuldades em relação ao acesso ao dentista. Foi então que entramos em contato com um odontólogo, também docente do PPGES, que realizou atividades de educação em saúde no CAPS. Foram realizadas duas atividades nos meses de agosto e setembro de 2019, com os temas: a importância da escovação e da utilização do fio dental; e, as cáries e os desgastes dos dentes.

Contamos também com a parceria de outros docentes do curso de odontologia da UESB, que juntamente com discentes construíram o projeto de extensão “Centro Odontológico para

pacientes psiquiátricos: Atenção multiprofissional psicossocial”, cujo objetivo consistiu em oferecer serviço odontológico de qualidade com profissionais de diversas especialidades, capacitados para oferecer um tratamento mais humano e digno para pessoas em sofrimento mental e dependentes químicos dos Centros de Atenção Psicossocial no município de Jequié.

O projeto foi aprovado pela UESB, e os atendimentos no Módulo de Odontologia do campus universitário foram iniciados no mês de agosto de 2019. A apresentação do projeto aos usuários e o convite à participação foram realizados rapidamente, de modo a agilizar os atendimentos. Inicialmente, fizemos uma lista com o nome daqueles que gostariam de fazer o tratamento, por ordem de prioridade, a saber: casos de extração dentária, dor de dente, infecção e/ou abscesso.

Em virtude da negativa do setor de transporte da Secretaria Municipal de Saúde, buscamos parceria com a universidade afim de garantir a locomoção dos participantes até o módulo de Odontologia. Assim, nos meses de agosto a novembro de 2019, no turno matutino das terças-feiras, 03 usuários saíam do CAPS acompanhados de uma pesquisadora, conforme solicitado pela equipe, tendo em vista que se declaravam inexperientes e temerosos para lidar com esse público.

O diagnóstico relacionado ao tabagismo conduziu-nos à busca de parceria com o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD) na intenção de formarmos um Grupo de Tabagismo com os usuários do CAPS II, o que foi realizado pela enfermeira do CAPS AD, as pesquisadoras e a enfermeira do serviço. Para tanto, fizemos uma lista com o nome dos usuários que tinham o desejo de participar do grupo, independentemente de ser ou não participante do estudo. Dos 12 usuários que participaram dessa pesquisa, 06 manifestaram o desejo de participar do grupo.

O grupo foi formado por 20 usuários e teve início no dia 6 de agosto de 2019. A primeira atividade que realizamos foi o teste de Fagerstrom (ANEXO A), que mede o grau de dependência à nicotina. Esse teste é composto por 06 perguntas, havendo uma pontuação para cada resposta. Ao final do teste, soma-se a pontuação e se avalia o grau de dependência química do indivíduo, que vai de zero (muito baixo) até dez (muito elevado) (STEFANI, 2008). Desse modo, descobrimos que a maioria deles apresentavam alto grau de dependência ao tabaco, o que sinalizou a necessidade de uma atenção maior por parte da equipe coordenadora do grupo.

Os encontros foram realizados em quatro segundas-feiras do mês de agosto. No primeiro dia, disparamos reflexões sobre o porquê eles fumam e como o uso do cigarro afeta a saúde. Além disso, abordamos sobre o conceito de droga e sua classificação, os efeitos agudos e

crônicos do tabaco, as características da dependência, as estatísticas relacionadas ao consumo do tabaco, tabagismo passivo, alguns métodos para parar de fumar (parada abrupta e parada gradual) e propomos como atividade que escolhessem uma data para parar de fumar.

No segundo encontro, perguntamos se eles escolheram a data e a forma de parar de fumar, dialogamos sobre os sintomas da abstinência e a importância de durante o processo de parar de fumar beber muita água, carregar sempre que possível alimentos de baixa caloria, barras de cereais, balas ou chicletes dietéticos, fazer exercícios físicos e respirar profundamente. Fizemos uma demonstração de como respirar e ensinamos alguns exercícios de relaxamento.

No terceiro encontro, falamos sobre como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar, ressaltamos a importância de termos pensamentos construtivos e focarmos nos ganhos trazidos por deixar de fumar, tanto os benefícios físicos como também os financeiros. Como exercício pedimos que fizessem exercícios de relaxamento, conforme orientamos.

No quarto encontro, focamos nos benefícios indiretos de parar de fumar, na prevenção de recaídas e nos ganhos a longo prazo. Ressaltamos que, se necessário, poderiam entrar em contato com o CAPS AD para continuidade do tratamento. Após esse encontro, agendamos avaliação com o psiquiatra para que, se necessário, fosse prescrito medicação para ajuda-los a parar de fumar.

A inserção de uma usuária em uma academia de *crossfit*, em setembro de 2019, foi outra intervenção que realizamos, pois ela estava apresentando sobrepeso e aumento da glicemia. Ela demonstrou grande interesse por realizar atividade física, de modo que entramos em contato com algumas academias da cidade no intuito de conseguir uma parceria para inseri-la e através de uma doutoranda, cujo marido é proprietário de uma academia, conseguimos uma bolsa.

As aulas eram realizadas pela manhã, no horário das 7h. No primeiro dia, marcamos um encontro com a participante no ponto de ônibus próximo a academia, considerando a importância de acompanhá-la durante o momento de ambientação. Fomos caminhando e conversando até o local. Chegando lá, fomos muito bem acolhidas pelo *coach* e as outras pessoas que estavam fazendo exercícios e a usuária realizou uma caminhada fora da academia e alguns exercícios instruídos pelo educador físico.

Após 08 aulas, percebemos que os benefícios da atividade extrapolaram as contribuições para saúde física, já que ela demonstrava maior interação social. Entretanto, ela não continuou frequentando a academia e justificou a desistência da atividade, em virtude da dificuldade para acordar cedo devido aos efeitos colaterais das medicações.

A falta do apoio e cuidado da família foram desvelados por alguns participantes, e um caso, em especial, nos mobilizou a realizar uma reunião de família no serviço, em setembro de 2019, com a participação de uma tia, da coordenadora, da enfermeira e da psicóloga. O objetivo desse momento foi conversar sobre a importância da coparticipação da família no cuidado e sobre conflitos relacionados à curatela. Como a situação não foi resolvida, o participante contratou um advogado para tentar resolver a sua situação, e em alguns momentos, tivemos que realizar outras reuniões com a família na presença do advogado.

O desejo de um participante de morar sozinho e o medo da família de que isso acontecesse, em virtude das crises convulsivas constantes e do alcoolismo, nos aproximou dos familiares no sentido de tentar mediar o conflito. Como ele passou a morar sozinho, decidimos intensificar o acompanhamento dessa família para oferecer um suporte maior nesse processo.

Uma família em especial se encontrava em uma situação financeira bem difícil, então nos mobilizamos a ajuda-los a vender uma rifa (sorteio) no CAPS e em espaços da UESB, além de orienta-los quanto a possibilidade de inserção da esposa no mercado de trabalho, ajudando inclusive a fazer o cadastro no Serviço Municipal de Intermediação de Mão de Obra (SIM) de Jequié, vinculado ao Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI).

Do mesmo modo, intensificamos o acompanhamento de outro usuário que morava sozinho e se encontrava em situação de vulnerabilidade social. Entramos em contato com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) para que fornecesse cesta básica para ele e aproveitamos a oportunidade para dialogarmos com a assistente social desse serviço sobre a necessidade de oferecerem um suporte aos usuários do CAPS, sobretudo informando sobre os benefícios sociais aos quais eles têm direito.

As visitas domiciliares, que ocorreram dos meses de julho a dezembro de 2019, foram realizadas tanto para a construção do histórico familiar como também para a fase de intervenção do estudo pois ao realizarmos à primeira visita ao domicílio, percebíamos a necessidade de retornarmos para trabalhar algumas questões identificadas nos diagnósticos e planejar juntamente com a família e os usuários algumas intervenções. Nessa atividade, contamos com a contribuição da enfermeira, da assistente social e da psicóloga do serviço.

Em média, realizamos 02 a 03 visitas domiciliares por participante. Durante as visitas, desenvolvemos algumas, tais ações como: diálogo com a família sobre inserção dos participantes no ambiente escolar; orientações referentes ao benefício social dos participantes, vez que, a maioria deles eram curatelados e vivenciavam situações em que era necessário

trabalhar com a família a autonomia do participante de administra-lo, a interação com a assistente social foi muito importante nesses momentos.

Por meio dos diálogos nos domicílios, orientamos os familiares dos participantes sobre a importância de ajudá-los a marcar exames nas unidades de saúde, já que, em alguns casos, tivemos que chama-los no serviço para conversar sobre a situação de saúde dos participantes e sobre a necessidade de acompanhá-los no tratamento; naquelas situações em que não conseguimos esse apoio da família e o participante não conseguia ir sozinho, a pesquisadora os acompanhava até a Unidade de Saúde para marcação de exames ou consulta.

Nas visitas domiciliares foram realizadas atividades de educação em saúde direcionadas à: direitos dos usuários, gestão e utilização das medicações, sofrimento mental e seus sintomas, importância da limpeza do ambiente domiciliar e da inserção em espaços sociais, além de discutirmos sobre o papel do CAPS na vida dos usuários e familiares.

Ao começarmos a ouvir as famílias percebemos a necessidade de suporte que elas tinham, por vivenciarem situações com as quais não sabiam lidar, então, incentivamos a participação em rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) que acontecia no CAPS, semanalmente. As rodas eram oferecidas por terapeutas vinculadas a UESB e serviam de espaço para compartilhamento de dúvidas, medos, anseios e das histórias de superação.

O processo de acompanhamento das famílias foi contínuo durante o desenvolvimento dessa pesquisa, ocorrendo até mesmo quando já havíamos encerrado a fase interventiva. Mesmo durante a pandemia de COVID 19, que ocorreu em 2020, continuamos entrando em contato e oferecendo suporte às famílias.

Dentre os diagnósticos levantados, um dos que mais se destacavam estava relacionado à falta de perspectiva de futuro dos participantes. A maioria deles havia abandonado sonhos, projetos de vida e felicidade, principalmente relacionados aos estudos e trabalho. Fizemos então uma roda de conversa com os usuários em que fizemos inicialmente o seguinte questionamento: qual é o seu maior sonho? Surgiram várias respostas, como: ser policial, ser médico, ser segurança, ser cozinheiro, casar-se e voltar a estudar. Assim, refletimos sobre estratégias que poderiam utilizar para conquistar os sonhos e a maioria chegou à conclusão de que voltar a estudar seria um caminho. Esse momento permitiu que se tornasse visível projetos de vida que estavam adormecidos.

O processo dialógico durante a reunião sobre sonhos fez surgir novas possibilidades para que os usuários realizem os mesmos. Por outro lado, nós enquanto pesquisadoras também

nos sentimos mobilizadas a pensar em possibilidades para ajuda-los na conquista dos seus sonhos.

Após essa reunião, buscamos na cidade espaços de inserção dos participantes, como escolas, cursos e locais de lazer. Foi então quando descobrimos que havia na cidade a casa da cultura, serviço municipal, que oferece diversos cursos gratuitos. Em parceria com o GAM, conseguimos um transporte e levamos os usuários que quiseram conhecer o local.

Ao todo foram 15 usuários, dentre eles 07 que participaram desse estudo, este foi um momento maravilhoso, em que o secretário da casa da cultura apresentou para eles as salas existentes, tinha um palco para apresentações, em que eles subiram e organizaram um desfile em que cada um fez a sua performance.

Depois fomos para uma sala com vários instrumentos musicais, imediatamente eles foram tomados os seus postos na bateria, percussão, bumbo, alguns dançavam, uma usuária em especial rodava pelo salão alegremente e eles começaram a tocar como uma banda, alguns foram trocando de lugar e assumindo a bateria e o professor que ensinava os instrumentos se entusiasmava e falava: esse leva jeito!

Aquela experiência nos instigou a pensar em formar uma banda para descer a avenida mostrando aqueles talentos. Uma usuária estava em crise e os próprios companheiros do CAPS ficaram um pouco impacientes porque ela não ficava quieta, entrava e saía das salas, conversava muito, tivemos que ir dialogando com eles sobre essa situação, pois questionavam o porquê não havíamos deixado ela no CAPS, fomos explicando que era o momento dela e que nós precisávamos acolher a crise. Tal situação nos permitiu dialogar sobre a necessidade de aceitação do outro.

Após esse dia, entramos em contato com o secretário da casa da cultura para que pudéssemos inscreve-los no curso de bateria, que se iniciou em agosto e foi até dezembro de 2019. Pedimos que os participantes levassem comprovante de residência, número de identidade e anotamos os seus nomes completos para fazer a ficha. Fomos até a casa da cultura e escrevemos todos aqueles que demonstraram interesse. Ao todo foram 06 usuários do CAPS, sendo que 03 participaram desse estudo. Na ficha de inscrição tinha que detalhar quais doenças a pessoa possuía e colocamos o sofrimento mental. O professor entrou em contato conosco pedindo que os acompanhassem no curso, porque ele nunca havia tido a experiência de ministrar aulas para pessoas em sofrimento mental e não sabia como lidar.

Então, começamos a acompanhá-los durante as aulas. No dia da aula, eles iam para o CAPS, tomavam café e a medicação e, de lá, íamos com eles de ônibus até a Casa da Cultura,

esse trajeto era bem interessante porque eles dialogavam sobre a vida, cantavam músicas e conversavam com algumas pessoas que se sentavam ao seu lado no ônibus. Aproveitavam o tempo até para “paquerar”, como eles diziam.

Ao chegarem na casa da cultura, nos primeiros dias ficaram tímidos, mas depois, começaram a perguntar ao professor como se tocava aquela determinada música e o profissional sempre buscava mudar eles de instrumentos, deixando uns na percussão, outros na bateria e outros no bumbo. Aqueles momentos eram de muitos diálogos e aprendizados. Os usuários saíam para fumar, andavam pela casa da cultura quando o professor avisava sobre o intervalo, faziam aula de bateria e retornavam ao CAPS.

Inseridos no curso, os usuários tiveram a oportunidade de participar do desfile de 07 de setembro, em comemoração à Independência do Brasil. Ensaíram durante dois meses para apresentação, as pesquisadoras foram lá prestigiá-los naquele momento importante, em que estavam emocionados por representar a cidade. Participaram também de uma apresentação na Casa da Cultura, em que todos os grupos de alunos se apresentaram, eles tocaram músicas, um deles pegou o microfone para agradecer, falou que ele era usuário do CAPS, estava ali para fazer uma apresentação e agradeceu a oportunidade. Eles também participaram de uma apresentação de Natal, no Alto da Prefeitura, em que tocaram músicas temáticas. Na passagem pela casa da cultura, ainda tiveram a oportunidade de experimentar uma aula do curso de teatro, porém não demonstraram interesse em continuar.

Em virtude do confronto de horários do curso de bateria com outras atividades desenvolvidas no CAPS, vivenciamos algumas dificuldades, a exemplo da ansiedade compartilhada pelos usuários ao acharem que seriam desligados do CAPS, caso não participassem das atividades programadas pela equipe. Como estávamos dialogando bastante sobre a importância deles se inserirem em espaços fora do serviço, o que também era uma finalidade do PTS construído junto com a equipe, eles compreenderam a necessidade de continuarem no curso.

A inserção dos participantes no ambiente escolar foi outra intervenção que realizamos, a partir da identificação de 03 deles que demonstraram o desejo de voltar a estudar durante a reunião em que refletimos sobre sonhos e projetos de felicidade. A partir do questionamento que fizemos aos três sobre o nível de escolaridade, descobrimos que a maioria tinha cursado até o ensino fundamental, somente um usuário havia terminado o ensino médio. Como um deles não tinha acesso ao histórico escolar, pedimos levasse no outro dia as informações da escola

onde estudou, até que série cursou, o nome completo e o número do documento de identidade para irmos até a Secretaria de Educação em busca de informações.

Além da ausência de informações sobre o nível de escolaridade, havia um conflito familiar muito grande com relação ao retorno à escola, pelo fato de a inicialização do consumo de drogas ter ocorrido nesse cenário. Desse modo, o primeiro passo foi realizar uma visita domiciliar para conversar com a família sobre o assunto, quando percebemos uma resistência muito grande da mãe. Aos poucos fomos conseguindo uma contratualidade com a família, que permitiu que ele estudasse, mas somente no período noturno.

A partir dessa decisão, fomos em uma escola no bairro que o usuário morava tentar matriculá-lo, no entanto não tinha vaga. Desse modo, nos orientaram a ir à Secretaria de Educação para saber onde teria vaga para matrícula, chegando lá, o usuário conversou com a funcionária sobre o desejo de voltar a estudar, e disse que não tinha a intenção de sair completamente do CAPS, mas que desde então passaria a frequentar a escola. A funcionária se comprometeu a ligar para o usuário informando quando surgisse uma vaga, no entanto, devido à pandemia, ele não teve possibilidade de iniciar os estudos.

O participante que informou ter concluído o ensino médio revelou o desejo de se inserir na faculdade e realizar o sonho de ser médico, por meio do diálogo, mobilizamos para que ele fizesse a inscrição no Universidade para Todos (UPT). Do mesmo modo, ajudamos outro participante a se inscrever na prova do Instituto Federal de Educação da Bahia (IFBA) e fomos mobilizando para que ele revisse os conteúdos nesse período até fazer a prova, como ele morava em um local bastante distante, em que o sinal do celular muitas vezes não funcionava, no dia da prova, no domingo, fomos até a casa dele, levamos caneta, água e dinheiro para que conseguisse se transportar até o local.

Apesar de termos conseguido algumas conquistas, percebíamos que muitos usuários do serviço, inclusive os que participaram desse estudo, tinham dificuldades de inserção no ambiente escolar, pelo fato de não terem histórico escolar e nem lembrarem mais em que escola haviam estudado. Fomos então buscar outras estratégias no território que pudessem proporcionar a eles a oportunidade do estudo, foi quando um dos usuários lembrou da proposta da Educação de Jovens e Adultos (EJA), o que nos mobilizou a irmos até a Secretaria de Educação ver possibilidades nesse contexto, uma das estratégias apontadas por uma funcionária do local foi tentar solicitar um professor da EJA para estar indo até o CAPS ensinar os usuários, no entanto, não seria algo tão rápido, tentamos então contato com um pedagogo que se formou

na UESB e que se dispôs a estar indo ministrar aulas para os usuários, no período de setembro a dezembro de 2019.

O primeiro contato do professor com a turma foi de grande entusiasmo, este se propôs a estar realizando uma avaliação diagnóstica, em que perguntou a eles quais seriam as necessidades que tinham em relação ao ensino: a maioria respondeu que gostaria de aprender a ler e escrever para não ficar dependendo dos outros, dois queriam aprender para ocupar a mente e alguns queriam ler a bíblia com os pastores de suas igrejas. Esse momento foi aberto para todos os usuários que possuíssem interesse em participar, sendo que 06 participantes desse estudo, com idades diversas e múltiplos níveis de aprendizagem se inseriram nessa atividade. Os déficits de aprendizagem eram provenientes, em sua maioria, pela evasão escolar deles.

O cenário de intervenção configurou-se como os espaços de convivência do próprio CAPS que dispunha de espaço amplo e climatizado, ferramentas outras, como lousa, cadernos e lápis foram obtidos por meio de parcerias com a UESB e a coordenadora do serviço. Por tratar-se de turma multisseriada, o método de agrupamentos produtivos provou-se efetivo ao desenvolvimento das atividades, pois unindo os alunos em duplas, aquele em um nível alfabético mais avançado, auxiliava o que possuía um nível alfabético menor.

O planejamento de atividades e práticas pedagógicas basearam-se no método da palavra geradora e pensamentos de Paulo Freire (1987). Assim, a atividade foi fundamentada em uma noção de educação como instrumento de liberdade do educando, valorizando suas vivências e experiências para tornar a aprendizagem significativa, de modo que compreendessem, para além do domínio mecânico da leitura e escrita, seu lugar enquanto cidadãos, seres aprendentes em constante evolução no mundo.

As aulas duravam em média 02 horas, sendo sempre bem objetivas e dinâmicas para que os participantes conseguissem focar sua atenção nas atividades propostas. Os planos de aula e planejamento de atividades mantiveram-se durante todo o processo de execução das aulas em aberto, para que conforme surgisse a necessidade, as práticas e atividades pudessem ser revistas e alteradas, tudo com o objetivo de maximizar a atenção e resultados positivos da prática pedagógica.

Nos chamou atenção um usuário em especial, que sorria muito todas as vezes que via o professor chegar e ficava com o seu caderninho querendo aprender a escrever, um dia o professor não iria poder comparecer no dia estabelecido e tivemos que avisá-los, ele começou a chorar, aquele choro nos mobilizou a ligar para o educador pedindo para que, por favor, viesse em outro dia, mas que não deixasse de vir e assim ele o fez. Percebemos naquele choro o desejo

privado de aprender a ler, escrever, de enxergar o mundo com outros olhos. Retomamos o choro de muitas pessoas com sofrimento mental que por muito tempo foram institucionalizados e perderam o direito de ir à escola, de estar em sociedade, de sorrir.

A busca constante por espaços de inserção dos participantes no território conduziu-nos a descoberta de um clube na cidade que oferecia aulas gratuitas de Judô, então fomos até lá saber como poderíamos fazer para matricular aqueles usuários que tivessem interesse. Conversamos com eles sobre o esporte e fizemos uma lista com os nomes daqueles que gostariam de participar, de modo que 02 usuários, que também são irmãos, aceitaram participar. No entanto, somente 01 deles era participante da pesquisa.

No primeiro dia de aula, marcamos com os usuários um local para nos encontrarmos e irmos juntos a aula, fomos caminhando até lá conversando, o momento foi muito importante para estreitarmos os vínculos. Na primeira aula, ocorreu a apresentação dos alunos e eles realizaram algumas atividades de aquecimento.

Continuamos acompanhando os usuários durante as próximas semanas de aula, de outubro a dezembro de 2019, e ocorriam sempre às terças-feiras, das 18h às 19h 30min, os esperávamos em um ponto, íamos caminhando e voltávamos com eles até o ponto de ônibus em que pegavam o transporte para ir para casa. Os momentos do curso foram de entrosamento dos usuários com o professor, os colegas e as pesquisadoras, eles participavam de todos os exercícios e como é um esporte de contato corporal, tinham oportunidade de estar mais próximos dos colegas.

Os momentos de caminhada favoreceram que os participantes compartilhassem suas histórias de vida e dialogassem sobre outros assuntos que não tinham oportunidade de falar no CAPS. Algumas vezes contamos com o apoio da psicóloga do serviço que ia conosco caminhando até o curso e ficava com a pesquisadora assistindo as aulas, a presença delas ali foi importante pois os usuários se sentiam valorizados e estimulados. Após terem participado de 10 aulas se declararam desmotivados e desistiram de praticar o esporte.

Próximo ao ponto de ônibus havia uma igreja e durante a espera do transporte, os usuários conheceram um pastor que os convidara para visitar a congregação. Os participantes convidaram a pesquisadora para acompanhá-los ao culto e foi um momento muito importante e marcante, por percebermos que eles estavam desenvolvendo autonomia, independência, construindo relações extra CAPS.

Também nos propusemos a inserir os participantes em um curso de artes manuais que estava sendo oferecido pelo Serviço Social do Comércio (SESC), mais uma vez conseguimos

o transporte da UESB, através da parceria com o GAM. O carro levou as pesquisadoras e os usuários até o local para que eles fizessem a inscrição. Para tanto, pedimos que levassem os documentos necessários, no entanto, apesar de fazerem a inscrição, não foram selecionados para o curso. De todo modo, o dia da inscrição foi bastante proveitoso, pois aproveitamos a tarde para que eles conhecessem a unidade do SESC, em especial a biblioteca e o cinema, onde assistiram um filme.

#### **4.4.4 Fase de avaliação e de produção das descrições vivenciais**

A fase de avaliação, realizada de janeiro a agosto de 2020, correspondeu a etapa de produção das descrições vivenciais desse estudo, em que perguntamos aos participantes como se sentiram ao vivenciar as etapas da SAE. Dentre as técnicas para a construção das descrições vivenciais dos participantes de pesquisas qualitativas, a entrevista constitui uma das mais utilizadas, pois é um método privilegiado para a investigação e compreensão dos sentidos e significados dos fenômenos (TURATO, 2005).

Participar de uma pesquisa qualitativa, requer abertura às experiências vividas, potencialmente mobilizadoras de afetos, principalmente quando a temática da entrevista diz respeito a um conteúdo sensível (ALSAAWI, 2014; THOMPSON; CHAMBERS, 2012).

À medida que o entrevistado conta sua história tem a possibilidade de retomar momentos vividos, com suas alegrias, dificuldades e sentimentos, podendo perceber nuances sobre suas experiências que ainda não lhe estavam claras e que ganham novos contornos. É um momento em que pode, portanto, mobilizar afetos, engendrando vivências de ansiedade sobre as quais quem entrevista precisa estar atento e advertido (PEIXOTO; FREITAS, 2016).

Dentre as modalidades de entrevista, escolhemos a fenomenológica que pode ser definida como um encontro entre duas pessoas (entrevistador-entrevistado), em que ocorre um diálogo que possibilita a compreensão de um fenômeno, por meio da linguagem. A entrevista fenomenológica se propõe a alcançar a experiência dos entrevistados, não se preocupando com a causa ou a explicação das coisas (GUERRERO-CASTAÑEDA; MENEZES; OLIVA, 2017).

A entrevista fenomenológica nos oferece a possibilidade de ser com o outro, e não simplesmente estar com ele, pois nesse encontro sempre haverá a perspectiva de se compreender, começando pelo outro. Esse tipo de entrevista nos permite entrar no que vivemos e, com o outro, produzir um conhecimento que resume as possibilidades da singularidade de

cada um, numa amplitude que permita o crescimento mútuo e o desvelamento de novas formas de fazer ciência em enfermagem (GOMES, 1997).

As entrevistas foram realizadas após a finalização da fase interventiva do estudo, nos meses de janeiro a agosto de 2020 e não foi pré-estabelecido um limite de tempo, de modo que, os entrevistados pudessem discorrer livremente sobre a temática. Com duração média de 30 a 60 minutos, realizamos as entrevistas em dias diferentes, conforme agendamento prévio com os participantes.

Para a realização das entrevistas utilizamos a seguinte questão disparadora: Fale sobre a experiência de participar da Sistematização da Assistência de Enfermagem construída durante essa pesquisa. No entanto, foram surgindo mais questões relacionadas às etapas da SAE, a construção do relacionamento interpessoal terapêutico e as experiências vivenciadas pelos participantes.

A proposta inicial era que todas as entrevistas fossem realizadas no CAPS, no entanto, devido a pandemia da COVID 19, que se iniciou no mês de março de 2020, tivemos que realizar uma parte delas de forma remota, utilizando o aplicativo Google Meet ou pelo WhatsApp, por meio de uma chamada de vídeo. Para que fossem realizadas as entrevistas foi necessário auxiliarmos os usuários participantes no processo de instalação do aplicativo e utilização do Google Meet. Como a maioria deles tinha *WhatsApp* instalado, priorizamos a utilização de videochamadas por esse aplicativo para realizarmos algumas entrevistas. As entrevistas foram gravadas com recurso próprio do *Google Meet* ou por gravador digital, quando realizadas presencialmente ou pelo *WhatsApp*.

#### 4.5 COMPREENSÃO DAS DESCRIÇÕES VIVENCIAIS

As descrições vivenciais foram compreendidas à luz da Analítica da Ambiguidade, técnica desenvolvida para o tratamento de descrições empíricas em estudos fundamentados na Fenomenologia da Percepção de Maurice Merleau-Ponty; assim como, em outros estudos que objetivam compreender a percepção humana, considerando que está sempre se mostra de forma ambígua (SENA et al., 2010). Já que utilizamos essa técnica para a compreensão dos históricos, descrevemos o passo a passo anteriormente no tópico sobre os históricos.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia com o protocolo de nº: 3.589.744 e CAAE: 14115718.6.0000.0055 e seguiu os princípios éticos que regulamentam as diretrizes e normas de pesquisas com seres humanos (ANEXO B). Após a aprovação, iniciamos o trabalho de campo, a partir do esclarecimento completo e pormenorizado aos participantes do estudo sobre a natureza da pesquisa; seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que o estudo pudesse causar; por meio da entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

A pesquisa não acarretou custos financeiros aos participantes e depois de estarem devidamente esclarecidos, eles consentiram a participação na pesquisa e a utilização das gravações das descrições para fins acadêmicos, mediante a informação sobre cada etapa, conforme preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Essa resolução trata de pesquisas envolvendo seres humanos e preconiza o respeito aos princípios bioéticos da não maleficência, beneficência, ausência de riscos e prejuízos, assegurando, desse modo, o anonimato dos participantes (BRASIL, 2012).

As informações fornecidas pelos participantes permanecerão confidenciais e o anonimato deles será mantido através do uso de codinomes de pessoas, as enfermeiras pesquisadoras e a enfermeira do serviço foram identificadas por codinomes de enfermeiras que marcaram a história da profissão. Foi garantido o direito aos participantes de recusar ou de se retirar da pesquisa em qualquer momento.

## 5 RESULTADOS

“Exprimir não é então nada mais do que substituir uma percepção ou uma ideia por um sinal convencionado que anuncia, evoca ou abrevia” (MERLEAU-PONTY, 2002, p. 23).

Os resultados desta pesquisa foram apresentados em três manuscritos científicos, elaborados de acordo às normas de formatação dos periódicos selecionados para a submissão, a saber:

5.1 MANUSCRITO 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. Elaborado e adequado conforme as normas da Revista Gaúcha de Enfermagem (Qualis A2).

5.2 MANUSCRITO 2: O (in)visível na experiência da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Campo da Saúde Mental. Elaborado e adequado conforme as normas da Revista Issues in Mental Health Nursing (Qualis A1).

5.3 MANUSCRITO 3 - Relacionamento Interpessoal Terapêutico Enfermeira-Cliente: percepção de usuários do Centro de Atenção Psicossocial. Elaborado e adequado conforme as normas da Revista Brasileira de Enfermagem (Qualis A2)

## 5.1 MANUSCRITO 1: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**RESUMO: Objetivo:** Narrar o processo de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em saúde mental no contexto do Centro de Atenção Psicossocial. **Método:** Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica desenvolvido com 12 usuários do Centro de Atenção Psicossocial, no período de maio a dezembro de 2019. A coleta de dados ocorreu por meio do histórico de enfermagem e visita domiciliar, a análise ocorreu por meio da Analítica da Ambiguidade. **Resultados:** A trajetória de realizar históricos de enfermagem na perspectiva da clínica ampliada revelou-se como experiência intersubjetiva e de construção do relacionamento interpessoal terapêutico; na etapa de construção dos diagnósticos os principais encontrados foram relacionados ao contexto familiar e ao contexto psicossocial; as falas dos participantes revelaram ambiguidades referentes ao desejo de serem cuidados e terem autonomia no ambiente familiar. **Conclusão:** O estudo aponta que a Sistematização da Assistência de Enfermagem constitui um instrumento potente para o cuidado no contexto da saúde mental.

**Descritores:** Processo de Enfermagem; Saúde Mental; Enfermeiros

## SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE IN THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER

**ABSTRACT: Objective:** To narrate the experience of carrying out the Systematization of Nursing Care in mental health, in the context of the Psychosocial Care Center of a city in the interior of the state of Bahia. **Method:** Qualitative study with a phenomenological approach, developed with 12 users of the Psychosocial Care Center, from May to December 2019, data collection took place through the nursing history and home visit, for data analysis, the Analytical technique of Ambiguity. **Results:** the trajectory of performing nursing histories from the perspective of the expanded clinic revealed itself as an intersubjective experience and construction of the therapeutic interpersonal relationship, in the stage of construction of the diagnoses the main findings were related to the family context and the psychosocial context; the speeches of the participants revealed ambiguities regarding the desire to be cared for and have autonomy in the family environment and that the fact that many users are curated makes family members manage their benefits and see them as incapable. **Conclusion:** the study shows that the SAE is a powerful instrument for care in the context of mental health.

**Descriptors:** Nursing Process; Mental health; nurses

## SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL

**RESUMEN: Objetivo:** Narra la experiencia de realizar la Sistematización de la Atención de Enfermería en Salud Mental, en el contexto del Centro de Atención Psicossocial de una ciudad

del interior del estado de Bahía. **Método:** Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, desarrollado con 12 usuarios del Centro de Atención Psicosocial, de mayo a diciembre de 2019, la recolección de datos se realizó a través del historial de enfermería y visita domiciliaria, para el análisis de datos, la técnica Analítica de Ambigüedad. **Resultados:** la trayectoria de realizar historias de enfermería desde la perspectiva de la clínica ampliada se reveló como una experiencia intersubjetiva y construcción de la relación interpersonal terapéutica, en la etapa de construcción de los diagnósticos los principales hallazgos se relacionaron con el contexto familiar y el contexto psicosocial ; los discursos de los participantes revelaron ambigüedades en cuanto al deseo de ser cuidado y tener autonomía en el ámbito familiar y que el hecho de que muchos usuarios sean curados hace que los familiares gestionen sus beneficios y los vean como incapaces. **Conclusión:** el estudio muestra que el SAE es un poderoso instrumento de atención en el contexto de la salud mental.

**Descriptores:** Proceso de Enfermería; Salud mental; enfermeras

## INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço ambulatorial de atenção diária que deve responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território.<sup>1</sup> Esse equipamento integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem por princípio ampliar os serviços de saúde mental, promovendo a articulação dos usuários com a comunidade, o trabalho e a vida social.<sup>2</sup>

A RAPS é resultado da Reforma Psiquiátrica Brasileira, um movimento organizado que influenciou mudanças em campo heterogêneo de saberes e práticas, visando superação do modelo centrado no manicômio e invenção de novos espaços e modos de se relacionar com pessoas em sofrimento mental<sup>3-4</sup>. Esse processo inclui quatro dimensões principais: técnico-assistencial, técnico-conceitual, sociocultural e jurídico-política<sup>5</sup>, resultando, dentre outros ganhos, na desinstitucionalização das pessoas que vivenciaram longos períodos de internações e redução de leitos em hospitais psiquiátricos, principalmente no sudeste e nordeste brasileiro.<sup>6</sup>

As mudanças ocorridas no contexto da Reforma Psiquiátrica subsidiaram a construção de novas práticas de cuidado dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem, em prol da desconstrução do modelo manicomial e (re)construção da dignidade, cidadania, autonomia e identidade da pessoa com sofrimento mental<sup>7</sup>. O cuidado deve fundamentar-se na produção de vida com os sujeitos, nos diferentes espaços de sociabilidade e solidariedade em que circulam, visando a integralidade, a ruptura com a objetivação da pessoa com doença mental e a (re)construção de práticas que consideram a alteridade do sujeito<sup>8-9</sup>.

Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem deve seguir o que é preconizado pela Política Nacional de Humanização, proposta pelo Ministério da Saúde, inspiradora do cuidado em forma de Clínica Ampliada, cujos fundamentos são: acolhimento, com destaque para o poder terapêutico da escuta ampliada; trabalho interdisciplinar em saúde, implicando em cuidado integral e participação; autonomia do sujeito na definição do seu projeto terapêutico<sup>10-11</sup>.

O cuidado no contexto dessa clínica demanda do enfermeiro a postura de agente terapêutico, o que requer a priorização da relação dialógica, compreendida como uma tecnologia de cuidado, que permite o reconhecimento das experiências de vida<sup>12</sup>. A pessoa com sofrimento mental deve ser sujeito-ativo, com direitos e capacidade de palavra, o que dissolve relações de poder e possibilita tratamento digno<sup>13</sup>.

Evidencia-se, aqui, que o relacionamento terapêutico entre o profissional de enfermagem e o usuário deva ser uma experiência de aprendizado mútuo<sup>14</sup>, que deve impulsionar a coautoria e a co-criação na troca de informações e na construção do conhecimento. O responsável por emitir a informação não permite que ela seja fechada, paralisada e imutável, mas que haja intervenções e contribuições do receptor.<sup>15</sup> Este último não se encontra mais em posição de recepção clássica, mas é convidado à livre criação e à comunicação com o emissor, o que mobiliza o surgimento de conexões e liberdade de trocas, associações, significações e abertura de espaços de formação de laços comunitários, de coletivização dos saberes, de construção social e de conhecimento<sup>16</sup>.

Assim, na construção do relacionamento terapêutico, o enfermeiro precisa conhecer a história da pessoa, descobrir aspectos da experiência de vida, pensamentos e emoções, e os relacionar às ações observadas e relatadas, devendo explorar não só aspectos da comunicação verbal, mas também expressões corporais<sup>17</sup>. Para tanto, o profissional pode utilizar alguns instrumentos, dentre eles, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), objeto deste estudo.

A SAE é preconizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e orientada por princípios científicos, para fundamentar o Processo de Enfermagem na produção de cuidados, cujas etapas consistem em: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem (DE), planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. Taxonomias ou classificações de enfermagem podem ser utilizadas para designar os DE, intervenções e resultados<sup>18-19</sup>.

Desenvolvida a partir da clínica ampliada, a SAE em saúde mental implica buscar reconhecer as demandas das pessoas com sofrimento psíquico, por meio da compreensão de

questões concretas e macrosociais, materializadas na vivência no território<sup>20</sup>, e da abordagem singular do sujeito, de forma integral, interdisciplinar e compartilhada, implicando em participação e autonomia da pessoa diante do seu projeto de cuidado<sup>9</sup>.

Nessa perspectiva, o presente estudo teve por objetivo de narrar o processo de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em saúde mental no contexto do Centro de Atenção Psicossocial. Desse modo, pretende contribuir para fomentar a necessidade de os profissionais estarem formalizando e registrando os cuidados prestados nos serviços de saúde, principalmente no campo da saúde mental, em que existe a complexidade de colocar em palavras um cuidado subjetivo e singular.

## **MÉTODOS**

Este estudo é um recorte da tese de doutorado, intitulada “Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção psicossocial: percepção do usuário”. Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que tem a pesquisa-intervenção como estratégia metodológica, visando relações dinâmicas entre conhecimento/ prática, e pesquisador/ participantes, na perspectiva de transformação do cotidiano<sup>21</sup>.

O estudo também se fundamentou no referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty, que compartilha a noção de intersubjetividade, como entrelaçamento entre seres humanos por meio da fala, de modo que “quando escuto, cabe dizer não que tenho a percepção dos sons auditivos articulados, mas que o discurso se fala dentro de mim; ele me interpela e eu ressoo, ele me envolve e me habita, a tal ponto que não sei mais o que é meu, o que é dele”<sup>22:41</sup>.

Desse modo, a fala não é o código do pensamento, ela emerge da intersubjetividade e produz pensamento e entrelaçamento, como se fosse a mão direita que toca a mão esquerda”, e, ao longo do tempo, não sabemos mais quem está tocando ou sendo tocado. Assim, como ocorre durante o diálogo, chegamos a não saber mais qual é a nossa fala e qual é a do outro<sup>22</sup>.

Nessa perspectiva, o presente manuscrito descreve parte da referida pesquisa-intervenção, relacionada à SAE nas etapas de produção compartilhada do histórico, dos diagnósticos de Enfermagem e de algumas intervenções, realizadas no período de maio a dezembro de 2019, com 12 usuários do CAPS II de uma cidade do interior do estado da Bahia, Brasil.

O participante deveria ser maior de dezoito anos; ser usuário do Caps II; e estar frequentando assiduamente as atividades desenvolvidas no serviço; considerando que a

proposta de construção da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no CAPS exigiria a presença constante dos participantes, a fim de estabelecer um relacionamento terapêutico, as intervenções e avaliações. Não foram incluídos na pesquisa os usuários que estavam vivenciando situação de crise naquele momento.

A implantação da SAE com os participantes do estudo envolveu a construção do histórico de enfermagem, mediante entrevista gravada e obtenção do consentimento do participante, identificação de diagnósticos e desenvolvimento de cuidados. O histórico de enfermagem tinha os seguintes itens: informações sociodemográficas dos participantes; condições do domicílio; composição familiar; relato sobre comunicação e relacionamento interpessoal com a família e comunidade; itinerário terapêutico; experiência com o consumo de drogas; experiências progressas de internação, inserção familiar e social, avaliação relacionada ao sofrimento mental; postura e atividade; coordenação motora; expressão de pensamento; afetividade e emotividade; relacionamento com o entrevistador; gestão da vida; inclusão social; expectativas em relação à reabilitação psicossocial; projetos de futuro; imagem corporal, anamnese e exame físico.

O histórico foi realizado em data previamente agendada com o participante, no Centro de Atenção Psicossocial. Também foram realizadas visitas domiciliares, em que nos propusemos a conhecer e escutar os participantes e famílias, apesar de não utilizarmos esse material como meio de publicação científica, nos ajudou na formulação dos diagnósticos, a partir das anotações que fizemos.

Após transcrição dos históricos, os conteúdos emergentes foram analisados, a partir da técnica Analítica da Ambiguidade, que consiste em estratégia de compreensão de informações originárias de estudos de base fenomenológica. Nessa perspectiva, quando lemos o material empírico, sentimos algo com o qual nos identificamos e “somos capturados por uma experiência inédita que nos faz trazer ao presente um mundo que nos é estranho, mas que, ao mesmo tempo, parece-nos familiar”<sup>23:773</sup>.

A *Analítica da Ambiguidade* ocorreu de acordo com as seguintes etapas: realização de leitura primorosa das descrições, buscando perceber a relação figura-fundo que emergia do texto e de suas entrelinhas; identificação de teses que sustentam a objetificação das coisas como um em si; percepção de expressões que revelam ambiguidades e que se caracterizam como perfis de um todo; e, em seguida, a categorização, que resultou em categorias temáticas que foram abordadas nos resultados dos artigos da tese<sup>23</sup>.

A seguir, os diagnósticos de enfermagem foram identificados com os usuários, familiares, a partir da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2017, que contempla os fenômenos, intervenções e resultados de enfermagem<sup>24</sup>. A CIPE segue o modelo dos 7 eixos, que são: foco; julgamento; meios; ação; tempo; localização; e cliente<sup>25</sup>. Essa classificação agrupa termos e conceitos da prática profissional, possibilitando o raciocínio clínico e a documentação dos registros de enfermagem. Também proporciona a construção dos subconjuntos terminológicos, que são os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem<sup>26</sup>.

Assim, a análise desses processos e materiais de construção do histórico, identificação dos diagnósticos de Enfermagem e intervenções familiares dentro da SAE estão descritos, neste estudo, a partir dos seguintes temas: Trajetórias de construção e desenvolvimento do histórico de enfermagem na perspectiva da clínica ampliada; Experiências de estabelecer diagnósticos de enfermagem e implementar intervenções de enfermagem; e Ambiguidades do Processo de Enfermagem: um olhar sobre os diagnósticos e intervenções familiares.

Este estudo atendeu os critérios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde<sup>27</sup>, tendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia com o protocolo de nº: 3.589.744 e CAAE: 14115718.6.0000.0055. Para garantir o anonimato, os participantes escolheram ser identificados com nomes fictícios de pessoas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No que refere às características dos participantes do estudo, 9 são do sexo masculino e 3 do sexo feminino; 7 recebiam auxílio doença e 5 não recebiam; 1 tem ensino superior incompleto, 3 concluíram o ensino médio, 1 tem ensino médio incompleto, 1 ensino fundamental completo e 6 ensino fundamental incompleto, 8 eram de religião protestante, 3 católicos e 1 não tem religião; 1 casado e 11 solteiros; a idade variou de 23 a 64 anos; quanto ao tempo de inserção no CAPS, foi de 1 a 17 anos.

### **Trajetórias de construção e desenvolvimento do histórico de enfermagem na perspectiva da clínica ampliada**

O processo de construção da SAE teve início com diálogos e parceria com a enfermeira da unidade, partindo da escuta de suas necessidades e dificuldades no desenvolvimento do saber/fazer de enfermagem em saúde mental. Também nos preocupamos com a participação

das pessoas com sofrimento mental, em todos os momentos, o que nos exigiu estabelecer, desde o início, o relacionamento interpessoal terapêutico, por meio do convívio no cotidiano com os usuários. O momento de imersão no campo foi de extrema importância, pois antes do estudo já havíamos desenvolvido consultas de enfermagem, visitas domiciliares e cuidados, durante estágio voluntário no mesmo serviço, mas sentíamos a necessidade de organizar melhor essas atividades, quando decidimos por propor a SAE.

No presente estudo a SAE foi desenvolvida na perspectiva da clínica ampliada, que implica em buscar reconhecer as demandas das pessoas com sofrimento mental, por meio da compreensão de questões concretas e macrossociais, materializadas na vivência no território<sup>20</sup>. A clínica ampliada fundamenta-se na abordagem singular do sujeito, de forma integral, interdisciplinar e compartilhada; na participação e autonomia da pessoa diante do seu projeto de cuidado, sendo esse pautado no acolhimento, com destaque para o poder terapêutico da escuta ampliada ao sujeito<sup>9</sup>.

Ao considerar as etapas da SAE - coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento das atividades, intervenções necessárias, avaliação e registro<sup>28</sup>, cuidamos para que fosse também um processo dinâmico e participativo, tendo como centro o “sujeito que sofre” e, assim, desenvolvemos o planejamento e o cuidado simultaneamente, conforme preconiza a Resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem, no 1º e 2º parágrafos<sup>19</sup>.

Nesse sentido, a etapa de construção e desenvolvimento do histórico de enfermagem buscou construir um instrumento que não abordasse questões relacionadas somente ao sofrimento mental, mas abrangesse diversos aspectos da vida dos usuários. Os momentos dessa construção foram também momentos de escuta dos usuários, que nos ensinaram, na prática, a melhor forma de conduzirmos aquele processo de cuidar.

Os históricos constituíram-se em experiências intersubjetivas, partindo da perspectiva merleau-pontyana de que, o mistério da existência humana revela-se no entrelaçamento com o mundo e com os outros, por uma correspondência profunda entre os diferentes seres que fazem parte da mesma carne do mundo. “Nós nos colocamos tal como o homem natural, em nós e nas coisas, em nós e no outro, no ponto onde, por uma espécie de quiasma (entrelaçamento), tornamo-nos os outros e tornamo-nos mundo<sup>29:210</sup>”.

Disso resultaram também momentos de retomadas dos “vivos” desta pesquisadora, como enfermeira que exercia a docência na supervisão de estudantes em consultas de enfermagem da disciplina “Enfermagem em Atenção à Saúde Mental”, e como doutoranda de

um programa de pós-graduação, cuja área de concentração é a saúde pública; o qual oportunizou-nos vivências do “ser docente” de Saúde Mental. Conforme a perspectiva de Merleau-Ponty, esse processo fala da temporalidade, em que o tempo faz com que o sujeito arraste consigo, no presente, seu passado e seu futuro, não por um ato da consciência constituinte, mas em função dessa sina de “ser dado a si mesmo como algo a compreender”<sup>30</sup>.

Desse modo, para a construção do histórico de enfermagem também foi necessário resgatar conhecimentos da saúde coletiva, sobre os determinantes do processo saúde-doença, que nos fizeram pensar em obter informações dos usuários sobre o local em que habitavam. Também nos ocupamos em saber sobre a composição familiar, a comunicação e o relacionamento intrafamiliar, partindo da experiência de ouvir familiares durante as visitas domiciliares, que nos fizeram entender a necessidade de compreender a perspectiva dos usuários e dos familiares. Como realizávamos, também, visitas domiciliares após o histórico, pudemos perceber os diversos perfis sobre a história de vida dos participantes.

Durante a construção do histórico, efetuávamos o exame físico completo de cada um dos usuários e, em paralelo, realizávamos os encaminhamentos necessários ao atendimento em Unidades Básicas de Saúde, direcionados à saúde da mulher (realização de exames preventivos cêrvico-uterino e mama), à saúde do homem (câncer de próstata), à consulta com o médico clínico e aos pedidos de exames complementares. Ademais, encaminhávamos à consulta e realização de sorologia no Centro de Referência em Saúde Sexual (CAT).

Nesse processo, nos ocupávamos ainda em conhecer as histórias de vida, os itinerários terapêuticos, a inserção na escola e no trabalho, relacionamentos afetivos, histórias das crises, gestão da vida e inclusão social, pois já havíamos vivido a experiência de acompanhar usuários em processo de desinstitucionalização como colaboradora de um projeto de pesquisa multicêntrico com abordagens antropológica e etnográfica. O fato de o histórico de enfermagem ser realizado também em uma perspectiva fenomenológica permitiu que os usuários retomassem seus vividos e que novos fenômenos se desvelassem, de forma que, durante a entrevista, utilizávamos de outras perguntas que surgiram por meio da relação intersubjetiva.

A fala de uma usuária ao avaliar esse momento de desenvolvimento do histórico, chamou-nos a atenção, quando afirmou o seguinte: “*Você começou a me entender, e a gente se acha interessante; eu acho que você dá valor a gente da saúde mental. Tá ali estudando a saúde da gente, o nosso passado, o futuro que a gente quer, e o presente* (Noelia)”.

Nesse contexto, de acordo com o filósofo Maurice Merleau-Ponty, nós somos o outro do outro, e o outro somos nós mesmos<sup>22</sup>. Na perspectiva da teoria da intersubjetividade, a

percepção de quem é o outro se inicia com a percepção do paradoxo que experimentamos em nosso próprio corpo. Podemos, então, reconhecer na fâcies de alguém um sentimento que é nosso, pois, segundo Merleau-Ponty, em certo sentido, em algum momento nosso corpo – aquilo que se chama corpo próprio – se encarna no corpo do outro, se entrelaça com ele, e, nesse sentido, as vivências são sempre universais, são um corpo de generalidade<sup>30</sup>.

A intersubjetividade produz-se no processo de comunicação, em que emissor e receptor encontram-se entrelaçados, de forma que não sabemos quem começou ou terminou a fala, quem é o emissor ou o receptor<sup>30</sup>. Essa construção dialógica no desenvolvimento do histórico neste estudo encontrou sustentação tanto na referida filosofia merleau-pontyana, como na obra de Paul Watzlawick intitulada “Pragmática da Comunicação Humana”<sup>31</sup>.

Segundo o autor, constantemente as pessoas enviam e recebem uma diversidade de mensagens, sejam elas pelos canais verbais ou não verbais, e as mesmas, necessariamente, modificam ou afetam umas às outras<sup>31</sup>. Afirma ainda, que a importância das mensagens não está vinculada somente à questão de comunicar algo, mas, especialmente, à influência que ela exerce no comportamento e nas atitudes das pessoas em interação.

O processo dialógico durante o desenvolvimento do histórico de enfermagem permitiu-nos, portanto, perceber que as necessidades dos usuários transcendiam às questões relacionadas somente à estabilização do sofrimento mental, chegando até as questões familiares e de inserção no território, que se mostrou muito mais do que um território material, mas, principalmente, existencial, onde o “ser” pode habitar e assumir o papel de protagonista da sua própria história<sup>32</sup>. Desse modo, o enfermeiro pode desenvolver relação dialógica por meio do relacionamento interpessoal terapêutico, que se caracteriza pela valorização da autonomia e do potencial da pessoa com sofrimento mental, coadunando com o cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica<sup>32</sup>.

Nesse processo de entrelaçamento e “reversibilidade”, desenvolvemos o exercício de sair da “caixinha do fazer técnico” e, muitas vezes, percebemo-nos em diferentes papéis, de terapeutas, de família, de amigas, de incentivadoras, mobilizadoras de projetos de felicidade, compreendo, assim, que o papel do enfermeiro extrapola as técnicas ou até mesmo as teorias de enfermagem, e só se constrói no dia a dia com o(s) outro(s). A escuta das histórias dos sujeitos, marcadas por força, luta e resistência, se entrelaçaram durante o estudo, com o nosso desejo como enfermeiras de saber/fazer enfermagem em saúde mental de forma mais humana.

## Experiências de estabelecer diagnósticos de enfermagem e implementar intervenções de enfermagem

A expressão diagnóstico refere-se à avaliação do enfermeiro, considerando que é uma decisão a respeito do estado do usuário, problemas e/ou necessidades. De acordo com a Resolução nº. 358/09 do COFEN, o histórico de enfermagem é um “processo deliberado, sistemático e contínuo”, realizado pelos enfermeiros com o auxílio de técnicas, objetivando obter informações sobre a “pessoa, família ou coletividade humana” e suas respostas no processo de saúde e doença<sup>19:1</sup>. O saber construído coletivamente pelos enfermeiros no histórico de enfermagem-pode fazer referência a informações objetivas e subjetivas do estado de saúde do usuário<sup>34</sup>.

Estudos desenvolvidos com enfermeiros no Brasil, Portugal e Noruega demonstram que existe confusão entre os diagnósticos de enfermagem com os das outras áreas da saúde<sup>35, 36,37</sup>, por isso é importante que esses saibam realizar diagnósticos pautados no cuidado de enfermagem. Além disso, a falta de intervenção de enfermagem adequada ao diagnóstico estabelecido também é observada nesses estudos.

Diante dessa realidade, nos propomos a realizar diagnósticos e intervenções de enfermagem neste estudo, que estão descritos no Quadro 1. Os diagnósticos de enfermagem foram estabelecidos a partir da leitura dos históricos e das percepções reveladas durante a visita domiciliar, e da CIPE.

Quadro 1 - Diagnósticos de Enfermagem identificados em usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial e intervenções de enfermagem realizadas, 2020, Jequié-Bahia.

DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
<p>Apoio familiar prejudicado</p> <p>Comunicação familiar comprometida</p>	<p>Avaliar ambiente, história familiar, contexto familiar, por meio de visitar domiciliar</p> <p>Escutar a família no CAPS, acolher a expressão de sentimentos, sofrimentos e formas de lidar com o membro em sofrimento mental</p> <p>Dialogar com a família, mobilizando-a a promover a comunicação e a interação com os usuários, como forma de promoção da saúde mental de ambos</p> <p>Realizar visitas domiciliares no intuito de ajudar a família e o usuário a melhorar o processo de comunicação</p> <p>Desenvolver rodas de terapia comunitária com usuários e familiares com a temática Família no intuito de trabalhar as dificuldades no processo de comunicação de usuários-familiares</p>

Falta de conhecimento sobre a doença	Dialogar sobre a doença e a necessidade de o usuário interagir com o médico e outros profissionais da equipe sobre suas dúvidas direcionadas à doença mental
Aceitação do estado de saúde comprometida	<p>Dialogar com o usuário sobre a aceitação da doença</p> <p>Estimulá-lo a abordar essa questão na psicoterapia</p> <p>Abordar as questões relacionadas ao estado de saúde do usuário na roda de terapia comunitária e no grupo de ajuda mútua para pessoas com sofrimento mental e sua família</p> <p>Dialogar com o usuário sobre as dúvidas relacionadas ao seu estado de saúde e estímulo a dialogar com outros profissionais do serviço</p>
Baixa autoestima	<p>Obter dados sobre a autoestima do usuário</p> <p>Encorajá-lo com afirmações positivas</p> <p>Mobilizar a capacidade para comunicar sentimentos</p> <p>Promover autoestima por meio de atividades de educação em saúde, passeios, inserção na escola, academia, curso de teatro e outros espaços no território</p>
Autoimagem negativa	<p>Escutar ativamente</p> <p>Incentivar a prática de atividade física</p> <p>Incentivar a inserção em espaços no território como cursos, escola e esportes</p> <p>Conhecer as expectativas da pessoa em relação à imagem corporal</p>
Imagem corporal prejudicada	<p>Abordar a temática na Terapia Comunitária com os usuários</p> <p>Estimular o usuário a abordar a temática na psicoterapia</p>
Autonomia comprometida	<p>Estimular o usuário a ter mais autonomia no seu tratamento e na sua casa</p> <p>Conversar com a família sobre a importância de considerar a autonomia do usuário</p> <p>Realizar rodas de conversa com os usuários sobre a temática</p> <p>Estimular a inserção do usuário em espaços como escola, trabalho e espaço de lazer</p>
Ansiedade	<p>Dialogar com o usuário sobre os seus sentimentos e emoções</p> <p>Realizar rodas de terapia comunitária com os usuários com a temática ansiedade</p> <p>Conversar sobre a importância da medicação para ansiedade, como também da psicoterapia de dialogarem com esses profissionais sobre o que sentem</p>

	<p>Conversar com a equipe e usuário de forma compartilhada, durante a reunião de PTS, sobre estratégias que podem ser utilizadas para diminuir a ansiedade</p>
Estigma	<p>Promover rodas de conversa sobre a temática</p> <p>Dialogar com as famílias sobre a temática</p>
Apoio social prejudicado	<p>Estimular os usuários a encontrar apoio social no território</p> <p>Buscar redes de apoio para os usuários no território</p> <p>Abordar a temática na Terapia Comunitária com os usuários</p>
Socialização prejudicada	<p>Realizar a inserção dos usuários em espaços no território (igreja, escola, cursos de bateria e teatro, aula de judô, clínica odontológica, Unidades Básicas de Saúde)</p> <p>Promover ações de laser</p> <p>Realizar rodas de conversa sobre a importância da inserção social</p>
Abuso de tabaco	<p>Escutar o usuário sobre a relação que estabeleceu com o tabaco</p> <p>Dialogar sobre o uso prejudicial de tabaco</p> <p>Aplicar o Teste de Fagerström para medir o grau de dependência da nicotina.</p> <p>Organizar e realizar grupo de tabagismo com o suporte da enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas</p> <p>Orientar sobre a exposição ao tabagismo secundário (passivo)</p> <p>Ajudar no processo de controle da ansiedade</p>
Aceitação do estado de saúde prejudicada	<p>Apoiar condição psicológica</p> <p>Avaliar adesão ao regime terapêutico</p> <p>Dialogar com o usuário sobre o seu estado de saúde</p> <p>Encaminhá-lo para a terapia em grupo de apoio</p> <p>Estabelecer confiança</p> <p>Facilitar capacidade para comunicar sentimentos</p> <p>Acompanhar o usuário na consulta com o médico, para o esclarecimento de dúvidas sobre a doença</p>
Dentição prejudicada	<p>Realizar atividades de educação em saúde sobre saúde bucal, contando com o apoio de odontólogos</p> <p>Estimular a escovação diária dos dentes</p> <p>Inserir usuários em projeto odontológico da universidade</p> <p>Acompanhar usuários para atendimento na clínica de odontologia da universidade</p>
Desempenho sexual prejudicado	<p>Escutar o usuário sobre a sexualidade</p>

	<p>Dialogar sobre prática sexual</p> <p>Conversar com o médico e a equipe sobre a possibilidade de interferência da medicação no desempenho sexual do usuário e a possibilidade de substituir a medicação</p> <p>Realizar educação em saúde sobre o tema sexualidade</p>
Comportamento sexual prejudicado	<p>Fazer oficinas sobre educação sexual</p> <p>Realizar educação em saúde o tema</p> <p>Encaminhar o usuário para o Centro de referência em infecções sexualmente transmissíveis</p>
Sobrepeso	<p>Realizar educação em saúde sobre obesidade e consequências</p> <p>Desenvolver práticas que envolvem atividade física</p> <p>Inserir usuários em atividades físicas (Crossfit e judô)</p> <p>Solicitar exames físicos</p>

Dentre os diagnósticos mais identificados destacam-se os relacionados ao ambiente familiar (apoio familiar prejudicado e comunicação familiar comprometida) e os direcionados ao contexto psicossocial (falta de conhecimento sobre o transtorno mental, aceitação do estado de saúde comprometida, baixa autoestima, autoimagem negativa, ansiedade, estigma, apoio social prejudicado e aceitação do estado de saúde comprometida).

Para exemplificar os passos percorridos na definição dos diagnósticos e implementação de cuidados com os participantes, escolhemos discutir, neste artigo, os diagnósticos relacionados ao contexto familiar, identificados como um dos maiores desafios para a SAE. Esses diagnósticos foram estabelecidos com base nos relatos dos usuários em relação aos conflitos familiares, como também, das famílias durante as visitas domiciliares, e estão descritos no tópico a seguir.

### **Ambiguidades do Processo de Enfermagem: um olhar sobre os diagnósticos e intervenções familiares**

A partir da análise dos históricos e da definição diagnóstica à luz da Analítica da Ambiguidade, destacamos fragmentos das descrições correspondentes às partes do histórico de enfermagem, nos quais foi possível perceber as ambiguidades presentes nos relatos dos usuários, que nos fizeram desconstruir a tese de que a pessoa com sofrimento mental é sempre

dependente da família, pois, ao mesmo tempo em que os usuários revelam o desejo de serem cuidados, também desejam autonomia no ambiente familiar, conforme descrições a seguir:

*Eu já morei sozinho, fiquei um bom tempo na casa, só que eu arruinei. Teve uma época que eu arruinei, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) teve que me pegar na porta e ele (o cunhado) esteve lá em casa e não me encontrou...e ele ficou sem notícias, porque eu não sabia, não conseguiram ligar para ele...aí ele ficou rodando, rodando, até que Deus ajudou que ele me encontrou. Eu estava na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). A partir desse dia, ele não me deixou morar sozinho, de jeito nenhum...apesar de que...quando eu não venho de ônibus para aqui (CAPS), ele vem me trazer. Aí ele vem me trazer aqui e vai embora...se eu precisar vim de carro, se eu não consegui vir de ônibus, é somente as funcionárias do CAPS ligarem para ele, e ele vem me buscar. Eu tenho a minha casa, e ele não quer deixar eu morar sozinho? Eu tenho vontade de morar sozinho...só que eu não posso, não é? Aí eu não concordo com ele...é tanto que eu pedi para ele vender a casa, que fizesse qualquer coisa para vender a minha casa, porque para eu ter a minha casa e não poder morar nela, não é? Você ter a sua casa...você não vai morar dentro de sua casa? (Eduardo)*

*Quando eu comecei a ver muita coisa diferente em mim, depois que meus pais morreram, aí eu tinha minha família, meu filho, minha mulher e tudo, aí depois que eu perdi o trabalho, as pessoas viram uma coisa diferente em mim [...] depois do sofrimento mental aumentou a minha vontade de ter uma vida melhor na sociedade, uma vida digna de ter um benefício, para eu sobreviver e trazer minha mulher e meu filho de volta [...]a gente luta, mas a gente ver tantos obstáculos na vida da gente, sem apoio e sem ninguém para te apoiar e te ajudar (Emerson)*

A descrição de Nelson aponta que a atenção da família para o cuidado se intensificou após a ocorrência de episódios de crise do usuário. E uma forma de a família “cuidar” manifestou-se mediante a proibição de o usuário morar sozinho, não obstante o fenômeno aparecer no estudo como “descuido”, no sentido em que gerou sentimento de revolta no usuário, evidenciado na fala “*pedi para ele vender a casa, porque, para eu ter a minha casa e não poder morar nela, não é*”.

Nesse sentido, percebemos a ambiguidade existente entre a necessidade de cuidados por parte da família e o desejo do usuário de ter sua autonomia garantida. Essa questão mostrou-se como um desafio, e gerou uma proposta de intervenção de enfermagem, que se configurou em realizar visitas domiciliares e diálogos com ambos, usuário e familiares, sobre o desejo do usuário de morar sozinho. No entanto, os familiares relataram preocupação frente as crises convulsivas que o usuário estava apresentando. Logo, uma das intervenções foi orientar a família sobre a necessidade de consulta com neurologista e de construir redes de apoio com os vizinhos próximos ao local onde o usuário desejava morar, para que, também, o ajudassem no cuidado.

Em um determinado momento da pesquisa, o usuário retornou a morar em sua casa, o que nos moveu a intensificar as visitas domiciliares, para acompanhá-lo nessa fase. Durante uma visita com a enfermeira do CAPS, ao adentrarmos o quarto da nova casa em que ele residia, encontramos muitas medicações sobre a cômoda, e começamos a refletir que esse poderia ser um dos fatores que contribuíram para desencadear as crises convulsivas, foi então, quando dialogamos com ele a necessidade de passar a tomar uma parte da medicação no CAPS; e começamos a pensar em estratégias para ajudá-lo na administração das medicações.

O desafio tornou-se maior pelo fato de o usuário ser, também, alcoolista, o que aumentava, ainda mais, a arena de conflitos existentes no ambiente familiar, pois quando se alcoolizava, dispersava-se pela rua. Por diversas vezes, oferecemos suporte à família, que optou por passar a dormir na casa do usuário, durante a noite, para acompanhá-lo melhor. Ao tempo em que, continuamos a dialogar com a família sobre o processo de autonomia do usuário e cuidado familiar.

Esse caso, em especial, mobilizou-nos a refletir sobre a questão de que não há como pensar o cuidado pautado na autonomia do usuário, e na desinstitucionalização, sem conhecer os determinantes sociais que interferem nesse processo. Reconhecer, portanto, a complexidade do processo saúde-doença e o território como cenário de práticas de saúde faz-se essencial, na medida em que potencializa a produção de saberes e de intervenções socioculturais e políticas que envolvem o cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico<sup>38</sup>.

A autonomia pode ser compreendida como relacional, ou seja, constitui-se na interação com o outro, no processo de “coprodução”. Nesse sentido, as decisões das pessoas não podem ser consideradas individuais, mas ocorrem na intersubjetividade, por meio das relações que podem libertar ou constranger suas escolhas na vida<sup>39</sup>. Portanto, autonomia tem a ver com a capacidade de criar relações novas e construtivas, que estão além dos serviços de saúde, e de lidar com as redes de relações e dependências no mundo<sup>40</sup>.

A construção de autonomia ocorre no processo dialógico, pois a comunicação sedimenta e institui um saber intersubjetivo, já que, as significações criadas pela fala de um sujeito podem ser retomadas por outros e se tornarem um recurso utilizável pelos diversos falantes. Há, então, uma circularidade inerente ao processo à dinâmica da fala, em que cada ato que veicula um novo sentido, ergue-se de um sistema linguístico prévio, que é a sedimentação de inúmeros atos que antes eram inéditos<sup>22</sup>.

Desse modo, a fala é capaz de abrir possibilidades à transcendência ou experiência de transformação em um “outro eu mesmo”. Acerca do diálogo, Merleau-Ponty afirma que: “existe

ali um ser a dois, e agora outrem não é mais para mim um simples comportamento em meu campo transcendental, aliás, nem eu no seu, nós somos, um para o outro, colaboradores em uma reciprocidade perfeita, nossas perspectivas escorregam uma na outra, nós coexistimos através de um mesmo mundo”<sup>30:475</sup>.

A conquista de autonomia do usuário pode ocorrer a partir das experiências de diálogos entre ele, família e profissionais de saúde, para que todos possam transcender, “tornarem-se outros”, e visualizarem novas possibilidades de vida. Desse modo, é a experiência de torna-se outro, que ocorre no campo perceptivo, a qual mobilizou o participante *Eduardo* a enxergar possibilidades de conquista da autonomia, mesmo diante das dificuldades que o sofrimento mental e o abandono da família impuseram a ele.

Apesar de desejar ter o apoio da família que o abandonou após desenvolver o sofrimento mental, *Eduardo* conseguiu ressignificar essa vivência, transformando a doença em possibilidade de ter mais autonomia financeira, que, também, constitui-se em perspectiva de reconstruir as relações familiares, quando afirma [...] *depois do sofrimento mental aumentou a minha vontade de ter uma vida melhor na sociedade, uma vida digna de ter um benefício, para eu sobreviver e trazer minha mulher e meu filho de volta [...]*.

A vivência de *Eduardo* nos remete à reflexão merleau-pontyana de que aquilo que aprendemos no mundo sociocultural mobiliza nossos sentimentos e atitudes diante da vida<sup>30</sup>. Por isso, Benedetto Saraceno afirma que as práticas de reabilitação psicossocial que visam a autonomia dos sujeitos devem ser fundamentadas na reconstrução, no exercício da cidadania e na contratualidade em três diferentes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social<sup>41</sup>. De acordo com o autor, é neles que acontecem cenas, histórias e o desenrolar dos efeitos de todos os elementos, que seriam dinheiro, afetos, poderes, símbolos e outros.

Esses cenários pareciam estar entrelaçados nos contextos familiares estudados, principalmente às questões direcionadas à administração do benefício e a autonomia no ambiente familiar. O fato de muitos usuários serem curatelados faz com que os familiares administrem o seu benefício e o vejam como incapazes, conforme descrições:

*[...] eu não aceito esse negócio dela (a sobrinha) está sendo minha tutora e tomar conta do meu dinheiro, porque eu tenho condições de cuidar do meu dinheiro, para mim, isso é uma ofensa! É a mesma coisa de você está preso, amarrado na mão de uma pessoa. (Emerson)*

*Minha mãe, se eu quiser comprar alguma coisa, eu falo com ela, ela fala comigo que é melhor não, me dá uma estratégia para fazer, porque ela tem uma mente que não toma medicamento nenhum, então, ela raciocina melhor. Então, ela me ajuda a pensar, eu tomo uma decisão e falo com ela, a última palavra é a dela, o que ela fala eu acato e faço como ela falou. (Mario)*

*Ela (a cunhada) comprou um guarda-roupa, uma peça para o meu quarto e uma cama box, aí ela paga essas prestações, paga a água, paga a luz, e o que sobra ela compra um pacotinho de leite para mim e só. (Sônia)*

Na descrição vivencial de Eduardo percebemos sua dificuldade em dialogar com a família a respeito do direito que tem de gerenciar o seu benefício; Marcos revela o sentimento de não ser capaz de tomar uma decisão em sua vida financeira sem o auxílio da mãe; e Samantha lamenta ter o seu benefício totalmente administrado pelo familiar. A fala de *Eduardo* mostra sua percepção de sentir-se preso, amarrado, quando perde o direito da gestão financeira, o que nos permite fazer uma alusão à vida da pessoa com sofrimento mental no contexto do hospital psiquiátrico. No entanto, mesmo inserido em ambiente familiar, o usuário pode vivenciar a sensação de não ter os seus direitos respeitados, como cidadãos, principalmente, quando não há diálogo no ambiente familiar.

De acordo com o filósofo Merleau-Ponty, é a relação interpessoal e dialógica que propicia a partilha do sentimento de coexistência entre os semelhantes, uma generalidade, que mobiliza a transformação da personalidade, do ser cultural. De acordo com o autor, a ambiguidade humana se expressa na correlação entre as experiências que eu vivo em meu próprio corpo (em si) e aquelas que eu vivo diante do mundo cultural (para - si)<sup>30</sup>.

Assim, a vivência de coexistência ocorre na intersubjetividade e intercorporeidade, que são inerentes à relação sujeito-sujeito. O corpo perceptivo promove uma mudança tão radical no sujeito e seu semelhante, a ponto de não distinguirem onde e quando tudo começou na relação dialógica. Em termos merleau-pontyanos, poderíamos afirmar que essa relação interpessoal ocorre porque “[...] falar e compreender não supõem somente pensamento, mas, de maneira mais essencial e como fundamento do próprio pensamento, o poder de deixar-se desfazer e refazer por outro mais atual, por vários outros possíveis e, presumivelmente, por todos”<sup>22:41-42</sup>.

Quando a comunicação familiar se encontra comprometida, a ponto de não haver espaço para a escuta, as famílias perdem a oportunidade da experiência do outro, desse deixar-se fazer e desfazer, que abre possibilidades à aceitação, a visualizar as potencialidades e as qualidades das pessoas com sofrimento mental.

Portanto, as intervenções de enfermagem foram pautadas no diálogo com as famílias durante as visitas domiciliares, que realizamos em parceria com a enfermeira e a assistente social do CAPS, em que foi necessário explicitar os direitos dos usuários em gerir o seu benefício. No caso de *Eduardo*, foi preciso realizar uma reunião de família no CAPS, pois não

aceitaram visita domiciliar, e havia uma causa muito conflituosa envolvendo o benefício. O usuário chegou a contratar um advogado e levá-lo ao serviço, a fim de prestar esclarecimentos sobre como resolver a situação sem a curatela, pois ele não queria mais ter que contar com um curador. Este foi um grande passo para pensarmos também em possibilidades legais para que os outros usuários passassem a gerir sua renda.

Também foram criados espaços de diálogos, na tentativa de aproximar as famílias dos usuários ao CAPS, como, por exemplo, a realização de café da manhã em família nas visitas domiciliares; Ademais, foram realizadas: a inserção de alguns familiares em atividades cotidianos dos usuários, a exemplo do Grupo de Ajuda Mútua para Familiares de Pessoas com sofrimento mental (projeto de extensão da universidade em parceria com CAPS); reunião com os familiares para abordar sobre o papel do CAPS e sobre a importância do protagonismo família no cuidado ao usuário; rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), como espaço de fala para as famílias. Destacamos que essas atividades foram efetivadas em parceria com a enfermeira do CAPS.

A TCI constitui uma modalidade terapêutica destinada ao compartilhamento de vivências e situações geradoras de sobrecarga mental, cuja abordagem teórico-metodológica envolve a ajuda mútua e o trabalhar em grupo, o que a caracteriza como uma estratégia de promoção da saúde mental<sup>42</sup>. Durante os momentos das rodas os familiares compartilhavam as dificuldades enfrentadas no cuidado ao usuário, conduzindo-nos a desenvolver temáticas como a importância da comunicação familiar e os direitos e deveres dos usuários.

Deste modo, o estudo levou-nos a refletir sobre o fato de a enfermagem, como arte do cuidar, poder lançar mão do potencial criativo do diálogo para compreender a pessoa com sofrimento mental e sua família em todas as dimensões, sem reduzir a complexidade que os entorna<sup>43</sup>. Para tanto, é necessário que os profissionais de enfermagem estejam abertos a contribuir para a desconstrução de práticas manicomiais, por meio de estratégias de cuidado que se proponham a visualizar o sujeito em sua integralidade.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo descreve a experiência de implantação da SAE no contexto do Centro de Atenção Psicossocial e demonstra que a construção da sistematização nesse campo foi amparada no relacionamento interpessoal terapêutico e na comunicação pragmática, que

constituem habilidades necessárias ao desenvolvimento da prática de todos os profissionais da saúde e, em especial, do enfermeiro. A experiência permitiu ajudar os usuários a descobrir e solucionar seus problemas, por meio do diálogo, da escuta receptiva, do respeito mútuo e do vínculo na interação.

A construção dos históricos de enfermagem ocorreu na perspectiva da clínica ampliada, da intersubjetividade merleau-pontyana e da Pragmática da Comunicação Humana de Watzlawick, o que possibilitou a visualização de diversas demandas de cuidado que transcenderam às relacionadas ao sofrimento mental.

Na etapa de construção e desenvolvimento do histórico de enfermagem construímos um instrumento que não abordava questões relacionadas somente ao sofrimento mental, mas considerava também aspectos relacionados às diversas dimensões da vida dos usuários, e, durante a sua aplicação percebemos que as necessidades dos participantes transcendiam às questões relacionadas somente à estabilização do sofrimento mental, chegando até as questões familiares e de inserção no território.

A análise dos históricos e a definição dos diagnósticos foram realizados à luz da Analítica da Ambiguidade, que nos ajudou a perceber as ambiguidades presentes nos relatos dos usuários. Os diagnósticos que mais se destacaram foram os relacionados ao ambiente familiar (apoio familiar prejudicado e comunicação familiar comprometida) e à falta de conhecimento sobre o sofrimento (aceitação do estado de saúde comprometida, baixa autoestima, autoimagem negativa, ansiedade, estigma, apoio social prejudicado e aceitação do estado de saúde comprometida).

Para exemplificar todo o processo da sistematização, foram evidenciados os diagnósticos e as intervenções direcionadas ao ambiente familiar, com ênfase no conflito existente entre familiar e usuários, como a questão da autonomia do usuário, por exemplo, o direito de gerir seus recursos.

O estudo traz contribuições ao campo do cuidado em saúde mental, na medida em que aponta caminhos para a construção da SAE na perspectiva da clínica ampliada na atenção psicossocial; corrobora aos profissionais de enfermagem sua potência para fazer uso de seu aparato científico e tecnológico (teorias, metodologias e criatividade na produção do cuidado no contexto saúde mental, de forma a contribuir. A pesquisa nos direciona para a importância de desenvolver mais estudos sobre a temática, que possam escutar usuários, familiares e profissionais sobre a SAE.

A pesquisa traz como limitações o fato de que, por conta de estarmos desenvolvendo uma tese de doutorado, tínhamos um período para começar e terminar as intervenções de enfermagem e portanto, não tivemos como realizar algumas intervenções que havíamos planejado.

## REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [cited 2021 jun 6]. available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html).
- 2- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [cited 2021 nov. 8]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html).
- 3- Amarante, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. 137p.
- 4- Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2021 nov 8]; 23(6):2067-2074. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018> doi: 10.1590/1413-81232018236.07082018.
- 5- Onocko-Campos, RT. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2021 nov 8]; 35(11): e00156119. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119> doi: 10.1590/0102-311X00156119.
- 6- Silva PRF, Carvalho MCA, Cavalcanti MT, Echebarrena RC, Mello AS, Dahl CM. et al. Desinstitucionalização de pacientes de longa permanência de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2017 [cited 2021

- nov 8]; 22(7):2341-2352. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.19152015> doi: 10.1590/1413-81232017227.19152015.
- 7- Sousa YG, Medeiros SM, Santos VEP, Temoteo RCA, Carvalho JBL. Condição humana do trabalhador de enfermagem na perspectiva de Hannah Arendt. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 6]; 73(1): e20170727. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0727> doi: 10.1590/0034-7167-2017-0727.
  - 8- Muniz M, Tavares C, Abrahão A, Souza A. A assistência de enfermagem em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.* 2015;(13): 61-65.
  - 9- Tavares, CM; Mesquita, LM. Sistematização da assistência de enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2020 [cited 2021 nov 6]; 10(7): 121-126. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2810> doi: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2810.
  - 10- Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Matrix support, individual therapeutic project and production in mental health care. *Texto e contex.- Enferm.* [Internet]. 2015 [Cited 2021 nov 8]; 24(1):112-120. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002430013> doi: 10.1590/0104-07072015002430013.
  - 11- Hori AA, Nascimento AF. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2014 [cited 2021 nov 21];19(8):3561-3571. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013> doi: 10.1590/1413-81232014198.11412013.
  - 12- Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm.* [internet]. 2017 [cited 2021 nov 17];70(1):209-18. Available from: DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031> doi: 10.1590/0034-7167-2016-0031.
  - 13- Maftum MA, Pagliace, AGS, Borba, LO, Brusamarello T, Czarnobay J. Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. *Cuidado é fundamental* [Internet]. 2017 [cited 2021 nov 15]; 9(2): 309-314. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.309-314> doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.309-314.

- 14- Silva MS, Machado PAT, Nascimento RS, Oliveira TS, Silva TF Batista EC. A enfermagem no campo da saúde mental: uma breve discussão teórica. *Revista Amazônica Science & Health* [Internet]. 2017 [cited 2021 nov 15]; 5(2):40-46. Available from: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/view/1393/pdf> doi: 10.18606/2318-1419.
- 15- Santos E, Silva M. O desenho didático interativo na educação online. *Revista iberoamericana de educación* [Internet]. 2009 [cited 2021 nov 17]; 49(1):267-28. Available from: <https://doi.org/10.35362/rie490683> doi: 10.35362/rie490683.
- 16- Freire, P. *Pedagogia do Oprimido*. 11ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1994. 107p.
- 17- Pinheiro CW, Araújo MAM, Rolim KMC, Oliveira CM, Alencar AB. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. *Enfermagem em Foco* [Internet]. 2019 [Cited 2021 nov 20]; 10(3): 64-69. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2291/580> doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2291>.
- 18- Badin M, Toledo VP, Garcia APRF. Contribution of transference to the psychiatric nursing process. *Rev. Bra. Enferm.* [Internet], 2018[Cited 2021 nov 21]; 71(5):2290-2297. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0640> doi: 10.1590/0034-7167-2016-0640.
- 19- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e da outras providencias [Internet]. Brasília: COFEN; [Cited 2021 nov. 22]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html).
- 20- Silva RB, Bonatti GL. Reflexões sobre a clínica ampliada nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). *Psic. Rev.* [Internet]. 2019 [Cited 2021 nov 22];28(2):379-394 Available from: <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i2p379-394> doi: 10.23925/2594-3871.2019v28i2p379-394.
- 21- Chassot CS, Silva RAN. A pesquisa-intervenção participativa como estratégia metodológica: relato de uma pesquisa em associação. *Psicologia & Sociedade* [Intrnet] 2018 [Cited 2021 nov 22];30(s.n): e181737. Available from:

- <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30181737> doi: 10.1590/1807-0310/2018v30181737.
- 22- Merleau-Ponty M. A prosa do mundo. São Paulo. SP: Cosac Naify, 2012.
- 23- Sena EL, Gonçalves LH, Granzotto MJ, Carvalho PA, Reis HF. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2010 [Cited 2021 nov 22];31(4):769-75. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400022> doi: 10.1590/S1983-14472010000400022.
- 24- Garcia TR (org.). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® versão 2017. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- 25- Clares JWB, Nóbrega MML, Guedes MVC, Silva LF, Freitas MC. ICNP® nursing diagnoses, outcomes and interventions for community elderly. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2019 [Cited 2021 nov. 22];72(Suppl 2):191-198. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0540> doi: 10.1590/0034-7167-2018-0540
- 26- Clares JWB, Guedes MVC, Freitas MC. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em dissertações e teses brasileiras. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2020 [Cited 2021 nov. 22];22(56262): 1-12 Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.56262> doi: 10.5216/ree.v22.56262.
- 27- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 2012 dez 12;12(seção 1);59.
- 28- Oliveira MR, Almeida PC, Moreira TMA, Torres RAM. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem brasileira. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [Cited 2021 nov. 23];72(6):1625-1631. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0606> doi: 10.1590/0034-7167-2018-0606.
- 29- Merleau-Ponty M. O visível e o invisível. São Paulo. SP: Perspectiva, 2014.
- 30- Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo. SP: Martins Fontes, 2015.
- 31- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D. Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. 9ª ed. São Paulo. SP: Cultrix, 1973.
- 32- Furtado JP, Oda WY, Borysow IC, Kapp S. A concepção de território na Saúde Mental. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2016[Cited 2021 nov 22];32(9):e00059116. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116> doi: 10.1590/0102-311X00059116.

- 33- Albuquerque MCS, Brêda MZ, Maynard WHC, Silva DSD, Moura ECM. Relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais de saúde na atenção psicossocial. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2016 [Cited 2021 nov 22];21(3):01-09. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/11/2727/46528-189674-1-pb.pdf>.
- 34- Bruggmann MS, Souza AIJ, Costa E, Schneider DG, Schmitz EL, Mazera MS. Construção de um saber coletivo para implantação do processo de enfermagem em um hospital psiquiátrico especializado. *REME* [Internet]. 2019 [Cited 2021 nov. 22];23(s.n):e-1270. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190118> doi: 10.5935/1415-2762.20190118.
- 35- Lopes PF, Garcia APRF, Toledo VP. Processo de Enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. *Revista da rede de Enfermagem do Nordeste* [Internet], 2014 [Cited 2021 nov 22];15(5):780-788. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3241> doi: 10.15253/2175-6783.2014000500007.
- 36- Gonçalves PDB, Sequeira CAC, Silva MATCP. Content analysis of nursing diagnoses in mental health records in Portugal. *International Nursing Review* [Internet], 2019 [Cited 2021 nov 23];66(2):199-208. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30328112/> doi: 10.1111/inr.12493.
- 37- Myklebust KK, Bjørkly S, Råheim M. Nursing documentation in inpatient psychiatry: The relevance of nurse-patient interactions in progress notes-A focus group study with mental health staff. *Journal of Clinical Nursing* [Internet], 2017 [Cited 2021 nov 23];27(3-4): e611–e622. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29048775/> doi:10.1111/jocn.14108
- 38- Oliveira EC, Medeiros AT, Trajano FMP, Neto GC, Almeida SA, Almeida LR. Mental health care in the territory: conceptions of primary health care professionals. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2017 [Cited 2021 nov. 22];21(3): e20160040. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040> doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0040
- 39- Silva LL, Andrade EA. Autonomia no campo da saúde mental: uma revisão da literatura nacional. *REFACS* [Internet]. 2018 [Cited 2021 nov 23]; 1(1): 347-356. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955551010/html/> doi: 10.18554/refacs.v6i0.2921

- 40- Dutra VFD, Bossato HR, Oliveira RMP. Mediating autonomy: an essential care practice in mental health. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2017 [Cited 2021 nov 22];21(3): e20160284. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0284>. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0284.
- 41- Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, AM. (Org). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; p.13-8, 2015.
- 42- Barreto AP. *Terapia Comunitária Passo a Passo*. 3 ed. revista e ampliada. Fortaleza, CE: Gráfica LCR, 2008. 407p.
- 43- Oliveira FB. *Construindo saberes e práticas em saúde mental*. João Pessoa, PB: Editora Universitária/UFPB, 2002. 233 p.

## 5.2 MANUSCRITO 2: O (IN)VISÍVEL NA EXPERIÊNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

## O (IN)VISÍVEL NA EXPERIÊNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

### RESUMO

O estudo objetiva relatar a experiência da Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da inserção social e reabilitação de pessoas em sofrimento mental. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, fundamentado no referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty, acerca da percepção humana. Pesquisa fundamentada na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, realizada com usuários do Centro de Atenção Psicossocial do tipo II, em um município da Bahia, Brasil, no período de maio de 2019 a agosto de 2020. Foram realizadas algumas etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem, e para avaliação das intervenções entrevistas do tipo fenomenológica, cujo material resultante foi submetido à técnica Analítica da Ambiguidade. Os participantes revelaram a transcendência de uma noção de reabilitação psicossocial limitada pelo estigma social, marcada pela incapacidade para uma percepção de reabilitação constituída por diversas possibilidades de inserção em espaços no território e concretização de sonhos e projetos de vida. O estudo traz contribuições no campo da enfermagem, na medida em que pode mobilizar o potencial criativo de enfermeiros para realizar estratégias de cuidado voltadas à reabilitação psicossocial.

**Descritores:** Sofrimento Mental; Processo de Enfermagem; Atenção Psicossocial; Cuidados de Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), contemporâneo à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e à sua regulamentação, impulsionou a criação de uma rede de cuidados em saúde mental, com grande expansão dos serviços comunitários, os Centros de Atenção Psicossocial (Onocko-Campos, 2019; Amarante & Oliveira, 2018). Nesses serviços, o principal objetivo deve ser a inclusão social das pessoas com sofrimento mental na sociedade, na família e no trabalho, proporcionando o exercício do direito de cidadania e a autonomia (Bittencout & Francisco, 2017).

Desse modo, a consolidação dessa rede de serviços substitutivos ganhou maior ênfase com o surgimento da Portaria nº 3.088, considerada um novo arranjo organizativo de serviços e estratégias, que propôs a integração e interação de serviços e a construção de vínculos horizontais entre atores sociais e setores, sendo fundamentada na formação de uma Rede de Atenção Psicossocial e do cuidado no território (Brasil, 2011; Delgado, 2019).

O território constitui-se em um lugar capaz de revelar as diversidades, singularidades e realidades das pessoas que nele vivem, sendo por isso considerado um poderoso componente para análise e planejamento das ações em saúde (Silva & Pinho, 2015; Lancetti & Amarante, 2006). É preciso refletir que o território é indissociável do “ser”, pois o homem está interligado ao contexto em que vive, ao seu lugar de pertença, no qual se constroem as relações sociais, eles são também espaços vivos, pois se relacionam às experiências das pessoas que neles convivem, por meio da cultura, história, adaptações políticas e dos movimentos sociais (Prata, 2017).

O cuidado no contexto da saúde mental deve fundamentar-se na relação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com a cidade e com a experiência do usuário, numa articulação complexa que incorpora as noções de redes de produção de saúde e de território, sendo assim o CAPS pode tornar-se potente, na perspectiva em que possibilita a produção de cuidado nos espaços da vida cotidiana, com a reinserção social do usuário no ambiente familiar e na comunidade (Campos, Bezerra & Bessa, 2020; Morais et al., 2021).

As atividades ocorridas no território, os agenciamentos produzidos com organizações de cooperação, as produções de artes, atividades religiosas são novos settings terapêuticos mais eficazes e sintonizados com as novas formas de ver o sofrimento mental, pois a experiência de desconstrução manicomial ensina a importância do ir e vir, do dentro e do fora dos serviços, das bordas como espaços privilegiados para o florescer da subjetividade cidadã (Lancetti, 2014). Desse modo, de acordo com Beneditto Saraceno, para que haja reabilitação psicossocial é necessário a contratualidade em três grandes cenários no território: rede social, trabalho e comunidade (Saraceno, 2010).

De acordo com Ana Pitta, a reabilitação psicossocial é uma atitude estratégica complexa, compreensiva e delicada, cujo cuidado é dispensado a pessoas vulneráveis às condições sociais desfavoráveis, constitui um processo que tem como finalidade restaurar a autonomia da pessoa com sofrimento mental, dando ênfase às suas potencialidades (Pitta, 2010).

Essa proposta tem enfrentado um grande desafio com o incentivo à abertura de novos leitos e hospitais psiquiátricos, bem como o financiamento público de comunidades terapêuticas e a reintrodução da eletroconvulsoterapia entre as alternativas de tratamento de alguns transtornos mentais, conforme recomendado pela “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (Brasil, 2019; Delgado, 2019).

Tal cenário, evidencia um retrocesso do movimento de RPB e faz ver a necessidade de desenvolvimento de pesquisas que retratem experiências de enfermeiros no contexto da reabilitação psicossocial. Para tanto, faz-se necessário buscar os recursos locais existentes no entorno da comunidade, sendo bem-vindas parcerias com organizações, grupos de pessoas envolvidas com arte, projetos sociais que envolvam educação, trabalho, esporte, entre outros, no intuito de estimular a participação social (Lima & Yasui, 2014).

Um estudo sobre práticas de reabilitação psicossocial, desenvolvido por profissionais de enfermagem em um ambiente de baixo recurso, na África do Sul, tem focado em estratégias de melhoria da autoestima, aumento do conhecimento da doença, diminuição do isolamento social, melhoria da gestão financeira e engajamento em atividades de geração de renda (Broomke-Sumner, Selohilwe, Mazibuko & Petersen, 2018), corroborando as pesquisas desenvolvidas no Brasil, em que os enfermeiros buscaram atuar em diferentes espaços no território, com vistas à promoção de cultura, lazer e estratégias de economia solidária (Nóbrega, Domingos, Silveira & Santos, 2017; Vogel et al., 2019).

Nossa vivência como enfermeiras no exercício docente da disciplina “Enfermagem em Atenção à Saúde Mental”, em uma universidade pública, que tem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitou o acompanhamento de discentes em aulas práticas nos serviços de saúde mental, o que nos fez ver a necessidade de extrapolar os limites da instituição, no sentido de produzir cuidado no território. Assim, ocorreu o interesse e a decisão de realizar essa pesquisa, com caráter intervencionista, mediada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem, visando à reabilitação psicossocial de usuários com sofrimento mental, em contexto de retrocessos e enfrentamentos em prol da luta antimanicomial.

Desse modo, a pesquisa foi norteada pela seguinte questão: como a enfermagem, mediante a sistematização da assistência, pode contribuir para a inserção social e reabilitação de pessoas com sofrimento mental? Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo relatar a experiência da Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da inserção social e reabilitação de pessoas em sofrimento mental.

## **MÉTODO**

### **Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, fundamentado no referencial teórico-filosófico de Maurice Merleau-Ponty, acerca da percepção humana. Em seus estudos sobre o tema o autor recorreu à arte, à literatura, ao cinema, entre outras áreas, inspirando-se em obras como a de Paul Cézane, que procurava representar o enigma da visibilidade ontológica (Merleau-Ponty, 2014).

De acordo com o filósofo, o Ser, de forma semelhante à uma obra de arte, é aquele que se dobra sobre si mesmo e produz um vazio, uma ausência, uma falta e, assim, o pintor se volta para o visível em busca de um invisível e vai criando um visível em sua inserção na natureza. Assim, compreende que o ato de pintar é ambíguo, na medida em que o pintor não escolhe o que pensar ou sentir (Merleau-Ponty, 2014).

Este artigo corresponde a um recorte da tese de doutorado intitulada “Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção psicossocial: percepção do usuário”, desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

### **População**

Participaram do estudo 12 usuários que vivenciam o sofrimento mental e fazem tratamento no Centro de Atenção Psicossocial do tipo II (CAPS II), em Jequié, Bahia, Brasil. O serviço atende cerca de 50 usuários que frequentam, pelo menos, uma vez por semana; e 1400 que não frequentam diariamente.

No que refere às características dos participantes do estudo, 9 são do sexo masculino e 3 do sexo feminino; 7 recebiam auxílio doença e 5 não recebiam; 1 tem ensino superior incompleto, 3 concluíram o ensino médio, 1 tem ensino médio incompleto, 1 ensino fundamental completo e 6 ensino fundamental incompleto, 8 eram de religião protestante, 3 católicos e 1 não tem religião; 1 casado e 11 solteiros; a idade variou de 23 a 64 anos; quanto ao tempo de inserção no CAPS, foi de 1 a 17 anos.

### **Critérios de seleção dos participantes**

Foram utilizados para seleção dos participantes os seguintes critérios: ser maior de dezoito anos; ser usuário do Caps II; e estar frequentando assiduamente as atividades

desenvolvidas no serviço; considerando que a proposta de construção da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no CAPS exigiria a presença constante dos participantes, a fim de estabelecer um relacionamento terapêutico, as intervenções e avaliações. Não foram incluídos na pesquisa os usuários que estavam vivenciando situação de crise naquele momento.

### **Coleta de dados**

Antes de iniciarmos a pesquisa propriamente dita, desenvolvemos a parte interventiva do estudo, que consistiu na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com enfoque na reabilitação psicossocial dos participantes, no período de maio a dezembro de 2019. A SAE seguiu todas as etapas inter-relacionadas e interdependentes preconizadas, a saber: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (Martins, Costa & Santos, 2021).

No presente estudo, abordamos sobre as seguintes etapas da SAE: relatos dos usuários referentes à coleta de dados, mais precisamente ao histórico de enfermagem, em que realizamos perguntas sobre o conviver com o sofrimento mental, o que significava para eles reabilitação psicossocial e as experiências que tiveram com os estudos e com o trabalho; o planejamento e implementação de algumas ações de cuidado, dentre elas uma reunião que realizamos no serviço para dialogar com os participantes sobre sonhos, projetos de vida e felicidade e o que seria necessário para conquistá-los, a inserção deles no ambiente escolar e em um curso de bateria.

Durante o momento da reunião abordamos que todos nós temos sonhos e que é preciso lutar para conquistá-los, indagamos, então, quais eram os sonhos dos usuários e a partir daí os mobilizamos a pensar quais as estratégias que poderiam utilizar para conquistá-los. A maioria chegou à conclusão de que voltar a estudar seria um caminho. Esse momento permitiu tornarem-se visíveis projetos de vida que pareciam estar, há muito tempo, adormecidos.

Outra estratégia de reinserção social realizada no estudo, foi a inserção de alguns usuários em ambiente escolar, sendo que procuramos inserir aqueles que expressassem o desejo de voltar a estudar e não somente os que participavam do estudo. No entanto, foi necessário compreender como se dava a relação usuário-escola, e descobrimos que, a maioria deles, havia abandonado a escola, cursando apenas até o Ensino Fundamental. Grande parte deles também não tinha acesso ao histórico escolar, então, fomos até à Secretaria de Educação do Município em busca de informações sobre os históricos e conseguimos os de 02 usuários.

No que refere aos participantes da pesquisa, 03 tiveram interesse em retornar os estudos, sendo que um já havia concluído o Ensino Médio, e procuramos inseri-lo em um cursinho preparatório para processos seletivos da universidade, oferecido pelo do governo. Ajudamos também outro usuário a fazer a inscrição na prova do Instituto Federal de Educação da Bahia (IFBA), para concluir o Ensino Médio. Ele morava em um bairro bastante distante e difícil de sinal de celular, no dia da prova, no domingo, fomos até lá, levamos caneta, água e dinheiro para o transporte até o local da prova. Apesar de não ter sido classificado, ele relatou a experiência como mobilizadora para o retorno aos estudos.

Outro participante vivenciava conflitos com a família em relação ao retorno ao espaço escolar, pois informou que um dos desencadeadores do sofrimento mental foi o consumo de drogas, que se iniciou na escola, portanto, a família tinha muito medo de que ele voltasse a estudar. Durante a realização das visitas domiciliares, dialogamos com a família sobre a importância de o usuário retornar à escola, e aos poucos fomos conseguindo uma contratualidade com a mãe desse usuário, que permitiu que ele estudasse. Tentamos matriculá-lo em uma escola no bairro onde morava, mas não havia mais vaga, fomos então até a Secretaria de Educação, que se dispôs a ligar para ele assim que tivesse uma vaga na escola, no entanto, devido à pandemia, ele não teve possibilidade de iniciar os estudos.

Devido às dificuldades de inserção dos usuários no ambiente escolar, principalmente devido à falta do histórico, fomos buscar outras estratégias que proporcionassem a eles a oportunidade do estudo, foi quando um dos usuários lembrou da proposta da Educação de Jovens e Adultos (EJA), o que nos mobilizou a irmos até a Secretaria de Saúde tentar conseguir um professor para ministrar aulas para eles, no entanto, não seria algo tão rápido, entramos então contato com um pedagogo que se formou na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) no curso de pedagogia e que se dispôs a estar indo ministrar aulas para os usuários.

O professor sempre procurava ensinar os usuários em dupla para facilitar o aprendizado e o planejamento de atividades e práticas pedagógicas basearam-se no método da palavra geradora e pensamentos de Paulo Freire. As aulas tinham a duração de no máximo 2 horas, ocorriam no CAPS e duraram 3 meses.

Outra intervenção correspondeu a inserção dos usuários em um curso de bateria na Casa da Cultura, que se iniciou por meio de uma visita ao local, em que percebemos o desejo dos usuários de aprenderem a tocar o instrumento. Realizamos a matrícula deles e passamos a acompanhá-los ao curso duas vezes na semana, no início e, após eles passaram a ir sozinhos, tomavam café da manhã no CAPS e iam de ônibus para o curso, durante um período de 04

meses. Também participaram de apresentações realizadas pela Casa da Cultura, como um desfile cívico-militar de 7 de setembro, um evento cultural e uma apresentação no Natal.

A fase de avaliação das intervenções ocorreu no período de janeiro a agosto de 2020 e correspondeu à entrevista fenomenológica propriamente dita, em que perguntamos aos usuários como foi para eles participar das diversas etapas de desenvolvimento da SAE.

A entrevista fenomenológica constitui um processo de diálogo e interativo entre duas pessoas, cujo objetivo é estimular o entrevistado a reconhecer e expressar o significado, o sentido da experiência vivida relacionada à pesquisa (Salvador, 2014). As entrevistas foram agendadas por contato prévio com os participantes e ocorreram no CAPS, considerando o melhor dia e horário para eles. No entanto, como algumas foram realizadas durante a pandemia da COVID 19, em 2020, tiveram que ocorrer online, utilizando o aplicativo google e WhatsApp e, tendo uma duração média de 30 minutos a 1 hora. Todas foram gravadas por meio de gravador eletrônico, e, posteriormente, transcritas para análise.

### **Análise e tratamento dos dados**

Os textos resultantes das entrevistas, foram submetidos à técnica Analítica da Ambiguidade, que consiste em uma estratégia de compreensão de descrições empíricas originárias de estudos de base fenomenológica. Por meio da qual fizemos leituras primorosas do material, buscando perceber a relação figura-fundo, que emerge do texto e de suas entrelinhas. Conforme o pensamento dos autores da estratégia, enquanto estamos lendo o material empírico sentimos algo com o qual nos identificamos e “somos capturados por uma experiência inédita que nos faz trazer para o presente um mundo que nos é estranho, mas que, ao mesmo tempo, parece-nos familiar”. Trata-se da presentificação de uma vivência criativa em suspensão de uma tese socialmente constituída, que aprisiona o sujeito a uma visão objetivista das coisas (Sena et al., 2010, p.773).

A Analítica da Ambiguidade seguiu as etapas: realização de leitura primorosa das descrições; identificação de teses que sustentam a objetificação das coisas como um em si; percepção de expressões que revelam ambiguidades e que se caracterizam como perfis de um todo que se impõe a nós como experiência fenomênica (Sena et al., 2010).

### **Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia com o protocolo de nº: 3.589.744 e CAAE: 14115718.6.0000.0055. O estudo seguiu os princípios éticos preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisas com seres humanos (Brasil, 2012).

A coleta dos dados foi realizada com o esclarecimento aos participantes sobre os objetivos da pesquisa, metodologia proposta, riscos e benefícios, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A representação do nome dos participantes foi expressa por nome de fictício de pessoas, garantindo o sigilo e anonimato durante todo o processo de pesquisa.

## **RESULTADOS**

Os resultados do estudo desvelam experiências de reabilitação de pessoas com sofrimento mental, segundo a perspectiva da fenomenologia merleau-pontyana, que nos possibilitou desenvolver a SAE no campo da saúde mental para além do objetivismo tecnicista, mediante a valorização e a prática da intersubjetividade. Portanto, buscamos estabelecer um olhar mais aguçado na leitura dos históricos de enfermagem e das descrições vivenciais dos participantes, emergentes na fase de avaliação da SAE, o que permitiu vivenciar a produção do cuidado de enfermagem em saúde mental no contexto do território. Assim, no presente artigo, os resultados foram organizados em uma categoria temática, conforme passaremos a apresentar.

### **Entre o sofrimento mental e a (re)construção de projetos de vida**

A categoria foi construída a partir da identificação e desconstrução de teses incorporadas pelos participantes, que revelaram a transcendência de uma noção da concepção de reabilitação psicossocial limitada pelo estigma social, que impõe incapacidade às pessoas com sofrimento mental, enquanto processo limitado pelas implicações que o sofrimento mental parecia lhes impor para um a percepção de reabilitação mediada por um conjunto de possibilidades de (re)inserção em diversos espaços territoriais.

Inicialmente, apresentamos as descrições seguintes que revelam a expressão dos participantes do estudo, que revelam, por exemplo, indisposição para a interação social, os relatos que demonstram os sentimentos de incapacidade para o trabalho, quando lhes propusemos

que no primeiro olhar pode mostrar-se como limitações para a inserção nos diversos espaços comunitários território, inclusive e em espaços de trabalho, conforme mostram as descrições:

*Eu sinto vontade só de ficar em casa, não sinto vontade de passear, vários passeios que tiveram aqui para Vitória da Conquista, Ilhéus, UESB, eu nunca fui, eu não gosto de ficar passeando. (Jhonata)*

*Eu não queria ter esse problema. Eu queria ter o meu trabalho, como antes. Não ter problema nenhum, mas, a gente não pode fazer nada, só Deus é quem sabe. Aí pronto! Prejudicou a minha mente e não tive como fazer mais nada. Eu queria voltar ao meu trabalho, mas eu não consigo. (Eduardo)*

Nesse contexto, os usuários relataram implicações do sofrimento mental em suas vidas, o que mobilizava sentimentos de não aceitação da doença e angústia, por perceber que as pessoas não os viam como normais, conforme mostram as descrições:

*[...] Em todos os lugares que eu ia com os amigos, tomar cerveja, os caras diziam: não pode, você toma remédio! Ai, eu parei de andar com eles e comecei a, realmente, tomar os remédios. (Marcos)*

*[...] eu achava que eu era normal, as pessoas falavam para mim que minha mãe tinha problema e que eu também tinha. Aí, para mim, ficou uma situação ruim, porque todo mundo me conhecia, eu já trabalhei em vários lugares; as pessoas me viam, mas não sabiam o que eu passava, que tinha as crises, que vinha as angústias, os pensamentos negativos; e as pessoas viram que eu era depressivo, ai, aquilo foi uma angústia para mim. (Emerson)*

*Viver com esquizofrenia é viver quieto, não mexer com ninguém, porque hoje em dia está perigoso. (Mateus)*

A experiência dialógica durante a realização dos históricos de enfermagem mobilizou os usuários a falarem sobre perspectivas de vida, como o viver em sociedade e participar de

atividades domésticas, além de inserir-se no mercado de trabalho, em outras estratégias de geração de renda e em espaços de cuidado, conforme demonstrado nas falas:

*Está inclusa na sociedade, aquilo que a gente tanto discute. É você voltar a ter esse espaço na sociedade, fazer coisas que também tem a ver com a geração de renda, tem a ver com o trabalho e todo o seu tratamento aqui no CAPS.(Valquiria)*

*Trabalhar...eu trabalhava; trabalhei de vigia noturno, trabalhei no carro do lixo...a gente vai colocando no costume o trabalho. Depois que eu adoeci é que não pude, então, parei. Eu queria voltar a trabalhar de vigia de novo. Eu tenho o meu salário, mas eu não queria ter o meu salário por causa de doença não. Eu queria o meu salário do meu suor mesmo, que eu derramasse correndo. (Eduardo)*

*Não ficar no CAPS o dia todo. A minha cunhada quer que eu venha para cá (CAPS) todos os dias, mas, às vezes, dar vontade de ficar em casa ajudando ela. Também gostaria que tivesse atividade de crochê. Se eu tivesse como, voltaria a trabalhar, porque quando eu trabalhava eu tinha meu serviço, meu dinheirinho. (Sônia)*

*Eu entendo o que quer dizer reabilitação psicossocial, é retornar à sociedade, ter uma vida normal. Seria ajudar a gente a se engajar na sociedade. Inserir, arranjar um trabalho, viver uma vida normal como todo mundo. (Gilson)*

Ao falarem sobre sonhos, seus desejos, projetos de vida e felicidade os participantes reconheceram que a realização deles dependeria do seus esforços e engajamentos, como mostram as descrições:

*No meu futuro, eu penso em um casamento e estar bem financeiramente. Se eu pudesse me tornar um empresário, trabalhar com contas, montar a minha empresa, sem depender de patrão[...]. Deus tem um chamado para mim também, de viajar e ir pregando o evangelho. [...] eu tenho vontade de ser psiquiatra, só que eu não quero pagar o preço que tem para chegar lá. (Mario)*

*Meu sonho é ser policial! E o que é que tem que fazer? Estudar. Eu não ganhei ainda uma bateria porque eu não quis da igreja, porque eu fazia aula de bateria, as pessoas da igreja que pagavam, e eu botava a cara mesmo. (Marcos)*

O diálogo sobre sonhos, projetos de vida e felicidade mobilizou o desejo dos participantes de realizá-los, como mostram as descrições:

*[...] eu aprendi que cada pessoa aqui no CAPS tem um sonho a se realizar. Mesmo que tenha o seu problema, tem um sonho. Para eles, a vida não acabou, não é porque está doente que a vida acabou, a vida tem sentido. Então, eu achei muito interessante, que eles têm algo a se realizar um dia. (Noelia)*

*Esse momento fez pensar que é importante os pacientes serem felizes, que eles possam realizar seus sonhos cada dia mais. Que se eles recebem o benefício não é para ficarem presos, é para terem sua liberdade, para tomar um sorvete e também poder namorar, poder se distrair numa festa. A família levá-los para passear, se distrair um pouquinho, que isso aí ajuda na saúde mental do paciente. (Emerson)*

Nesse contexto, surgiram descrições referentes à experiência de estar na escola ao mesmo tempo em que vivenciavam as primeiras crises de sofrimento mental, bem como as mudanças decorrentes da busca por tratamento, conforme revelam as descrições:

*[...] Eu estava na escola. O povo viu que eu brincava muito, mas aí fiquei quieta, foi quando eu passei mal e comecei a me bater e o pessoal achou que eu iria morrer [...] chamaram a professora, me colocaram sentada. Mas eu não conseguia falar nada, e todo o mundo dizendo que tinha que me internar. Aí três colegas me pegaram e me levaram para casa, chamaram minha tia e minha avó, e me deixaram lá; depois eu fui para o psiquiatra. [...] lembro-me de que ele falou que iria me colocar onde os loucos ficam, aí minha tia e minha avó endoidaram, disseram que iam cuidar de mim em casa...e eu desisti de estudar. (Valquiria)*

*[...] eu batia a cabeça na parede, brigava com alguns amigos. [...] depois que comecei a tomar os medicamentos, passar pela psicóloga, toda semana tinha que ir para*

*Salvador, ía sexta e ficava quase a semana toda passando pelo médico lá, faltava muito a escola. (Emerson)*

A reinserção dos participantes no contexto escolar mostrou o senso de valorização pessoal, autonomia e empoderamento, o que abriu perspectivas de reabilitação para além do ambiente do CAPS, e possibilidade de superação das limitações, mediante a ocupação de outros espaços sociais e de uma maior interação, conforme mostram as descrições:

*[...]entendi que existe a vida cá fora, que a gente precisa viver socialmente, desenvolver, trabalhar, estudar, ser feliz. Eu reclamo do problema psiquiátrico, porque muita gente passa a vida toda, não faz mais nada por causa do problema psiquiátrico. [...] com certeza a minha participação nessa pesquisa mostrou-me que eu posso ir além, tanto que estou pretendendo voltar a estudar de novo, já coloquei isso na cabeça [...] não existe só o mundo do CAPS, a gente tem que trabalhar, tem que estudar, se sentir útil. (Gilson)*

*[...]a educação é o caminho de um futuro melhor, não existe outro caminho para você ter um futuro mais estabilizado. [...] a educação nos ajuda a estar inseridos na sociedade, não só dentro do CAPS, é bom você estar em outros ambientes sociais, porque você socializa melhor, e acredito que a qualidade de vida melhora também[...] o ser humano não vive só, solidão é uma coisa muito triste [...] você se envolver com pessoas, além de adquirir experiência, melhora também a qualidade de vida. (Fábio).*

*Me ajudou a saber ler um livro, escrever é importante porque é cultura, educação, saber as coisa do mundo. (Lucas)*

*[...] Eu achei muito interessante e válido os projetos que vocês fazem para gente, como o projeto de levar as pessoas para a escola. Assim, eu vejo que, comparando com o meu passado, a história do meu passado, para agora, se eu fosse começar o estudo agora eu me sairia melhor do que antes. (Mario)*

Por outro lado, a experiência de inserção em um curso de bateria, desvelou o sentimento de bem-estar e diversão, além de promover uma conexão com a cultura local, conforme descrições a seguir:

*[...] ali para mim foi maravilhoso, ali eu me achei [...] foi muito bom [...] foi muito lindo mesmo [...] eu gostei também de sair na rua (no desfile de 7 de setembro, comemoração do aniversário da cidade) [...] tinha muita gente, apesar de que não foi só nosso grupo, foi o de capoeira e os outros. O prefeito estava lá e assistiu também [...] teve uma mulher que falou que o melhor grupo que saiu foi o nosso [...] para mim foi muito especial, queria que voltasse tudo de novo [...]. (Eduardo)*

*Foi bom! Eu aprendi um monte de coisa...a tocar um instrumento e outro, conversando com todos os meus colegas [...] eu tocava outros instrumentos lá, aí outros tocavam outros e foi assim [...] chegava o dia a gente ia para lá, não tinha coisa melhor. (Lucas)*

*[...] eu tinha alguma coisa para fazer, não ficava de bobeira dentro de casa. Eu ia para aula de bateria, me divertia com os meus amigos [...] a gente tocou para todo o mundo ver. Eu gostei, porque nunca tinha tocado no 7 de setembro e nem no aniversário de Jequié [...] eu gostei. Fiquei famoso [...] eu nunca tinha feito isso em público. Igual ao dia do Natal, ali eu fiquei com medo, mas depois eu me soltei [...]. (Marcos)*

As descrições sobre a importância dessa pesquisa mostraram o desejo dos participantes de desenvolver relações afetivas, capazes de mobilizar a vida em sociedade, o que inclui o desenvolvimento pessoal, a superação da solidão e da tristeza, além da construção da perspectiva de um futuro com mais qualidade de vida, como revelam as descrições:

*[...]eu me influir muito, foi uma coisa que eu pedia tanto a Deus, foi uma coisa que Deus me ajudou e quem está me ajudando é você, que vinha de longe para nos ajudar a entrar no ritmo [...]eu estava me devolvendo muito. (Eduardo)*

*Me ajudou a ver que existe a vida cá fora (extra CAPS), que a gente precisa viver socialmente, desenvolver, trabalhar, estudar, ser feliz [...] é importante para inserir a gente na sociedade, pra que a gente não fique ali só alienado, pensando na doença [...]*

*chega pessoas novas, com ideias diferentes, com ideias novas e mostra que a gente não é só aquela doença, não é só aquele problema. (Gilson)*

*[...] foi importante porque a gente se desenvolve [...] você não pode ficar totalmente isolado [...] é bom ter amizade com todos [...]. (Jhonatan)*

*[...] me fez ver que o ser humano não vive só [...] além de você adquirir experiência, melhora também a qualidade de vida, ainda mais a gente que tem problema de cabeça. Acredito que isso é muito necessário. (Fábio)*

*Me ajudou a sair da sensação de estar perdido e a encontrar uma boa estrada, sair da má estrada para a boa [...] a gente se sente melhor do que aquele passado velho [...] a gente pode contar as coisas boas de hoje...é melhor do que ficar isolado. (Lucas)*

## **DISCUSSÃO**

A experiência de reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento mental, nesse estudo, foi mobilizada pela intersubjetividade emergente nos encontros dialógicos com os participantes. Como a contemplação de uma obra de arte, a todo tempo diferentes perfis de reabilitação psicossocial se mostravam ao fazermos relação figura-fundo das expressões verbais e não verbais; cada vez que aguçávamos o olhar, novos perfis iam surgindo, de modo que aqueles ainda não vistos procuravam um território para coexistirem. Diz Merleau-Ponty, que isso ocorre porque há uma relação entre o objeto percebido e a percepção; os binômios visível e invisível, presença e ausência, atividade e passividade habitam o ser, não sendo eventos contraditórios, mas como o verso e o reverso de uma moeda (Merleau-Ponty, 2014).

No início do estudo, quando solicitávamos aos participantes para falarem sobre o significado da vivência de sofrimento mental, foram surgindo questões relacionadas ao estigma da doença, aos efeitos indesejados das medicações, às angústias, à não aceitação da condição de sofrimento, à incapacidade para o trabalho, à indisposição para se inserir nos espaços sociais, entre outras. Tais questões nos remetiam a um conjunto de teses naturalistas impeditivas ao processo de reabilitação psicossocial. Segundo a perspectiva merleau-pontyana, podemos compreender o discurso que sustenta o objetivismo das teses como o visível, ao primeiro olhar,

mas, entendemos, também, que o visível pressupõe o invisível, aquilo que pode ser visto mediante o olhar aguçado.

Nesse contexto, o estudo mostrou que as pessoas com sofrimento mental, não obstante aos avanços nas dimensões teóricas e práticas no campo da saúde mental, ainda revelam concepções e atitudes de autoestigma, por influência do modelo psiquiátrico de tratamento. Assim, muitos deles exprimem sentimento de rejeição da doença, relacionados a toda uma construção social, que lhes impôs a crença de que são perigosos, desconstituídos de razão e de saber sobre si (Barbosa, Caponi & Verdi, 2018). Esse construto oriundo da cultura manicomial desconsidera o contexto de vida da pessoa com sofrimento mental e enquadra a sua existência a diagnósticos naturalizados e abstratos (Basaglia, 2005).

Em contrapartida, a relação de cuidado desenvolvida nesse estudo segue a lógica do pensamento de Michel Foucault, no sentido de colocar a doença mental entre parênteses, sem negá-la. Em nossa vivência no processo de reabilitação dos participantes do estudo, corroboramos a convicção de que não devemos aceitar a capacidade do saber psiquiátrico de explicar e compreender completamente a loucura, pois percebemos que muitas limitações na vida das pessoas com sofrimento mental não tinham relação com o estar doente, mas com o ser institucionalizado (Amarante, 2003). Isso ocorre porque a lógica manicomial reduz o sujeito a uma categoria nosológica e desconsidera as demais dimensões da existência humana, o seu contexto político, cultural, espiritual, econômico, entre outros (Moraes et al., 2021).

No percurso de construção da reabilitação psicossocial em questão, percebemos vivências que não estavam relacionadas à doença em si, como evidenciado em algumas descrições, pois o sofrimento não é apenas um estado individual ontológico e interno, mas pode ser resultante de interações sociais que levam a pessoa a um estado de perda de sentidos, descentralização, sensação de vazio, impotência e à não adaptação (Yasui, Luzio & Amarante, 2003), o que ocasiona uma das maiores vulnerabilidades da vida, a perda da contratualidade social (Saraceno, 2001). Podemos perceber claramente na descrição de um dos participantes, que a visão de que ele era anormal foi construída a partir do olhar de outras pessoas.

O filósofo Merleau-Ponty afirma que o outro que me vê faz com que eu mesma tenha, de alguém ou de mim, uma única imagem, na qual eu e o outro estamos implicados, “minha consciência de mim mesmo e o meu mito do outro não são duas contraditórias, mas o avesso uma da outra” (Merleau- Ponty, 2015, p.86).

Nesse sentido, a pessoa com sofrimento mental acaba aplicando para sua vida os estereótipos construídos sobre a doença, durante a inserção no mundo sociocultural, nas suas

relações, o que pode ocasionar a diminuição da autoestima, sentimentos de angústia, e, na tentativa de evitar a rejeição, o isolamento (Nascimento, 2019; Cassiano, Marcolan & Silva, 2019). Esses eventos foram evidenciados nas descrições dos participantes, a exemplo de Marcos e Mateus, ao tentarem tornar visível os motivos pelos quais eles se afastavam das pessoas que reforçavam suas limitações e/ou características relacionadas ao sofrimento mental.

No entanto, durante a construção do histórico de enfermagem, ao falarem de suas percepções sobre reabilitação psicossocial, os participantes do estudo desvelaram ambiguidades relacionadas às convicções de que o sofrimento mental pode constituir empecilho à reabilitação; ao mesmo tempo, revelaram possibilidades de inserção social, principalmente relativas ao trabalho. A inclusão social pelo trabalho faz parte das estratégias da atenção psicossocial apontadas no referencial teórico da Reabilitação, já que promove a articulação de campos de interesse, desejos, necessidade e desenvolvimento do potencial criativo (Saraceno, 2001; Silva & Ferigato, 2017; Santiago & Silvio, 2020).

A etapa de construção dos históricos nos remeteu ao pensamento merleau-pontyano, de que para se “ver bem” é preciso aproximação, sendo as novas perspectivas adquiridas determinações da própria coisa (Merleau-Ponty, 2014) e, assim, compartilhamos o desejo de desvendar o verdadeiro sujeito que habita o ser humano e que sempre o habitou. Assim, as descrições dos participantes mostraram estratégias de cuidado voltadas à reabilitação psicossocial, que confirmam a importância de buscarmos ver as coisas além delas mesmas, de modo a tornar visíveis possibilidades e potencialidades de todos os envolvidos no processo, o que, em termos merleau-pontyanos, ocorre como transcendência daquilo que era invisível.

Enfermeiros têm utilizado habilidades terapêuticas fundamentadas no diálogo para contribuir com a reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento mental, como terapias de aceitação, compromisso e narrativas, resolução de conflitos e entrevista motivacional (Browne & Hurley, 2018). Essas estratégias devem visar o exercício da cidadania e da contratualidade, que ocorre por meio do acompanhamento dos usuários em cenários da vida cotidiana, mediante o desenvolvimento de relações de negociação voltadas à ampliação de redes sociais e de autonomia (Kinoshita, 2016; Saraceno et al., 2016).

A reabilitação psicossocial constitui um processo de restituição do poder contratual da pessoa com sofrimento mental, com vistas a ampliar a sua autonomia, que constitui a capacidade da pessoa de gerar normas, ordens para sua vida, conforme as diversas situações que enfrente (Kinoshita, 2015).

Nessa perspectiva, utilizamos nosso poder contratual de enfermeiras para mobilizar o diálogo sobre o que parecia invisível na vida dos participantes, ou seja, sonhos, desejos, projetos de vida e felicidade. Esse momento ocorreu, como diz Merleau-Ponty (2014), como um movimento constante de reversibilidade entre o visível e o invisível. Em virtude do potencial das relações de cuidado, aquilo que achávamos que era nosso, a saber, a intenção de tornar possível a inserção dos participantes em diversos espaços sociais, mostrou-se como algo imanente. A sensibilidade oportunizou a expressão daquilo que estava à espera de se manifestar.

De acordo com Merleau-Ponty, o invisível nos ronda, ele está sempre ali, estamos vendo e sentindo em todos os nossos sentidos e *“em algum lugar atrás desses olhos, atrás desses gestos, ou melhor, diante deles, ou ainda em torno deles, vindo de não sei que fundo falso do espaço, outro mundo privado transpareça através do tecido do meu, e por um momento é nele que vivo”*(Merleau-Ponty, 2014, p.22; Martins, Costa & Santos, 2021).

O diálogo com os participantes do estudo sobre seus sonhos despertou neles a potência, o “eu posso”, conforme se pode ver na fala de Noélia “a vida não acabou, não é porque está doente que a vida acabou, a vida tem sentido”, e realçou o pensamento de que a terapêutica pode ir muito além da cura do sofrimento mental (Dutra, Bossato Hercules & Rosena, 2017; Lancetti & Amarante, 2006), pois deve ser capaz de produzir vida, sentido e sociabilidade na utilização dos espaços coletivos de convivência das pessoas com sofrimento mental (Amorim & Severo, 2019).

A intersubjetividade entre nós e os participantes desvelou estratégias de cuidado voltadas à realização de sonhos. Nesse contexto, surgiram as descrições relacionadas à experiência deles no ambiente escolar, ao mesmo tempo em que se evidenciou o potencial da escola para promover reabilitação psicossocial. As lentes merleau-pontyanas nos levaram a perceber que a experiência só é possível porque há uma dimensão sensível entre nós, [...] estamos inseridos no mundo e temos cumplicidades (Merleau-Ponty, 2015). Assim, as descrições revelaram a superação de sentimentos de incapacidade para o aprendizado e as “limitações” relacionadas aos sofrimento mental, ao mesmo tempo em que desvelaram a disposição dos sujeitos para retornar aos estudos.

Desse modo, começamos o processo de reinserção de três participantes na escola, cuja temporalidade tornou visível o sentimento de “eu posso” (Merleau-Ponty, 2015) do participante Mario, que, ao retomar a vivência da escola, demonstrou interesse em recomeçar os estudos e perspectivas de futuro.

Assim, as descrições dos participantes da pesquisa revelaram que a experiência de inclusão no espaço escolar e em outros ambientes de socialização, constitui possibilidade de um futuro melhor para os usuários do CAPS II. O achado corrobora argumentos de estudiosos sobre a reabilitação psicossocial, que defendem como um dos princípios norteadores desse modelo de atenção a oportunidade de realizar trocas de recursos e de afetos (Saraceno, 2001; Bittencourt & Francisco, 2017).

A experiência de acompanhar os participantes do estudo na busca da concretização de seus sonhos desvelou a importância do diálogo entre os trabalhadores do CAPS e outros sujeitos sociais que atuam no território de concretização de sonhos e desejos, os quais foram manifestados pelos participantes do estudo. Assim, o movimento de inserção de usuários do CAPS em outros espaços sociais além deste serviço, fez ver o potencial do diálogo para promover autonomia e ruptura com o processo de cronificação, que ocasiona a perda da potência do território enquanto espaço vivo e relacional (Amorim & Severo, 2019).

Neste artigo, apresentamos a experiência de inserção dos participantes de nosso estudo em um curso de bateria. Após o período de aulas foram convidados a participar do desfile municipal cívico-militar de 7 de setembro, cujas exposições ocorreram, respectivamente, na Casa da Cultura e em frente à Prefeitura Municipal. Três dos participantes relataram que a inserção nas atividades envolvendo o curso de bateria proporcionou-lhes aumento da autoestima, aprendizado, interação social e diversão, o que mostra o efeito positivo de intervenções que: favorecem a reconstrução do imaginário social dos próprios usuários sobre a loucura; os atendam em suas singularidades; permitam a invenção de novos saberes; e fortaleçam a contratualidade, a produção de autonomia e o empoderamento (Santos & Martins, 2016; Amarante & Torre, 2017).

Concordamos com a tese de que o diálogo e a escuta são essenciais às interações desenvolvidas no território em momentos nos quais os usuários estejam vivenciando estratégias de reinserção social, no convívio íntimo e cotidiano (Lancetti & Amarante, 2006; Santos et al., 2019). A experiência de acompanhar os participantes ao curso de bateria revelou a potência do vínculo afetivo construído entre eles e o professor, que demonstrou a desconstrução do estigma da impossibilidade de se relacionar com a pessoa com sofrimento mental, ao informar que não precisaria mais da nossa presença durante as aulas.

Desse modo, os participantes relataram a experiência de participação no estudo como uma oportunidade de enxergar que existe vida fora do CAPS. Que é necessário socializar, trabalhar, estudar e ser feliz; que a vida não se resume à doença, e que não é bom viver sozinho.

Na perspectiva merleau-pontyana, o espaço e as possibilidades de desenho transcendem a nós próprios; o espaço ou o desenho que fiz não é só o que eu vejo ou poderia ver, mas o que todos os envolvidos neste espaço podem ver; assim, a intersubjetividade especializa-se nestas vastas possibilidades (Merleau-Ponty, 2014).

O processo de intersubjetividade com os participantes fez com que desenhassemos com eles novas pinturas de cuidado, o que se assemelha ao ato de pintar uma tela, em que o artista não sabe por onde começar ou terminar (Merleau-Ponty, 2014). Cada vez que olhávamos, mudávamos nosso olhar, visualizávamos o que ainda não havia sido visto e percebíamos o caráter incoativo da arte de cuidar, que é inacabada. Assim, foi necessário usarmos o nosso potencial criativo do ser-enfermeiras para abriremos possibilidades de escuta, vínculo, imbricamento com o outro, sem medo do acaso ou da impossibilidade, pois sempre na relação com o outro é possível produzir desenhos de cuidado.

## **CONCLUSÃO**

A perspectiva desse artigo foi descrever caminhos trilhados e que, enquanto enfermeiras, buscamos desenvolver no sentido de construir ao lado de pessoas com sofrimento mental sua reabilitação psicossocial. O primordial do trabalho não foi considerar se houve vitórias ou derrotas, erros ou acertos no processo, até porque não estamos propondo um modelo de reabilitação, mas relatando experiências, que se propõem a acionar, por meio dos vividos de quem os escreve, os vividos de quem os lê.

No início do estudo, os participantes demonstravam sentimento de incapacidade pelo fato de vivenciar o sofrimento mental, a não aceitação da doença e algumas limitações ao processo de reinserção social. No entanto, a experiência dialógica fez ver novas perspectivas de inserção no mercado de trabalho, em estratégias de geração de renda, em outros espaços no território, ao mesmo tempo em que permitiu que eles visualizassem sonhos, projetos de vida e de felicidade e que, para conquistá-los, seria necessário esforço e engajamento.

A pesquisa desvela, ainda, a experiência dos participantes em espaços educativos. A qual mobilizou o senso de valorização pessoal, a autonomia e o empoderamento; abriu perspectivas para que eles extrapolassem o ambiente do CAPS e ocupassem outros espaços no território. Outra experiência, a inserção no curso de bateria, revelou-se sentimento de bem-estar, diversão e inserção social. Os participantes demonstraram que as experiências de reabilitação

psicossocial foram capazes de mobilizar o desenvolvimento pessoal, a superação da solidão e da tristeza, além da construção da perspectiva de um futuro com mais qualidade de vida.

O contato com a fenomenologia merleau-pontyana fez com que, ao mesmo tempo em que enxergávamos limitações para o processo de reabilitação psicossocial, visualizássemos potencialidades, novas perspectivas, sonhos e projetos, e levou-nos à compreensão de que o olhar é o ponto de intersecção das experiências de cuidado, pois é no processo de construção de intersubjetividades, no movimento “entre” o visível e o invisível que surgem ideias, projetos e experiências de cuidado.

Ademais, pesquisa revela o inacabamento do processo de cuidado e abre possibilidade aos leitores de produzirem outras experiências capazes de mobilizar o potencial criativo da enfermagem, de usuários de serviços de saúde mental e de demais atores sociais que tiverem acesso ao texto.

A limitação do estudo refere-se ao fato de que, em virtude do cronograma apresentado ao Programa de Pós-Graduação, tivemos que realizar as experiências de cuidado em um período pré-estabelecido, que nos impossibilitou de realizar outras estratégias que foram surgindo ao longo do processo.

## REFERÊNCIAS

- Amarante, P. (org.) (2003). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora.
- Amarante PN., & Oliveira, MA. (2018) Reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Ciência & Saúde Coletiva* 23(6): 2067-2074. doi: 10.1590/1413-81232018236.07082018
- Amarante, P., & Torre, EHG. (2017). Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 21(63), 763-774. doi: 10.1590/1807-57622016.0881
- Amorim, AKMA., & Severo, AKS. (2019). Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da rede de atenção psicossocial. *Gerais. Rev. Interinst. Psicol.* 12(2):

282-299. doi: 10.36298/gerais2019120207.

Barbosa, VFB, Caponi SN, Verdi MIM. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. *Saúde Soc.* 2018; 27(1):175-84.

Basaglia, F. (2005). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Org. por Paulo Amarante. Rio de Janeiro, RJ: Garamond.

Bittencourt, IGS., &Francisco, DJ. (2017). Habilitação psicossocial de pessoas em sofrimento psíquico: Um trabalho com produção de blog. *Estudos de Psicologia.* 22(1), 61-67. doi: 10.22491/1678-4669.20170007

Brasil. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília. 2011.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 12 dez. 2012. Seção 1, p. 59.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Nota Técnica n° 11/2019, de 4 de fevereiro de 2019*. Disponível em: <[http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota\\_tecnica\\_esclarecimentos\\_sobre\\_as\\_mudancas\\_da\\_politica\\_de\\_saude\\_mental.pdf](http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_esclarecimentos_sobre_as_mudancas_da_politica_de_saude_mental.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2019.<http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetado>.

Brooke-Sumner, C., Selohilwe, O., Mazibuko, MS., & Petersen, I. (2018). Process Evaluation of a Pilot Intervention for Psychosocial Rehabilitation for Service Users with Schizophrenia in North West Province, South Africa. *Community Ment Health J.* 54(7), 1089-1096. doi: 10.1007/s10597-018-0318-9

- Browne, G., & Hurley, J. (2018). Mental Health Nurses como terapeutas em um ambiente de reabilitação: Um estudo fenomenológico. *Int J Ment Health Nurs.* 3, 1109-1117. doi: 10.1111/inm.12423. Epub 2017 Dez 15. 29243882
- Campos, DB., Bezerra, ICJ., & Bessa, MS. (2020). Produção do cuidado em saúde mental: práticas territoriais na rede psicossocial. *Trabalho, Educação e Saúde.* 18(1): e0023167. doi: 10.1590/1981-7746-sol00231
- Cassiano APC, Marcolan JF, Silva DA da. Atenção primária à saúde: estigma a indivíduos com transtornos mentais. *Rev enferm UFPE online.* 2019, 13:e239668. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239668>
- Cruz, NFO., Gonçalves, RW., & Delgado, PGG. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2020; 18(3): e00285117. doi: 10.1590/1981-7746-sol00285.
- Delgado, PG. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte / Psychiatric Reform: Strategies to Resist the Dismantlement / Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir a la desarticulación. *Trab. Educ. Saúde,* 17(2), e0020241. doi: 10.1590/1981-7746-sol00212.
- Dutra, VFD., Bossato Hercules, RO., & Rosane, MP. (2017). Mediating autonomy: an essential care practice in mental health. *Escola Anna Nery.* 21(3), e20160284. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0284.
- Kinoshita, RT., (2016). Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta, A. (org.) *reabilitação psicossocial no Brasil.* 4a ed. São Paulo: Hucitec, 2016. 204p.
- Lancetti, A, & Amarante, P. (2006). Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro: HUCITEC; Fiocruz, 615-634
- Lancetti, A. (2014). *Clínica Peripatética.* 9a ed. – São Paulo: Hucitec, 2014.

- Lima, EMF., & Yasui, S. (2014). Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. *Saúde em Debate*. 38(102), 593-606.
- Martins, G., Costa, AEK., & Santos, F. (2021). *Research, Society and Development*, 10 (4), e8610413814. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13814>
- Merleau-Ponty, M.(2014). *O visível e o invisível*. São Paulo: Perspectiva.
- Merleau-Ponty, M. (2015). *Fenomenologia da percepção*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Morais, APP. et al. (2021). Produção do cuidado na atenção psicossocial: visita domiciliar como tecnologia de intervenção no território. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26 (3): 1163-1172. doi:10.1590/1413-81232021263.09102019
- Nascimento, LAL., (2019). Adriana Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [online]. 26(1). p. 103-121. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>>. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>.
- Nóbrega, MPSS., Domingos AM, Silveira ASA., & Santos JC. (2017). Weaving the West Psychosocial Care Network of the municipality of São Paulo. *Rev Bras Enferm*. 70(5):965-72.
- Onocko-Campos, RT. (2019). Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública*, 35(11), e00156119. doi: 10.1590/0102-311X00156119.
- Prata, NISS. (2017). Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trabalho, Educação e Saúde*. 15(1), 33-53. doi: 10.1590/1981-7746-sol00046
- Pitta, A. (2016). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

- Salvador ML. (2014). La entrevista fenomenológica: una propuesta para la investigación en psicología y psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 20(1), 63-70. doi: 10.22491/1678-4669.20170007
- Santiago, E., & Silvio, Y. (2020). O trabalho como estratégia de atenção em saúde mental: um estudo documental. *Rev. Psicol. Saúde*. 12(3), 109-125. doi: 10.20435/pssa.vi.1064.
- Santos, DRG., Reis, JKN., Rosário, AB., & Kyrillos, FN. (2019). O paradoxo da inclusão: a relevância da escuta do sujeito nos CAPS. *Vínculo*. 16(2), 68-87. <https://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v16n2p68-87>
- Santos, AV., & Martins, HT. (2016). Um breve percurso na prática de inserção social em um centro de atenção psicossocial - CAPS na Bahia. *Rev. Polis Psique*. 6(3): 124-144. ISSN 2238-152X.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia.
- Saraceno, B., Giudice, G., & Barros, S. Ações dos serviços territoriais para inclusão social. In: Barros, S., Batista, L.E., & Santos, J.C. (2019). *Saúde mental e reabilitação psicossocial: avanços e desafios nos 15 anos da Lei 10.2016* [online]. Uberlândia: Navegando Publicações, 125-141. ISBN: 978-65-81417-07-9. <https://doi.org/10.7476/9786581417079.0008>. Transcrição dos Anais do II Encontro de Saúde Mental - Reabilitação Psicossocial: avanços e desafios 15 anos após a Lei 10.216, Uberlândia, MG, 2016.
- Sena, ELS., Gonçalves, LHT., Granzotto, MJM., Carvalho, PAL, & Reis, HFT. (2010). Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.*, 31(4), 769-75. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13089>

- Silva, AB., & Pinho, LB. (2015). Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. *Revista Enfermagem. UERJ*, 23(3), 420-424. doi:<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.10091>.
- Silva, APD., & Ferigato, SH. (2017). Saúde mental e trabalho: diálogos sobre direito, desejo e necessidade de acesso. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 25(4), 803-816, doi: 10.4322/2526-8910.ctoAO0951
- Vogel, JS., Swart, M., Slade, M., Bruins, J., van der Gaag, M., & Castelein, S. Peer support and skills training through an eating club for people with psychotic disorders: A feasibility study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 64, 80-86. doi: 10.1016/j.jbtep.2019.02.007.
- Yasui, S., Luzio, CA., & Amarante, P. (2016). From manicomial logic to territorial logic: Impasses and challenges of psychosocial care. *Journal of Health Psychology*. 21(3), 400-408. doi:10.1177/1359105316628754

5.3 MANUSCRITO 3: RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO  
ENFERMEIRA-CLIENTE: PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO  
PSICOSSOCIAL

## **RELACIONAMENTO INTERPESSOAL TERAPÊUTICO ENFERMEIRA-CLIENTE: PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

### **RESUMO**

**Objetivo:** Desvelar a percepção de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o relacionamento interpessoal terapêutico enfermeiro-cliente durante a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Método:** pesquisa-intervenção, fundamentada no referencial teórico de Maurice Merleau-Ponty; realizada no Centro de Atenção Psicossocial, no interior da Bahia, Brasil, com 12 usuários. As informações foram produzidas em 2020, por meio de entrevistas do tipo fenomenológica, cujo material resultante foi submetido à técnica Analítica da Ambiguidade. **Resultados:** O relacionamento terapêutico enfermeiras-usuários mostrou-se como uma relação de acolhimento, diálogo, empatia e ajuda mútua, pois, ao mesmo tempo em que as enfermeiras os ajudavam, eles também sentiam necessidade de ajudá-las a alcançar seus objetivos. Os participantes conseguiram visualizar a resolução de seus problemas, junto com as enfermeiras, demonstrando ter se tornado mais autônomos e independentes. **Considerações finais:** O estudo corrobora a importância do relacionamento terapêutico para o cuidado de enfermagem e mobiliza outros enfermeiros a estarem desenvolvendo-o em suas práticas.

**Descritores:** Sistematização da Assistência de Enfermagem; Relações Interpessoais; Doença Mental

### **INTRODUÇÃO**

A atuação do enfermeiro no campo da Saúde Mental sofreu influência das mudanças ocorridas no contexto científico e filosófico das diversas épocas, sendo que as primeiras correntes de pensamento em enfermagem psiquiátrica baseavam-se na valorização da objetividade e reforçavam o modelo psiquiátrico, cujos fundamentos eram eugenia e a higiene mental <sup>1</sup>.

No contexto manicomial, o enfermeiro utilizava em suas práticas estratégias como: controlar, vigiar e punir, e o papel terapêutico quase não existia <sup>2</sup>. Com o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira e o surgimento dos serviços extra hospitalares, as ações de

enfermagem passaram a ser pautadas na atenção psicossocial, que tem como princípios a autonomia, a cidadania e a liberdade das pessoas com sofrimento mental, e, nesse âmbito, o enfermeiro passa a exercer a função de agente terapêutico do cuidado<sup>3</sup>.

Nesse sentido, é necessário que os enfermeiros reflitam, cada vez mais, em suas práticas, considerando que o paradigma do cuidado técnico e impessoal, pautado no modelo biomédico, não atende às exigências do cuidado humano e holístico<sup>4</sup>. Tal reflexão nos mobiliza a repensar nossas práticas enquanto enfermeiras, como experiências intersubjetivas, uma vez que cuidamos de pessoas e estamos em intenso contato com os usuários dos serviços de saúde. Assim, é essencial que busquemos referenciais capazes de subsidiar nossa prática, além de instrumentos de cuidado que facilitem esse encontro com o outro<sup>5</sup>.

Nessa perspectiva, em busca da conquista de autonomia e delimitação de suas ações, os profissionais enfermeiros (as) têm fundamentado suas práticas de cuidado em teorias que se propõem a explicar, descrever ou prescrever o cuidado de enfermagem, direcionando a interpretação dos fenômenos que surgem no processo de cuidar, o que contribui com a organização do trabalho da enfermagem<sup>6</sup>.

No campo da saúde mental, umas das principais teorias utilizadas é a Teoria das Relações Interpessoais em Enfermagem, iniciada por Hildegard Elizabeth Peplau, em 1950, no contexto do fim da segunda guerra mundial, que demandou novos paradigmas capazes de reconhecer e valorizar o conhecimento subjetivo e a experiência humana<sup>7</sup>. A teoria de Peplau foi a primeira Teoria de Enfermagem a contemplar problemas de cunho psicossocial e, de acordo com a autora, o relacionamento interpessoal envolve três componentes básicos: o enfermeiro, o usuário e seu contexto de vida<sup>8</sup>.

A teoria de Peplau inspirou outros autores a desenvolverem teorias fundamentadas no relacionamento interpessoal, como Máguia Costa Stefanelli, docente da Universidade de São Paulo (USP), que considera o relacionamento terapêutico como uma série de intervenções planejadas, com objetivos em curto, médio e longo prazos, elaborados em conjunto com o usuário e sua família. O principal objetivo do relacionamento é desenvolver a capacidade e o potencial do usuário, para o enfrentamento de desafios referentes à recuperação da saúde e reinserção na sociedade, devendo ajudá-lo a ter independência e autonomia<sup>9</sup>.

Para Stuart & Laraia, o relacionamento terapêutico enfermeira-usuário é uma experiência de aprendizado mútuo, em que a enfermeira utiliza de si própria e de técnicas específicas para o cuidado ao usuário e o trabalho com ele passa a gerar mudanças em sua vida como: melhoria da integração social, auto-realização e auto-aceitação<sup>10</sup>.

Por meio do relacionamento terapêutico com o enfermeiro, o usuário se reconhece enquanto ser humano, possuidor de saberes próprios, de limitações pessoais, mas, também, de potencialidades<sup>11</sup>. Segundo Taylor, a enfermeira possui uma ferramenta singular que pode ter mais influência sobre o cliente do que qualquer medicamento: ela mesma. Para tanto, faz-se necessário que a enfermeira faça uma autoanálise, que constitui um aspecto essencial para ser capaz de fornecer os cuidados de enfermagem terapêuticos<sup>12</sup>.

A enfermeira pode estar utilizando uma dessas teorias para fundamentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois qualifica os cuidados prestados, humaniza o atendimento e define o seu papel. Além disso, as etapas do cuidado prestados na SAE passam a não ser mais executados de maneira empírica<sup>13</sup>.

Nessa perspectiva, no presente estudo foi utilizada a Teoria das Relações Interpessoais, mais especificamente a Teoria de Peplau, para fundamentar a SAE desenvolvida com pessoas que vivenciam sofrimento mental e, também, para embasar a discussão dos resultados. A pesquisa partiu da questão norteadora: como usuários do Centro de Atenção Psicossocial percebem a vivência do relacionamento interpessoal terapêutico com enfermeiras, durante a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na unidade.

## **OBJETIVO**

Desvelar a percepção de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o relacionamento interpessoal terapêutico enfermeiro-cliente durante a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

## **METODOLOGIA**

### **Aspectos éticos**

O estudo atendeu os preceitos éticos da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata sobre pesquisas com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), com o parecer de número: 3.589.744 e CAAE: 14115718.6.0000.0055. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para assegurar o anonimato, os participantes do estudo foram identificados com nomes de pessoas e as pesquisadoras enfermeiras e a enfermeira

do Centro de Atenção Psicossocial foram identificadas com nomes de enfermeiras que marcaram a história da enfermagem, a saber: Florence, Peplau e Ana Nery.

### **Tipo de estudo**

O presente artigo constitui um recorte de uma tese de doutorado intitulada “Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção psicossocial: percepção do usuário”. Trata-se de pesquisa interventiva, de caráter qualitativo, descritivo, que teve como sustentação teórico-filosófica a ontologia da experiência do filósofo Maurice Merleau-Ponty, mais especificamente nesse artigo abordamos sobre a intersubjetividade e a vivência do *corpo próprio* (percepção) como possibilidade de tornar-se “outro eu mesmo”.

Afirma o autor, que a intersubjetividade, é revelada como o “sentido que transparece na intersecção de minhas experiências, e na intersecção de minhas experiências com aquelas do outro, pela engrenagem de umas nas outras”<sup>14:18</sup>. Assim, o filósofo apresenta um novo modo de compreensão do corpo, como sendo aquele que experimenta sua própria existência e tem consciência que está no mundo, embora essa consciência não seja vista como ideia, mas como vivência para o próprio sujeito. A vivência do *eu posso* ou tornar-se outro ocorre a partir da experiência do *corpo próprio*, sendo o corpo a percepção e o próprio a possibilidade de transcendência, ou seja, a cada nova vivência, um passado pode ser retomado e uma perspectiva de futuro pode surgir e, com esta, um “outro eu mesmo”<sup>14</sup>.

O estudo foi desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial do tipo II, em uma cidade do interior da Bahia, Brasil. O serviço funciona, em dois turnos, das 7 às 17 horas. Realiza atendimento ambulatorial tanto por meio de demanda espontânea quanto por demanda referenciada por outros serviços. Este CAPS recebe, em média, trinta (30) usuários por dia.

### **Participantes do estudo**

Os participantes do estudo foram 12 usuários que faziam tratamento no CAPS II. No que refere às características dos participantes, 09 são do sexo masculino e 03 do sexo feminino; 07 recebiam auxílio doença e 05 não recebiam; 01 tem ensino superior incompleto, 03 concluíram o ensino médio, 01 tem ensino médio incompleto, 01 ensino fundamental completo e 06 ensino fundamental incompleto, 08 eram de religião protestante, 03 católicos e 01 não tem religião; 01 casado e 11 solteiros; a idade variou de 23 a 64 anos; quanto ao tempo de inserção no CAPS, foi de 01 a 17 anos.

Os critérios de seleção dos participantes foram: ser maior de dezoito anos; ser usuário do CAPS II; e, estar frequentando assiduamente as atividades desenvolvidas no serviço, considerando que a proposta de construção da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no CAPS exigiria a presença constante dos participantes, a fim de estabelecer um relacionamento terapêutico, as intervenções e avaliações. Não foram incluídos na pesquisa os usuários que estavam vivenciando situação de crise naquele momento.

### **Coleta de dados**

O estudo foi desenvolvido em duas etapas: uma de intervenção e outra de pesquisa. A intervenção aconteceu no período de maio a dezembro de 2019, por meio da realização, junto à enfermeira do CAPS, os usuários e familiares de uma SAE, que organizou o Processo de Enfermagem (PE) realizado seguindo as etapas: a) Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem), b) Diagnóstico de Enfermagem, c) Planejamento de Enfermagem, d) Implementação realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem, e) Avaliação de Enfermagem<sup>15</sup>.

Antes de iniciarmos a parte interventiva do estudo já havíamos tido contato com os usuários do Centro de Atenção Psicossocial do tipo II, pois atuamos durante um ano como enfermeira voluntária do serviço e, também, supervisionando estudantes de graduação em atividades práticas da disciplina Enfermagem em Atenção à Saúde Mental. Os históricos de enfermagem foram realizados no CAPS, na sala da enfermagem, juntamente com a enfermeira do serviço, seguindo um roteiro próprio, formulado pelos autores. Após a realização dos históricos, agendávamos a visita domiciliar com os usuários (participantes da pesquisa). Foram realizadas, duas a três visitas por família, sempre com a presença do usuário.

Após a leitura primorosa dos históricos de enfermagem e das anotações realizadas durante a visita domiciliar, começamos a estabelecer os diagnósticos de enfermagem, seguindo a lógica da clínica ampliada, pois não visualizávamos somente questões referentes à doença, mas aos diversos aspectos da vida dos usuários. O planejamento e a implantação das ações de enfermagem foram efetuados conjuntamente enfermeira-usuário, buscando sempre direcionar as ações para processo de reabilitação psicossocial do usuário, principalmente aquelas voltas à reinserção social, como a inserção em espaços escolares, curso de bateria, judô e clínica de odontologia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Neste artigo destacamos a experiência de um usuário que foi inserido na aula de judô oferecida pelo Rotary Clube da cidade, que abordou um pouco sobre o relacionamento

estabelecido com a enfermeira durante a aula, pois a mesma o acompanhava as terças-feiras, semanalmente. Foram momentos marcados pelo diálogo, o que facilitou o Relacionamento Interpessoal Terapêutico efetivo.

Após a parte interventiva da pesquisa, realizamos, no período de janeiro a agosto de 2020, entrevistas do tipo fenomenológica, por meio de encontros pesquisador-entrevistado, no intuito de compreender os vividos dos participantes. Podem ser desenvolvidas nas modalidades: face a face e mediada. Na primeira, entrevistador e entrevistado se encontram um diante do outro; e na segunda, a comunicação acontece por meio do telefone, ambiente virtual e outros<sup>16</sup>. Nesta pesquisa utilizamos as duas modalidades. A segunda ocorreu devido a pandemia da COVID 19, portanto, realizamos entrevistas em ambiente virtual, por meio dos aplicativos Google Meet e Whatsapp.

Durante todo o processo interventivo do estudo, buscamos desenvolver o Relacionamento Interpessoal Terapêutico com os usuários, com base na teoria da enfermeira Hildegard Peplau. De acordo com a autora, o relacionamento terapêutico ocorre em 4 etapas: orientação, identificação, exploração e resolução.<sup>17</sup> Na fase de orientação ocorre o encontro entre usuário e a enfermeira, e esta deve utilizar estratégias de comunicação que facilitam o entendimento dos problemas do usuário; na etapa de identificação, o usuário e a enfermeira devem esclarecer suas expectativas; na fase de exploração o usuário começa a tirar vantagem dos serviços disponíveis; e na última etapa, a de resolução, as necessidades dos usuários já foram preenchidas com esforço conjunto enfermeira-usuário, e é a fase final do relacionamento<sup>17</sup>.

### **Análise dos dados**

As entrevistas foram transcritas e os textos resultantes submetidos à técnica Analítica da Ambiguidade. Essa técnica parte do princípio que, no momento da leitura das descrições vivenciais, podemos perceber algo com o qual nos identificamos, seja na semelhança ou na diferença e, com isto, a vivência do irrefletido (sensível) torna-se reflexão (pensamento, linguagem)<sup>18</sup>. Seguem-se as etapas: realização de leitura primorosa das descrições; identificação de teses que sustentam a objetificação das coisas como um em si; percepção de expressões que revelam ambiguidades e que se caracterizam como perfis de um todo que se impõe a nós como experiência fenomênica.

## **RESULTADOS**

Os resultados contidos neste artigo foram discutidos com base na Teoria do Relacionamento Interpessoal Terapêutico, e, embora durante a construção do trabalho fizéssemos referência a algumas enfermeiras norte-americanas que desenvolveram essa teoria, no presente artigo iremos fundamentar a discussão, mais especificamente, na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Por isso, selecionamos as descrições vivenciais dos participantes com base nas fases dessa teoria. Ademais, o estudo sustenta-se no referencial teórico filosófico de Maurice Merleau-Ponty.

### **O cuidado como vivência da intersubjetividade e do *corpo próprio* no relacionamento interpessoal terapêutico: fases de orientação e identificação**

Nesta categoria abordamos algumas descrições dos participantes que demonstraram o relacionamento interpessoal terapêutico como vivência intersubjetiva e intercorporal, pois possibilitou a partilha de informações na perspectiva de uma rede de interações, entrelaçando pensamentos e falas do binômio enfermeira-usuário e o aprendizado mútuo.

Desse modo, ao perguntarmos às pessoas com sofrimento mental sobre como visualizavam o relacionamento terapêutico enfermeira-usuário, estabelecido durante o período de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, percebemos que a relação se mostrou como sendo de esclarecimento e acolhimento, conforme revela a descrição:

[...]ajudou a entender o que se passa com a gente, a entender o que se passa na mente da gente [...] ajudou bastante, muita coisa esclareceu, muita coisa eu esclareci para ela e eu acabei entendendo também meus problemas [...] porque, olha só [...] chega um ponto em que você fica só alienado naquela situação ali dentro e chegam pessoas novas (enfermeiras pesquisadoras) com ideias diferentes, com ideias novas e mostram que a gente não é só aquela doença, não é só aquele problema [...] o próprio usuário se sente acolhido [...] (Gilson)

Outra participante destacou a importância do conhecimento mútuo entre enfermeira e usuário durante o relacionamento terapêutico e de contar os segredos para a enfermeira, conforme descrição:

[...] eu me senti amada, Florence começou a me entender, e a gente se acha interessante, eu acho que ela dá valor a gente da saúde mental [...] é muito importante porque a gente já conversou, já se conhece e talvez, o que eu falei com Florence aqui eu não teria a oportunidade de falar com outra pessoa, depende da empatia [...] é você lidar bem com a outra pessoa, gostar [...] a gente se abre, a nossa vida é um livro aberto, a gente não pode guardar segredos, então eu achei muito importante eu

contar as minhas coisas para Florence, é bom, faz a gente se perdoar [...] eu acho que guardar segredo é pior, que a gente fica ali martelando “por que eu fiz aquilo, por que eu fiz aquilo?”. E a gente desabafa, tira o nó da garganta, conversa. [...] sobre o meu marido mesmo, o que aconteceu com ele. Sempre que eu converso com Florence e Ana Nery, elas me falam que eu não tive culpa, para eu me perdoar, não ficar pensando naquilo e esquecer. E quando eu falo com elas se torna um alívio. (Noelia)

A empatia também foi considerada por outro usuário como uma característica importante do relacionamento interpessoal terapêutico encontrada na enfermeira, que demonstrou um sentimento de preocupação com o participante, mesmo não o conhecendo completamente ainda. Ele refere que a enfermeira não tem obrigação de preocupar-se tanto com o usuário, mas o amor a mobiliza, mesmo muitas vezes não sendo reconhecida pelas outras pessoas, conforme descrição:

[...] a gente vê uma sociedade em que a grande maioria tem falta de empatia. E eu encontrei isso em Florence. Eu via que quando ela conversava comigo, se preocupava comigo. Vi o esforço [...] vendia rifa para poder me ajudar. Então, é uma coisa que eu não esperava, porque nós nem nos conhecíamos. Eu não vejo como obrigação, eu vejo como amor, [...] às vezes nem gratidão recebem, as vezes agridem, as vezes falam até mal. Então não vejo como obrigação, mas sim como amor a profissão e amor às pessoas. (Fabio)

Os participantes relataram a relevância de, durante o relacionamento terapêutico, a enfermeira tratar o usuário como um familiar, e do usuário ter liberdade frente à enfermeira, no entanto reconheceram que existe um limite na relação, conforme descrição:

[...] tem todo cuidado com a gente, trata a gente como um parente, trata bem, tem liberdade com a gente, a gente também tem essa liberdade com Florence, Peplau e Ana Nery, claro que não vai falar tudo que vem à mente, porque elas têm todo um tratamento com a gente, então temos que trata-las bem também, e agradecer a Deus pelo que fazem por nós[...] para mim foi muito bom, muito mesmo, porque eu tenho todo respeito por elas e elas por mim, não vou chegar e falar tudo o que vem na cabeça só porque são elas, não penso isso [...] são pessoas que não têm aquele destaque assim todo metido para passar e não querem falar com ninguém. Florence é uma pessoa humilde, é uma pessoa que trata a gente tão bem, é uma enfermeira e estudou muito e passou, Florence para mim eu gosto muito, digo de mim, não dos outros. É muito boa com a gente. (Eduardo)

Os participantes também evidenciaram a importância do diálogo no relacionamento interpessoal terapêutico para identificar se o usuário apresenta algum tipo de doença ou outro problema e ajudá-lo a resolver. Além disso, destacam a importância de a enfermeira estabelecer uma relação de amizade e transmitir confiança.

O relacionamento[...]o enfermeiro tem que estar sempre a parte...saber como a gente está[...] porque se a gente estiver com alguma doença, algum problema [...] já encaminha a gente para o médico[...]o diálogo, a conversa que o enfermeiro gente é importante tem com a, porque a gente se sente à vontade para poder conversar, para poder falar o que a gente está sentindo, o que a gente não está sentindo. Com Florence me senti como se fossemos amigas, porque eu expus a minha vida íntima para ela, ela participou da minha vida íntima e eu participei da dela, isso é importante porque na realidade nós somos muito sozinhos, quando aparece alguém que se interessa pelo problema da gente, a gente vai e conversa. De repente, dentro de casa a gente não tem muito diálogo com o familiar e as enfermeiras se tornam um pouco parte da família da gente, a gente se sente confiante, porque elas transmitem essa confiança, é importante porque aqui fora a gente fica reprimido, a gente não confia e as enfermeiras passam essa confiança para a gente. (Sônia)

A descrição de outro participante evidencia o desejo do usuário de a enfermeira descobrir o que o ele gosta de fazer e ajudá-lo a interagir com outras pessoas. O profissional de enfermagem é visto como uma luz na vida das pessoas, impulsionando-as a ter atitude para realizar as atividades. Portanto, a enfermeira deve exercer o papel de incentivadora, conforme se pode ver na descrição:

Vocês ajudam a descobrir o que a pessoa mais gosta de fazer, para poder desenvolver sua mente, para interagir com as pessoas, socializar, conviver com as pessoas [...] Florence e Peplau são tipo luzes a mais na sua vida, para enxergar pessoas que precisam ser exploradas, que ela sozinha não teria atitude ou tem atitude, mas não tem ninguém para ir junto, que ela não quer ir sozinha, mas quer ir junto realizar as atividades, os esportes e o empurrão que vocês dão é importante (Mario)

### **Experiência do *outro eu mesmo* no relacionamento interpessoal terapêutico: fases de exploração e resolução**

A perspectiva fenomenológica conduziu-nos à compreensão de que o relacionamento interpessoal terapêutico ocorre como intersubjetividade. A qual constitui uma experiência de campo e envolve a reversibilidade das percepções envolvidas, pois se trata de um movimento de abertura mútua dos envolvidos na relação. Por conseguinte, ocorre a intercorporeidade, que conduz à experiência de transcendência, conforme observamos durante algumas fases do relacionamento interpessoal terapêutico, como as de exploração e resolução. Vejamos as descrições seguintes:

Os participantes destacaram a bagagem de conhecimento que a enfermeira possui e a importância de transmiti-lo, pelo diálogo, à família e aos usuários, mobilizando-os a tomar atitudes de realizar atividades que antes não faziam, conforme demonstra a descrição:

Eu acho importante porque quem estudou para saber lidar com os pacientes, vai saber dar toques de sabedoria que a pessoa tem, o conhecimento, para pessoa que não têm tanto conhecimento, explica “faz isso, assim fica melhor”. A pessoa que estudou fala com propriedade, com a intenção de ajudar os pacientes e a família [...] é tipo um empurrão que vocês estão dando para nós, de tomar atitude, de fazer certas coisas (Marcos)

Os participantes também abordaram a relação de ajuda mútua estabelecida com a enfermeira, pois, ao mesmo tempo que ela os ajudam, eles, também, têm necessidade de ajudá-la no alcance de seus objetivos. Também revelam o valor de estar com pessoas que os auxiliem na realização de seus sonhos.

[...] eu me sinto bem com isso [...] não sei explicar o porquê disso, eu sinto vontade de falar um pouco de mim, me sinto à vontade, porque eu me sinto bem em ajudar Florence a conseguir o seu objetivo [...] eu acho que é importante, porque a pessoa acaba recebendo conselhos bons, conselhos de quem quer o seu bem, porque se você tem um projeto e você tem vários conselhos para que der certo, vai ser melhor do que você agir sozinho, sem receber ajuda [...] é diferente daquele que joga areia [...] afastando aquelas pessoas que jogam areia e se juntando com as pessoas que querem o seu bem, com vários conselhos para seu bem, você vai se dar melhor do que no final, se dar melhor em realizar o seu sonho. (Mario)

O relacionamento interpessoal terapêutico foi mobilizado pela SAE e trouxe benefícios para os usuários, pois possibilitou o trabalho conjunto e a satisfação mútua. Daí se evidencia o significado do relacionamento não só para a saúde mental, mas para a saúde como um todo, uma vez que, permitiu aos usuários compreender os seus direitos perante a sociedade e a importância de buscar crescimento para a vida pessoal, mediante a efetivação de cursos no território, o que contribui para que a sociedade os veja e os trate como seres humanos em condição de igualdade, conforme mostra a descrição:

Foi maravilhoso! O trabalho (SAE) é importante no CAPS e traz uma coisa positiva em relação ao tratamento, e por isso que vocês fazem um trabalho maravilhoso que faz a gente trabalhar junto e ser feliz. Relação de trabalho que fazem junto com a enfermagem, então fazem um trabalho excelente com a gente, para nossa mente, nosso sistema de saúde, de saúde mental [...] que faz a gente entender a cada dia a importância dos nossos direitos perante a sociedade. A relação enfermeiro-usuário deve ser de unidade, de cada um aqui ter a relação do enfermeiro ajudar em relação à saúde da gente [...].essa experiência mostrou para gente como a gente deve se comportar, o que deve procurar, crescer na vida. Em relação a tomar curso, aprender a se desenvolver, para aprender a desenvolver a mente e a saúde mental e qualidade de vida e qualidade da saúde, e poder desenvolver a mente e mostrar para sociedade que a gente não é diferente, é igual, todos nós somos irmãos. (Emerson)

Um usuário relata que a experiência de ter participado de uma atividade de judô em companhia da enfermeira facilitou o desenvolvimento do relacionamento interpessoal terapêutico e o ajudou a superar alguns bloqueios que tinha de interagir com outras pessoas. Ademais, ressalta a importância de a enfermeira ter aceitado seu pedido para ir à igreja com ele, e afirma que no futuro se lembrará desse momento e do significado da experiência em sua vida. Vejamos a descrição:

Para mim foi boa a experiência [...]era muito legal, porque a gente ía conversando, voltava conversando, as vezes pegava ônibus e vinha embora. Inclusive, naquele dia que marcamos de ir na igreja, Peplau aceitou o meu convite e foi na igreja, eu achei interessante. Quando eu for para São Paulo daqui a alguns anos, eu vou lembrar de tudo isso e sentir saudade de tudo o que eu vivi [...] se a pessoa tinha um bloqueio de socializar com as pessoas vai quebrar esse bloqueio, porque vocês estão criando um canal para as pessoas interagirem umas com as outras, viver em sociedade, praticar esportes. Por exemplo, se eu começasse a praticar esportes desde a infância e não parasse até hoje, eu não seria magro como eu sou, eu teria um corpo mais avantajado que eu sempre quis ter e não tenho. Então, se alguém aqui tiver seus 18 anos, tenho certeza que vocês fazendo essa pessoa praticar esportes, ela com certeza vai ter uma autoestima quando se olhar no espelho muito melhor do que se não praticasse esportes. A mente também, porque se você socializar, se distrair, ir para uma praia, ir para uma praça, ir pra um SESC, tudo isso faz bem pra cada um de nós. (Mario)

## DISCUSSÃO

As descrições experienciais dos participantes do estudo demonstram que o Relacionamento Interpessoal Terapêutico ocorreu na perspectiva da intersubjetividade, em que, por meio do processo de comunicação, a enfermeira esclareceu muitos aspectos ao usuário e também se propôs a ouvi-lo.

Desse modo, de acordo com o filósofo Merleau-Ponty, a intersubjetividade permite que os “mundos privados” da enfermeira e do usuário se comuniquem entre si. “A comunicação transforma-nos em testemunhas de um mundo único, como a sinergia de nossos olhos os detém numa única coisa”<sup>19:21</sup>. A experiência do ser no mundo faz surgir a necessidade do ser humano falar ao outro sobre as suas escolhas e decisões, que se faz por meio da linguagem<sup>20</sup>.

Torna-se, então, primordial, que durante o relacionamento interpessoal, o enfermeiro adote a postura de estar ativamente interessado no “outro”, sendo este considerado não como meio ou destinatário, passivo das aspirações do profissional, por mais nobres e necessárias que possam parecer, mas como co-constitutor do cuidado e da sua vida<sup>21</sup>. Para Hildegard Peplau, o relacionamento interpessoal é um processo de aprendizagem, no qual devem ser considerados

aspectos referentes ao autoconhecimento do profissional (enfermeiro), ao conhecer o outro (usuário) e tudo aquilo que o circunda e o contextualiza <sup>22</sup>.

Valorizar o uso consciente da dinâmica interacional é dar oportunidade ao usuário de falar sobre si mesmo e tomar consciência do que está sendo dito, ajudando-o a encontrar novas formas de percepção <sup>23</sup>. Por isso, na primeira fase da relação terapêutica, também chamada de orientação, o enfermeiro se propõe a compreender os problemas do usuário, pois, muitas vezes não estão claramente identificados, e os dois precisam trabalhar juntos para identificá-los; e é importante também que a família participe desse processo. Esta etapa corresponde ao levantamento de dados ou histórico e o estabelecimento dos diagnósticos, que ocorrem na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) <sup>24</sup>.

A fase de orientação se inicia com o encontro entre desconhecidos, o usuário e o enfermeiro; e finaliza-se com a identificação/definição dos problemas <sup>25-26</sup>. Nessa perspectiva, os participantes de nosso estudo revelaram a importância do acolhimento durante a etapa de orientação, pois possibilitou a abertura ao diálogo e a identificação de problemas. O acolhimento pode ser considerado uma prática de construção de vínculo e confiança dos profissionais para com o usuário, pois facilita a compreensão de sua individualidade através do diálogo e da escuta qualificada <sup>27</sup>.

Nesse sentido, acolher implica em valorizar a história de vida do usuário, desvelando um ato de interpretação mútua entre o que o serviço pode oferecer e o que ele deseja em sua vida cotidiana, melhorando a resolutividade do cuidado ofertado e favorecendo a corresponsabilização e a resolutividade <sup>28</sup>. No presente estudo, a descrição vivencial de um dos participante mobilizou-nos a pensar que, ao acolhê-lo, o enfermeiro percebeu o estigma relacionada ao sofrimento mental, já ele não conseguia visualizar que tinha potencialidades, para ele a vida não fazia mais sentido.

O estigma se faz presente na vida de muitas pessoas em sofrimento mental, e está relacionado aos processos sociais e políticos, como desigualdade social, perda da cidadania, direitos e exclusão social, o que faz com que a pessoa acabe incorporando em seus discursos o preconceito vivenciando pela sociedade <sup>29</sup>. No entanto, o diálogo mostrou-se potente, na medida em que permitiu a ocorrência de novas ideias e possibilidades de vida, e confirma a tese de que no pensamento objetivo não há lugar para outrem e para uma pluralidade de consciências <sup>30</sup>, ou seja, o cuidado precisa se pautar em práticas que possibilitem a intersubjetividade.

Portanto, o enfermeiro pode continuar utilizando o diálogo na próxima fase do relacionamento, a de identificação, em que junto com o usuário determina as metas a serem

estabelecidas no cuidado, correspondendo a etapa de planejamento da SAE <sup>31-32</sup>. Durante essa fase podem surgir novas ideias, que ajudam na resolução do problema, conforme demonstrado nesse estudo.

Neste estudo, durante o relacionamento interpessoal terapêutico, evidenciamos a ocorrência de conhecimento mútuo entre enfermeira-usuário. De acordo com Peplau, na relação terapêutica é fundamental que duas pessoas passem a se conhecer suficientemente bem, de forma que seja possível enfrentar os problemas emergentes de forma cooperativa <sup>33</sup>. Esse conhecimento inicia-se ainda na fase de orientação, na qual o enfermeiro deve ser capaz de sentar-se para dialogar com o usuário não somente para reunir informações sobre a doença, mas para saber como ele visualiza as situações que o confronta, os seus sentimentos e, também, o que pensa sobre a relação com a enfermeira, com vistas a estabelecer vínculo, à medida que as preocupações vão sendo identificadas <sup>33</sup>.

O processo de conhecimento e construção de vínculo entre enfermeiro-usuário continua nas outras etapas do relacionamento, mas é na fase de identificação que o usuário começa a se identificar mais com a enfermeira e a responder ao relacionamento estabelecido com ela. Essa resposta pode ocorrer de diferentes formas, pois ele pode: participar com a enfermeira e ser independente dela; se isolar e passar a ter uma postura de total autonomia e independência da enfermeira ou ser passivo e dependente da enfermeira <sup>34-35</sup>.

É importante que essa relação seja de interdependência, para que juntos, enfermeira e usuário colaborarem no planejamento das ações, por isso é importante que eles se conheçam, esclareçam suas percepções e expectativas, pois as experiências de vida de cada um irá influenciar no desenvolvimento do relacionamento <sup>36</sup>. Neste estudo, essa relação de interdependência e conhecimento mútuo mostrou-se presente e os participantes passaram a visualizar a enfermeira como amiga e familiar.

Os participantes revelam que um dos fatores mobilizadores da relação de conhecimento mútuo com a enfermeira foi a empatia. A empatia está relacionada ao sentir ou representar algo semelhante ao que é a experiência do outro <sup>37</sup>. Constitui na capacidade do profissional de saúde explorar o universo experiencial da pessoa com sofrimento mental, se propondo a compreender os seus sentimentos, não tendo como objetivo enquadrá-lo no seu sofrimento mental <sup>38</sup>.

Esse pensamento coaduna com o que Rotelli diz sobre a importância da postura do não saber diante da loucura, que nos desloca para uma atitude de acolhida da alteridade, na qual não cabem classificações acerca da experiência. Trata-se de busca uma aproximação dos sentimentos do outro, sem a pretensão de totalizá-los <sup>39</sup>.

Desse modo, de acordo com Merleau-Ponty, o desenvolvimento da empatia pelo enfermeiro não pode ser algo forçado, mas trata-se de um estilo ou forma como a pessoa vivencia o *corpo próprio*, que é ambígua e ocorre em um campo fenomenal, envolvendo dois mundos: o mundo da vida, que consiste na experiência de coexistência, ou *corpo habitual*; e o mundo da cultura, que se refere à experiência da linguagem<sup>30, 40</sup>. De acordo com os autores, estes mundos não se opõem, mas constituem fios de um só tecido.

A experiência do relacionamento interpessoal, de desenvolvimento da empatia ocorre com um “dom”, confunde-se com o mistério de nossa corporeidade e somente ocorre no processo de cuidar<sup>40</sup>. Diante da pessoa com sofrimento mental, o enfermeiro retoma algo que é pré-pessoal, constitui uma experiência que ele sente em seu corpo e não consegue explicar, pois, quando o usuário se apresenta o enfermeiro pode retomá-lo pelos seus próprios sentimentos, e é essa experiência que o faz se tornar um “outro eu mesmo”.

Desse modo, o desenvolvimento da empatia entre enfermeiro-usuário é algo que não se pode objetivar, extrapola as técnicas, pertence a experiência do sensível. Os participantes de nosso estudo revelaram que a empatia está entrelaçada ao sentimento de amor que o enfermeiro transmite na relação de cuidado, mesmo que ainda não conheça o usuário, ou seja, pode ser manifestado na primeira etapa do relacionamento terapêutico, a fase de orientação.

O sentimento de amor que se entrelaça ao de empatia nos remete a uma das dimensões do *corpo próprio*, o *corpo habitual*, que se desvela como um hábito, cuja presença não se acha em lugar algum, mas se impõe a nós sem que possamos escolher<sup>40</sup>. Não está relacionado a um conhecimento, nem corresponde ao que considera automatismo; trata-se de um saber que não pode se traduzir em uma visão objetivista<sup>14</sup>.

Os participantes também revelaram a ambiguidade existente no relacionamento interpessoal terapêutico, pois, apesar de existir liberdade na relação com a enfermeira, existem limites já que o usuário não pode falar tudo o que vem à mente, por uma questão de respeito. De acordo com Stefanelli, esses limites do relacionamento terapêutico têm a ver com a aceitação do usuário e a capacidade do enfermeiro de ser genuíno, ou seja, ter consciência dos sentimentos que surgem durante o relacionamento terapêutico, e ter habilidade para comunicá-los, o que se torna essencial à construção da confiança mútua<sup>41</sup>.

Na perspectiva do pensamento de Merleau-Ponty, a relação enfermeiro-usuário é de constante aprendizagem, pois ocorre em um movimento ininterrupto entre o mundo da vida e o mundo da cultura, no movimento entre o sentir e o juízo social<sup>14</sup>. De acordo com esta visão, o

enfermeiro e o usuário são como dois círculos quase concêntricos, pois são semelhantes no que refere à humanidade que os habita, mas se distinguem nos aspectos socioculturais.

No entanto, nessa vivência ambígua, o *corpo perceptivo* projeta-se ao futuro em busca de estratégias para o cuidado <sup>40</sup>. O movimento inicia-se ainda na fase de orientação do relacionamento terapêutico, quando o enfermeiro começa a ouvir o usuário e, ao mesmo tempo, se mostra para ele e consegue perceber suas ambiguidades de expressão durante a construção do histórico de enfermagem, aquilo que ele traz como sentimento e o ser cultural. Assim, consegue conhecer os “limites do usuário”.

Os participantes relataram a importância de os enfermeiros identificarem se o usuário tem algum outro problema de saúde, não somente o sofrimento mental e, também, perguntarem o que ele gosta de fazer para ajudá-lo a socializar-se. Enfatizaram que este modo de agir deve ocorrer, mais especificamente, na fase de orientação do relacionamento terapêutico, na qual se processa a definição dos problemas e é realizado o histórico de enfermagem e os diagnósticos.

O pensamento dos participantes coaduna com os ideais da reabilitação psicossocial, o que remete à compreensão de que a Enfermagem em saúde mental necessita efetivar ações voltadas para cuidado psicossocial e não em planos e procedimentos que desvalorizam a autonomia da pessoa com sofrimento mental <sup>42</sup>. A reabilitação em si é uma visão, é poder ser, é a reconstrução da contratualidade social do cidadão, que envolve aspectos da vida social, incluindo o intercâmbio, o aprendizado e o trabalho <sup>43</sup>.

Ao propor diagnósticos de enfermagem e intervenções que direcionem o sujeito para circular nos espaços sociais, propõe-se, também, um plano de cuidados que permita o resgate do cidadão “perdido” ao longo das décadas de contínua institucionalização.<sup>44</sup> Desse modo, na fase de identificação do relacionamento terapêutico o enfermeiro deve estimular a autonomia e incentivar os usuários, pois é quando ambos começam a estabelecer metas para o cuidado<sup>45, 22</sup>. Tal pensamento faz ressonância nos achados de nosso estudo, que revelam a percepção de usuários de que o enfermeiro representa uma luz para ajudar pessoas a enxergar possibilidades de vida e ser impulsionadas a ter atitude no sentido de realizar atividades no território.

Para Merleau-Ponty, a intencionalidade aponta para uma lógica de comunicação que prescinde de reflexão e nos lança além da subjetividade, da “consciência de”. Trata-se de uma experiência da corporeidade, aderência carnal que faz visível, que faz brotar um raio de luz que ilumina toda a carne, por toda parte<sup>19</sup>. Essa experiência do enfermeiro “iluminar”, trazida pelo usuário, na verdade, não é somente uma característica do enfermeiro, mas acontece na relação terapêutica, que permite a criação, a produção de sentidos.<sup>46</sup>

Desse modo, o processo de criação e construção do cuidado continua na próxima etapa do relacionamento interpessoal, a fase de exploração, que compreende a etapa de implementação do cuidado da SAE. Nessa etapa, o usuário procura ativamente obter conhecimento da enfermeira para realizar as ações que foram estabelecidas no plano de cuidados<sup>45,22</sup>. No presente estudo, os usuários demonstraram a importância do conhecimento teórico compartilhado pela enfermeira para ajudá-los, pois ela pode fornecer “toques de sabedoria e bons conselhos” e, assim, eles poderão concretizar seus sonhos.

Os participantes também abordaram a relação de entrelaçamento estabelecida com a enfermeira, principalmente na fase de exploração, pois, ao mesmo tempo em que ela os ajudava, eles também sentiam necessidade de ajudá-la a alcançar seus objetivos. O relacionamento terapêutico não se propõe somente a trabalhar as necessidades psicossociais do usuário, mas, também, as incompatibilidades, limitações e potencialidades do enfermeiro para que possa se voltar à interpretação e ajuda do usuário, por isso proporciona transformações intra e interpessoais em ambos<sup>47</sup>.

A experiência de entrelaçamento que ocorre no relacionamento terapêutico à luz do pensamento merleau-pontyano, acontece porque enfermeiro e usuário saem do seu centro visível e se descentram, se vendo um no outro, não como uma projeção, mas porque é arrastado por ele para o âmbito de outrem. O filósofo afirma “a experiência que faço de minha conquista do mundo é que me torna capaz de reconhecer uma outra experiência e de perceber um outro eu mesmo, bastando que, no interior de meu mundo, se esboce um gesto (expressivo) semelhante ao meu”<sup>48</sup>. A possibilidade de tornar-se um “outro eu mesmo” é confirmada na descrição dos participantes, quando afirmam que no relacionamento com o enfermeiro podem começar a ter atitude para fazer as coisas e conseguir realizar os seus sonhos.

Desse modo, os participantes revelaram que a SAE auxilia no desenvolvimento do relacionamento interpessoal terapêutico enfermeiro-usuário e proporciona a vivência de “um outro eu mesmo”, por meio de transformações, como o aprendizado em relação a seus direitos, mudanças de comportamento, crescimento profissional, por meio da inserção em cursos e também sobre a importância de mostrar para a sociedade que são iguais as outras pessoas.

O enfermeiro que utiliza o relacionamento interpessoal para desenvolver a SAE consegue utilizar consultas, cujo enfoque vai além dos aspectos biológicos, utilizando os diagnósticos de Enfermagem e um plano assistencial que influencia na integralidade do cuidado<sup>5</sup>. O enfermeiro durante o desenvolvimento da SAE e do relacionamento interpessoal terapêutico deve estimular o ser social e cidadão do usuário em sofrimento mental, pois ele deve

ter em mente que o ideal é que o serviço de saúde mental funcione como espaço de passagem à proporção em que possibilita, aos usuários a autonomia em relação à continuidade do tratamento na rede de atenção psicossocial, o que demanda a articulação com a rede de apoio e a busca de recursos no território <sup>49-50</sup>.

Desse modo, são as relações construídas não somente com o enfermeiro, mas, também, no território, que irão possibilitar a vivência do “outro eu mesmo”, pois na vivência intercorporal ocorre a abertura ao outro, em que a pessoa contrai no presente um passado, como um não saber de si, e um futuro, que abre possibilidade de tornar-se um “outro eu mesmo” <sup>40,14</sup>. Esse “outro eu mesmo” pode desconcertar, envergonhar, fazer crescer, amadurecer, superar, dentre outras coisas, pois revela sempre uma ambiguidade que caracteriza a natureza das vivências humanas, do mundo e das coisas, e nessa abertura ao *eu posso*, pode ocorrer uma transformação em nós<sup>51</sup>.

A vivência do torna-se outro pode ser bem visível na fase de exploração de relacionamento terapêutico, pois o usuário começa a desenvolver a responsabilidade sobre si mesmo, a crença nas suas potencialidades, criando independência em relação ao enfermeiro, e é importante que o profissional utilize estratégias como a aceitação e a escuta para ajudá-lo a realizar as intervenções, se inserir nos espaços e resolver seus problemas.

No presente estudo, os participantes relatam a experiência de inserção em alguns espaços no território mobilizados e acompanhados pela enfermeira, a exemplo do curso de judô e da igreja. Um deles retrata o quanto foi importante para o relacionamento terapêutico. O enfermeiro é considerado a pessoa que cria um “canal” para que os usuários possam conseguir viver em sociedade e realizar atividades.

Os participantes apontam, ainda, que na última fase do relacionamento, chamada de fase de resolução, eles conseguiram perceber avanço na solução de seus problemas, mediante o apoio da enfermeira, o que se fez ver no potencial de autonomia e independência, na demonstração de força, determinação e maturidade ao realizar as atividades propostas, como se preconiza no relacionamento saudável <sup>26</sup>. Os usuários dizem guardar boas recordações dos momentos compartilhados com as enfermeiras e se lançam em direção ao futuro, na medida em que afirmam que lembrar-se-ão das experiências vivenciadas e sentirão saudade delas.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu desvelar a percepção de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre o relacionamento interpessoal terapêutico enfermeiro-cliente durante a

implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. As descrições experienciais dos participantes do estudo demonstram que o Relacionamento Interpessoal Terapêutico enfermeira-usuários do Centro de Atenção Psicossocial ocorre na perspectiva da intersubjetividade, do diálogo, da escuta ativa e qualificada de uma profissional da enfermagem que estava disposta a ouvir pessoas em sofrimento mental e construir com elas seu processo de reabilitação psicossocial.

Nesse sentido, os participantes revelam a importância do acolhimento durante a primeira etapa do relacionamento, a fase de orientação, que possibilitou a abertura ao diálogo e à identificação de problemas. Na fase de identificação, os participantes começaram a afeiçoar-se mais com a enfermeira e a responder ao relacionamento estabelecido com ela. E um dos fatores mobilizadores da relação foi a empatia, considerada uma característica que o enfermeiro desenvolve como vivência do *corpo próprio*. Eles também revelaram que, apesar de existir liberdade na relação com a enfermeira, também há limites no relacionamento.

Demonstram a relevância do conhecimento teórico compartilhado pela enfermeira para ajudá-los, pois pode fornecer “toques de sabedoria” e bons conselhos para que possam concretizar seus sonhos. A relação com a enfermeira mostra-se como na forma de entrelaçamento, principalmente na fase de exploração, pois, ao mesmo tempo em que ela os ajudava, eles também sentiam necessidade de ajudá-la a alcançar seus objetivos.

A nosso ver, o relacionamento terapêutico implementado pela enfermeira com os usuários do CAPS proporcionou-lhes mudança de vida, aprendizado em relação a seus direitos, mudanças de comportamento e crescimento pessoal, o que se deu por meio da inserção deles no território e a realização de cursos. Esta inserção fez com que os usuários percebessem a importância de mostrar à sociedade que eles são iguais as outras pessoas. Eles começaram a desenvolver responsabilidades, a acreditar em suas potencialidades e independência em relação à enfermeira.

Os participantes apontam ainda que na última fase do relacionamento, chamada de resolução, eles conseguiram visualizar a resolução de seus problemas, junto com a enfermeira e demonstrando terem se tornado mais autônomos e independentes, mais forte e maduros, como se preconiza no relacionamento saudável.

O estudo traz contribuições para o campo da enfermagem na medida em que demonstra a potência do relacionamento interpessoal terapêutico para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem e também a importância de utilizá-lo na SAE. Desse modo, pode inspirar outros profissionais de saúde a utilizá-lo em suas práticas, principalmente no campo da saúde mental.

A pesquisa apresenta como limitação o fato de termos vivenciado uma parte da pesquisa durante a pandemia do COVID 19, o que dificultou a realização de algumas ações da SAE que havíamos pensado.

## REFERÊNCIAS

- 1- McEwen M, Wills EM. Bases Teóricas de Enfermagem. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016
- 2- Rodrigues J, Kempfer SS, Lenz JR, Oliveira SN. Influência das reformas curriculares no ensino de saúde mental em enfermagem: 1969 a 2014. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017;38 (3):e67850. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67850>
- 3- Maftum MA, Silva AGS, Borba LO, Brusamarello T, Czarnobay J. Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. *Rev. pesqui. cuid. fundam*. 2017;9(2):309-314. Available from: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3626/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3626/pdf_1)
- 4- Stevenson C, Taylor J. Nurses' Perspectives of Factors That Influence Therapeutic Relationships in Secure Inpatient Forensic Hospitals. *J Forensic Nurs*. 2020;16(3):169-178. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000274>.
- 5- Comaru NRC, Ramos IC, Silveira LC, Monteiro RM. Teoria do relacionamento interpessoal em enfermagem e fenomenologia social de Alfred Schutz: nursing theory and Alfred Schutz Social Phenomenology: proposing a dialogue. *Brazilian Journal of Development*. Braz. J. of Develop. 2020;6(9):70132-70142.
- 6- Pinheiro CVF, Roberlandia EL, Araújo CRC, Costa AO. A atuação do enfermeiro de unidade psiquiátrica fundamentada na Teoria do Relacionamento Interpessoal. *ReTEP*. 2018;10(3):26-31.
- 7- Pinheiro CW, Araújo MAM, Rolim KMC, Oliveira CM, Batista A. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do Enfermeiro em saúde mental. *Enferm. Foco*. 2019;10(3):64-69.
- 8- Cardoso TVM, Oliveira RMP, Loyola CMD. Um entendimento linear sobre a teoria de Peplau e os princípios da reforma psiquiátrica brasileira. *Esc Anna Nery*. 2006; 10(4):718-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000400014>

- 9- Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais, 2008.
- 10- Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem psiquiátricas 4 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2002.
- 11- Kantorski LP, Pino LB, Saeki T, Souza MCBM. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica em saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(3):317-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/10.pdf>.
- 12- Taylor CM. Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica. 13. ed. Porto Alegre: Arteds Médicas, 1992.
- 13- Silva A, Sousa K, Araújo T. Sistematização da assistência de enfermagem em uma unidade prisional fundamentada na Teoria de Orem. Revista de Enfermagem da UFSM. 2017;7(4), 725-735. <https://doi.org/10.5902/2179769222076>
- 14- Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 5. ed. São Paulo. SP: Martins Fontes; 2015.
- 15- Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009 (BR). 2009 [citado 21 jan 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)
- 16- Cardoso de Paula C, Padoin SMM, Terra MG, Souza ÍEO, Cabral IE. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência Revista Brasileira de Enfermagem, may-jun 2014;67(3); pp. 468-472 Associação Brasileira de Enfermagem Brasília, Brasil
- 17- Peplau HE. Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat; 1990.
- 18- Sena ELS et al. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2010;31(4); pp. 769-775. Acesso em: 25 out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400022>. Epub 03 Jun 2011. ISSN 1983-1447.
- 19- Merleau-Ponty M. O visível e o invisível. São Paulo. SP: Perspectiva; 2014.
- 20- Terra MG. Significados da sensibilidade para o ser-docente enfermeiro/a no ensinar e aprender a ser e fazer enfermagem à luz da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty. 2007. 224f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

- 21- Ayres JR de CM. Cuidado: trabalho, interação e saber nas práticas de saúde. Rev. Baiana Enferm. [Internet]. 31 mar 2017 [citado 10 out. 2021]; 31(1). Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21847>
- 22- Peplau HE. Interpersonal relations in nursing. New York (USA): G.P. Putman's; 1991.
- 23- Ferreira AP, Dantas J da C, Souza FM de LC, Rodrigues IDCV, Davim RMB, Silva RAR da. O enfermeiro educador no puerpério imediato em alojamento conjunto na perspectiva de Peplau. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 21 jun. 2018 [citado 10 out. 2021]; 20. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/45470>
- 24- Pinheiro CW et al. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. Enfermagem em Foco [S.l.], nov. 2019;10(3). ISSN 2357-707X. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2291>. Acesso em: 23 out. 2021. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2291>
- 25- Franzoi MAH, Lemos KC, Jesus CAC, Pinho DLM, Kamada I, Reis PED. Teoria das relações interpessoais de peplau: uma avaliação baseada nos critérios de fawcett. J Nurs UFPE on line., Recife, 10(Suppl. 4):3653-61, Sept., 2016
- 26- Belcher JR, Fish LJB, Hildegard EP. In: George JB et al. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 49-63.
- 27- Campos DB, Bezerra IC, Jorge MSB. Mental health care technologies: Primary Care practices and processes. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 5):2101-8. [Thematic Issue: Mental health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>
- 28- Silva A, Florencio R, Queiroz A, Santos E, Carvalho L, Pereira Á, Lima V. Acolhimento à pessoa em sofrimento mental na atenção básica. Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2018 Set 8; [Citado em 2021 Nov 22]; 12(9): 2459-2469. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234705>
- 29- Nascimento, LA, Leão, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [online]. 2019;26(1): pp.103-121. [Acessado 10 out. 2021], Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000100007>. ISSN 1678-4758.
- 30- Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. Tradução: Carlos Alberto Moura. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2015, p. 468

- 31- Fernandes MA, Almeida JS, Oliveira EKC. Sosa HJF. Processo de enfermagem baseado na teoria do relacionamento interpessoal de Peplau aplicado à esquizofrenia. *Rev Enferm UFPI*. 2018 Jul-Sep;7(3):42-7.
- 32- Belcher JR, Fish LJB. Hildegard E. Peplau. In: GEORGE, Julia B. et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 49-63.
- 33- Peplau HE (1991). *Relações Interpessoais em Enfermagem: A Quadro de referência conceitual para enfermagem psicodinâmica*. Nova York: Springer Publishing Company. (Trabalho original publicado em 1952).
- 34- Howk C. Hildegard E. Peplau: *Enfermagem Psicodinâmica*. In: Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Portugal: Lusodidacta; 2004. p. 423-35.
- 35- Villela DVA, Almeida QP, Ribeiro WFP. *Teoria do Relacionamento Interpessoal na Enfermagem: Hildegard Elizabeth Peplau*. In: Braga CG, Silva JV. *Teorias de Enfermagem*. São Paulo: Iátria; 2011. p. 207-24.
- 36- Franzoi MAH et al. Teoria das relações interpessoais de Peplau: uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. *Rev Enfermagem*, 2016;10(4). DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i4a11140p3653-3661-2016>
- 37- Peixoto MM, Mourão ACN, Serpa OD. O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016;21(3):pp. 881-890. [Acessado 30 out. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.04782015>.
- 38- Lima DT, Liberato MTC, Dionísio BWR. A empatia como atitude ética no cuidado em saúde mental. *Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, RS, dez. 2019; 9(3):p.152-170, ISSN 2238-152X. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/82791>. Acesso em: 30 out. 2021. doi:<https://doi.org/10.22456/2238-152X.82791>
- 39- Rotelli F. *Formação e construção de novas instituições em saúde mental*. Amarante, L.B.C.P. (Org.). *Saúde Mental, Formação e Crítica*, pp. 37-63. Rio de Janeiro: LAPS, 2015.
- 40- Sena ELS. *A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer*. 2006. 284 f (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006

- 41- Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. 2008
- 42- Bossato HR et al. Nursing and the leading role of the user in the CAPS: a study from the constructionist perspective. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online]. 2021;42(spe): e20200082 [Acessado 22 out. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200082>. Epub 19 out 2020. ISSN 1983-1447.
- 43- Saraceno B. Ações dos serviços territoriais para inclusão social. In: Barros S, Batista LE, Santos JC, (edits.) *Saúde mental e reabilitação psicossocial: avanços e desafios nos 15 anos da Lei 10.2016*. Uberlândia: Navegando Publicações; 2019. p.125-41.
- 44- Dutra VFD, Bossato HR, Oliveira RMP. Mediating autonomy: an essential care practice in mental health. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 15], 21(3): e20160284. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2016-0284.pdf>
- 45- George JB. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000
- 46- Alvim MB. (2011). A ontologia da carne em Merleau-Ponty e a situação clínica na Gestalt-terapia: entrelaçamentos. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(2), 143-151. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672011000200005&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200005&lng=pt&tlng=pt).
- 47- Kantorski LP et al. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2005;39(3):pp.317-324. [Acessado 23 out. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000300010>. Epub 25 Fev 2008. ISSN 1980-220X.
- 48- Merleau-Ponty M. (2002). *A prosa do mundo*. São Paulo: Cosac & Naify (Original publicado em 1969).
- 49- Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev Polis e Psique*. 2018;8(1):173-90. doi: 10.22456/2238-152X.80426
- 50- Almeida IS, Campos GWS. Análise sobre a constituição de uma rede de Saúde Mental em uma cidade de grande porte. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 30]. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-sobre-a-constituicao-de-uma-rede-de-saude-mental-em-uma-cidade-de-grande-porte/16458?id=16458>.

- 51- Carvalho PAL et al. O sentimento de coexistência e os cuidados à pessoa em sofrimento mental. *Cienc. Cuid. Saude*, 2011;10(4):p. 658-65. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18308>. Acesso em: 29 abr. 2019.

## 6 CONSIDERAÇÕES QUE ABREM HORIZONTES AO (RE)INÍCIO

“A expressão daquilo que existe é uma tarefa infinita” (MERLEAU-PONTY, 2004, p.130- 131)

O estudo de tese permitiu-nos a experiência perceptiva das inúmeras possibilidades de reabilitação de pessoas que vivenciam sofrimento mental, na medida em que estabelecemos relações terapêuticas com os participantes da pesquisa. Na perspectiva merleau-pontyana sempre há mais por vir, de modo que sentimos dificuldade de finalizar esse texto. Na discussão dos resultados, sempre que retomávamos as descrições vivenciais, algo novo se mostrava, assim, experimentamos, então, o que Merleau-Ponty refletiu sobre o inacabamento das obras de arte, a exemplo da pintura, que para o pintor sempre é um ensaio daquilo que desejaria expressar, assim como os olhares que se cruzam na leitura de um escrito são permeados de sensibilidade e múltiplos sentidos para aquele que o ler.

Imbuídos dessa compreensão, construímos a tese, que emergiu de vivências como enfermeiras, militantes do campo da saúde mental, desejosas de contribuir para a reabilitação psicossocial de usuários do CAPS, cenário da pesquisa, por meio do uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem, como caminho para a construção do cuidado integral e humanizado, pautado no relacionamento interpessoal terapêutico que promove a intersubjetividade e abertura à experiência do tornar-se “*um outro eu mesmo*”.

Portanto, as considerações, que ora apresentamos, estão relacionadas às vivências de pessoas em sofrimento mental, entrelaçadas às nossas, as quais revelaram perfis que foram exibidos em três manuscritos intitulados: Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial; O (in)visível na experiência da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Campo da Saúde Mental; e Relacionamento Interpessoal Terapêutico Enfermeira-Cliente: percepção de usuários do Centro de Atenção Psicossocial.

O primeiro manuscrito versa sobre a experiência de realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem em saúde mental, no contexto do Centro de Atenção Psicossocial. O processo de construção da SAE ocorreu mediante diálogos e parceria com a enfermeira da unidade. A partir da escuta de suas necessidades e dificuldades no saber/fazer enfermagem em saúde mental, percebemos a importância de envolver os usuários do CAPS em todos os momentos, o que se tornou possível com o implemento da relação interpessoal terapêutica durante o processo de SAE.

A criação do vínculo enfermeira-usuário, por meio do relacionamento terapêutico com os participantes do estudo favoreceu a construção dos históricos de enfermagem, que desvelaram determinantes do processo saúde-doença e nos mobilizaram a buscar informações que não reduzissem o sofrimento das pessoas a prováveis transtornos mentais. Os históricos foram efetivados com base na teoria da intersubjetividade merleau-pontyana e na Pragmática da Comunicação Humana de Watzlawick.

Os diagnósticos de enfermagem, que emergiram da análise das descrições vivenciais, por meio da técnica Analítica da Ambiguidade foram: apoio familiar prejudicado; comunicação familiar comprometida; aceitação do estado de saúde comprometida; baixa autoestima; autoimagem negativa; ansiedade; estigma e apoio social prejudicado. A partir da identificação desses diagnósticos, traçamos intervenções de enfermagem pautadas na integralidade do cuidado.

O segundo manuscrito, apresenta a experiência de utilização da SAE na inserção social e reabilitação de pessoas em sofrimento mental, usuárias do CAPS. Os participantes do estudo revelaram vivências ambíguas. Por um lado, desvelaram sentimentos de incapacidade para conviver com as limitações relativas ao sofrimento mental, por outro lado, fizeram ver que o relacionamento interpessoal terapêutico foi capaz de promovê-los à vivência de um *outro eu mesmo* (transcendência), o que se evidenciou, mais claramente, na disposição crescente para se inserir nos diferentes espaços do território.

A experiência dialógica desenvolvida com os participantes do estudo, mediante o desenvolvimento de relações terapêuticas, fez ver perspectivas de reabilitação psicossocial referentes à inserção no mercado de trabalho, na escola e em outros espaços no território, e permitiu que eles visualizassem projetos de vida, felicidade e sonhos. A inclusão dos participantes em espaços educativos e no curso de bateria, por exemplo, produziram autonomia, empoderamento, revelando experiências geradoras de sentimento de bem-estar e inserção social.

O contato com a fenomenologia merleau-pontyana possibilitou-nos vivenciar a intersubjetividade, como movimento “entre” o visível e o invisível, pois, ao mesmo tempo em que enxergávamos limitações para o processo de reabilitação psicossocial, visualizávamos potencialidades, novas perspectivas, sonhos e projetos dos participantes, o que nos conduziu à reflexão de que o olhar é o ponto de intersecção das experiências de cuidado.

O terceiro manuscrito, mostra a percepção de pessoas em sofrimento mental sobre o relacionamento interpessoal terapêutico enfermeiras-usuário durante a realização da SAE, o que

mobilizou a construção de intersubjetividades no processo de identificação de problemas e modos de enfrentá-los. Nesse processo, a empatia apareceu como característica essencial das enfermeiras que se propuseram a estabelecer o relacionamento terapêutico como estratégia de abertura ao mundo da vida (sentimentos), que permite a incorporação de atributos necessários à reabilitação psicossocial e a criação de uma nova cultura pelas pessoas em sofrimento mental.

Nessa perspectiva, o estudo demonstra a importância do compartilhamento do saber da enfermagem para que as pessoas em sofrimento mental possam reconstruir projetos de vida e felicidade. A relação com as enfermeiras mostra-se como entrelaçamento, pois, ao mesmo tempo em que elas buscavam ajudá-los, despertavam neles o desejo de tornar-se corresponsáveis pelo alcance dos objetivos propostos em seu processo de reabilitação psicossocial.

O relacionamento terapêutico desenvolvido com os participantes da pesquisa fez ver mudanças que foram se desdobrando, desde a fase de orientação até o encerramento do trabalho, tais como o aprendizado em relação a seus direitos, as mudanças de comportamento, o crescimento pessoal e o reconhecimento de que eles podem buscar no território a satisfação de desejos e necessidades. Assim, começaram a desenvolver responsabilidades e acreditar em suas potencialidades, refletindo mais sobre a importância de ser autônomos e independentes.

Nessa perspectiva, os resultados do estudo permitem a formulação da seguinte tese: “A Sistematização da Assistência de Enfermagem, fundamentada no relacionamento interpessoal terapêutico e na intersubjetividade enfermeira-pessoa em sofrimento mental, constitui uma possibilidade para a consolidação da singularidade do cuidado de enfermagem no contexto da atenção psicossocial”.

A pesquisa evidencia a necessidade de os profissionais da saúde, principalmente os da enfermagem, fundamentarem suas práticas de cuidado na construção de relações dialógicas, intersubjetivas, pautadas na escuta que valorize as experiências de vida, os desejos, os sonhos e os projetos das pessoas em sofrimento mental.

O nosso estudo traz contribuições para o campo do cuidado em saúde mental, especialmente por demonstrar a experiência de construção de uma SAE, que possibilita a participação de pessoas em sofrimento mental, famílias, enfermeiros, outros profissionais da saúde e pessoas da comunidade, em um movimento de coprodução e corresponsabilização do cuidado. Desse modo, pode servir como um modelo a ser aplicado em outros espaços da rede de atenção à saúde.

A etapa de construção e realização dos históricos de enfermagem corresponde a uma oportunidade de inovação para o cuidado em saúde mental, uma vez que, não nos limitamos a obter informações referentes à doença e o contexto de sua ocorrência, mas avançamos em conhecer os itinerários terapêuticos, a relação com a família, o trabalho, a escola, as relações afetivas, a gestão da vida, as práticas de inclusão social, as expectativas em relação à reabilitação psicossocial e os projetos de vida das pessoas em sofrimento mental. Por ser realizado em uma perspectiva fenomenológica o histórico possibilita que não nos detivéssemos apenas ao roteiro, mas deixássemos desvelar os fenômenos que foram se mostrando nas falas dos participantes.

A construção dos diagnósticos de enfermagem da CIPE trouxe um olhar para o contexto familiar e comunitário das pessoas com sofrimento mental. As fases de planejamento e implementação das ações de enfermagem nos fez ver a importância de pensarmos em estratégias de reabilitação psicossocial que envolvam o território e os diversos atores sociais nele existentes. A avaliação das ações de enfermagem no contexto da entrevista fenomenológica permite conhecer as experiências dos participantes em relação a SAE e nos entrelaçamos com suas falas, de modo a lançarmo-nos para o futuro ao pensarmos em novas estratégias de cuidado que podem ser realizadas.

O conhecimento produzido nessa pesquisa pode ser utilizado nas universidades, pensando nos três pilares: ensino, pesquisa e extensão, suscitando a construção de novos saberes e práticas no contexto do cuidado em saúde mental. No âmbito da assistência, o estudo traz a importância do enfermeiro desenvolver a SAE como contribuição para a construção do Projeto Terapêutico Singular, principal instrumento de cuidado utilizado no modelo psicossocial. A pesquisa também traz contribuições para o serviço em que foi realizado o estudo, por meio do desenvolvimento de uma estratégia de cuidado que pode continuar sendo desenvolvida pela enfermeira da unidade e poderá inspirar outros profissionais da rede de atenção à saúde mental do município a utiliza-la.

A pesquisa demonstra a importância da RAPS, ao desvelar o potencial do território e dos diversos atores sociais nele existentes para o cuidado em saúde mental. Ademais, a ocupação de diversos espaços (ou dispositivos) pelos participantes possibilitou que diversos atores sociais com os quais se entrelaçaram desmistificassem o olhar em relação à loucura.

O estudo traz contribuições para minha vida, enquanto enfermeira e docente do campo da saúde mental, me permitindo compreender a importância do acolhimento, vínculo e escuta para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem. O relacionamento interpessoal terapêutico

estabelecido com os usuários mostra-se para mim como entrelaçamento, vivência intercorporal, de modo que me sentia sendo cuidada ao cuidar de outros e me entrelaçava com os seus sentimentos, desejos e sonhos, de forma que nem sabia mais se eram meus ou deles, e assim me senti mobilizada a cada vez mais construir com eles a reabilitação psicossocial.

Concluimos, então, que, assim como não somos mais as mesmas que éramos antes do estudo, os participantes também não o são, pois assim como nós vivenciamos a experiência do “eu posso”. Desejamos que o estudo possa inspirar outros pesquisadores e permitir que vivam a experiência da transcendência ao lerem, construindo um novo olhar sobre as pessoas com sofrimento mental e o cuidado no contexto da reabilitação psicossocial.

A pesquisa apresenta como limitação o fato de termos vivenciado uma parte dela durante a pandemia da COVID 19, o que dificultou a realização de algumas intervenções da SAE que havíamos pensado e as atividades em que os participantes estavam inseridos tiveram que ser interrompidas, por outro lado, permitiu aos participantes o aprendizado sobre as ferramentas digitais, pois todos tivemos que nos acostumar à modalidade remota e, assim continuaram participando de atividades de extensão no contexto da universidade.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.C.S. et al. Relacionamento interpessoal entre usuários e profissionais de saúde na atenção psicossocial. **Cogitare Enfermagem**. Paraná, v.21, n.3, p.1-9, jul/set 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.46528> Acesso em: 25 de nov. 2021.

ALI, G.; LALANI, N.S.; CHARANIA, N.A.M.A. Community mental health initiatives in Pakistan. **Nurs Stand**. S/L, v.29, n.22, p.44-48, fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.7748/ns.29.22.44.e9250> Acesso em: 27 de nov. 2021.

ALMEIDA, P.A.; MAZZAIA, M.C. Nursing appointment in mental health: experience of nurses of the network. **Rev. Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.71, supl.5, p.20154-2160, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0678>. Acesso em: 9 de nov. 2021.

ALSAAWI, A.A critical review of qualitative interviews. **European Journal of Business and Social Sciences [Online]**, S/L, v.3, n.4 p. 149-156, jul. 2014. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2819536> Acesso em: 27 nov. 2021.

AMARANTE, A.L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.20, n.1, p.85-93, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100010> Acesso em: 30 de nov. 2021.

AMARANTE, P.; TORRE, E.H.G. 30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife, Editora Universitária - UFPE, 2010. p. 113-136.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da re-forma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

AMARANTE, P.; NUNES, M.O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.2067-2074,

jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>, Acesso em: 29 out. 2021.

ANTAI-OTONG, D. Psychosocial recovery and rehabilitation. **Nurs Clin North Am.** S/L, v.51, n.2, p.287-297, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.011> Acesso em: 27 de nov. 2021.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M.E. **Fundamentos de enfermagem:** introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

AZEVEDO, D.M.; SANTOS, A.T. Ações de saúde mental na atenção básica: conhecimento de enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** Rio de Janeiro, v.4, n.4, p.3006-3014, out./dez. 2012. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2010/pdf\\_643](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2010/pdf_643) Acesso em: 25 de nov. 2021.

AZEVEDO, E.B. et al. Tecendo práticas intersetoriais em saúde mental para pessoas em sofrimento psíquico. **Rev Enferm UFSM.** Santa Maria, v.4, n. 3, p. 612-623, jul./set. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13562> Acesso em: 25 de nov. 2021.

BAPTISTA, J.A. et al. Singular therapeutic project in mental health: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. Brasília, v.73, n.2, p.e20180508. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0508> Acesso em: 25 de nov. 2021.

BARD, N.D. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em saúde mental utilizados em unidades de internação hospitalares: revisão integrativa. **Cuidado é fundamental.** Rio de Janeiro, [s.v], n.12. p. 1165-1171, jan./dez. 2020.

BARROS, A.C. et al. A percepção dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre a assistência em saúde mental. **Medicina (Ribeirão Preto).** Ribeirão Preto, n.54, n.1, p.e-174040, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.174040>, Acesso em: 10 de agosto de 2021.

BARROS, A.L.B.L. et al. **Processo de enfermagem:** guia para a prática/ Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. COREN-SP, 2015. 113p.

BATISTA, E.H.L. et al. Dificuldades de enfermeiros na atenção básica frente ao adoecimento mental. **Rev enferm UFPE.**, Recife, v.12, n.11, p.2961-2968, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236687p2961-2968-2018>. Acesso em: 9 de nov. 2021.

BEENTJES, T.A.A. et al. Nurses experience of maintaining their therapeutic relationship with outpatients with bipolar disorder and caregivers during different stages of a manic episode: a qualitative study. **Perspectives in Psychiatric Care**, S/L, v.52, n.2, p.131-138, apr. 2016.

BELCHER, J.R.; FISH, L.J.; B. HILDEGARD E. Peplau. *In*: GEORGE, Julia B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 49-63

BESSA, J.B.; WAIDMAN, M.A.P. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.22, n.1, p. 61-70. Jan./mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100008>. Acesso em: 15 de et. 2021.

BOAVENTURA, A.P.; SANTOS, P.A.; DURAN, E.C.M. Conhecimento teórico-prático do enfermeiro sobre Processo de Enfermagem e Sistematização de Enfermagem. **Enferm Global**. [Internet], v.46, n.1, p.194-205, abr./jun. 2017. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt\\_1695-6141-eg-16-46-00182.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00182.pdf). Acesso em: 10 de nov. 2021.

BORILLE, D.C. et al. Construção de um marco de referência para o cuidado de enfermagem psiquiátrica. **Ciênc. cuid. saúde** [online]. Maringá, v.12, n.3, p.483-491, jul/set. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i3.15774> Acesso em: 25 de nov. 2021.

BOSSATO, H.R.; LOYOLA, C.M.D.; OLIVEIRA, R.M.P. Challenges of nursing care in psychosocial rehabilitation: a study from the constructionist perspective. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. Brasília, v.74, suppl.3, p.e20200408, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0408>. Acesso em 27 de nov. 2021.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Banco de dados:** cidades. Bahia, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>. Acesso em: 01 de março de 2019.

BRASIL. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, Distrito Federal, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm), Acesso em: 06 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n.39.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html) Acesso em: 15 de nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 15 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html), Acesso em: 10 de nov. de 2021.

BROOKE-SUMNER, C. et al. Process evaluation of a pilot intervention for psychosocial rehabilitation for service users with schizophrenia in north west province, south Africa. **Community Ment Health J.** S/L, v.54, n.7, p.1089-1096. Oct. 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-018-0318-9> Acesso em: 25 de nov. 2021.

BRUGGMANN, M.S. et al. Construção de um saber coletivo para implantação do processo de enfermagem em um hospital psiquiátrico especializado. **REME**. Belo Horizonte, v.23, [s.n], p. e-1270. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190118>. Acesso em: 10 de nov. 2021.

BRUSAMARELLO, T. et al. Cuidado a pessoas com transtorno mental e familiares: diagnósticos e intervenções a partir da consulta de enfermagem. **Rev. Cogitare Enferm.** Curitiba, v.18, n.2, p.245-52. Abr./jun. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32574>.

CAMPOS, D.B.; BEZERRA, I.C.; JORGE, M.S.B. Tecnologias do cuidado em saúde mental: práticas e processos da Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.71, suppl.5, p. 2228-2236. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0478>. Acesso em: 20 de nov. 2021.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016> Acesso em: 25 de nov. 2021.

CANABRAVA, D.S. et al. Consulta de enfermagem em saúde mental sustentada na teoria das relações interpessoais: relato de experiência. **Cienc Cuid Saude.** Maringá, v.10, n.1, p.150-156, jan./mar. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i1.8044>. Acesso em: 05 de nov. 2021.

CANABRAVA, D.S. et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. **Rev. eletr. de enfermagem.** Goiania, v.12, n.1, p.170-176, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i1.9534> Acesso em: 28 de nov. 2021.

CARVALHO, P.A.L. et al. Cuidado humano à luz da fenomenologia de Merleau-Ponty. **Texto & Contexto Enfermagem** [internet], Florianópolis. v.28, s/n, p. e20170249. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0249>. Acesso em: 20 de nov. 2021.

CARVALHO, P.A.L. et al. Reflexividade do sensível e do cuidado à família no contexto da saúde mental. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro. v.28, s/n, p. e53264, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.53264> Acesso em: 20 de nov. 2021.

CASANOVA, E.G.; SETENTA, I.P.; ALMEIDA, M.N.F. O cuidado de enfermagem familiar / exótico na unidade de internação psiquiátrica: do asilar para a reabilitação psicossocial. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.635-644, out./dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000400004>. Acesso em: 17 de set. 2021.

CLARES, J.W.B. et al. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE® para idosos comunitários. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. Brasília, v. 72, n. 2, p. 191-198, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0540>, Acesso em 2 de nov. de 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html). Acesso em: 31 de out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 599/2018**. Aprova norma técnica para atuação da equipe de enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Brasília, Distrito Federal, 2018.

COOMBS, T.; CURTIS, J.; CROOKES, P. What is the process of a comprehensive mental health nursing assessment? Results from a qualitative study. **Int Nurs Rev.** [online], v.60, n.1, p.96-102, mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01036.x>. Acesso em: 15 de nov. 2021.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *In*: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DIAS, B.J.M.C. et al. Mental health care and primary, health care as a training field for nurses. SMAD, **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** São Paulo, v.16, n.2, p.1-8, mar./abr.

2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153900>. Acesso em: 21 de nov. 2021.

DIAS, C.B.; ARANHA, A.L.S. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v.44, n.2, p.469-475, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200032>. Acesso em: 16 de set. 2021.

DUPOND, P. **Vocabulário de Merleau-Ponty**. Tradução de C. Berline; revisão técnica de H. Santiago. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

ESQUIVEL, D.M. Abordaje de enfermería basado en el modelo de Peplau sobre el control de impulsos ineficaz. **av.enferm**. Bogotá, v.38, n.1, p.87-94. Mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.80576>. Acesso em: 20 de nov. 2021.

FARINHA, M. G., BRAGA, T.B.M. Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 24, n. 3, p. 366-378, dez. 2018.

FERNANDES, M.A. et al. Processo de enfermagem baseado na teoria do relacionamento interpessoal de Peplau aplicado à Esquizofrenia. **Revista de Enfermagem da UFPI**. Teresina, v.7, n.3, p.42-47, jul/set. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/513> Acesso em: 25 de nov. 2021.

FERRAZ, M.S.A. **Fenomenologia e ontologia em Merleau-Ponty**. São Paulo. SP: Papirus, 2009.

FERRENHOF, H.A.; FERNANDES, R.F. desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SSF. **Revista ACB**. Florianópolis, v.21, n.3, p.550-563, ago./nov., 2016.

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

FURUYA, R.K. et al. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Rev. Gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre, v.32, n.1, p.167-

175, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000100022>. Acesso em: 21 de nov. 2021.

GARCIA, A.P.R.F. et al. Processo de enfermagem na saúde mental: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. Brasília, v.70, n.1, p.220-230, jan./fev. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>, Acesso em 2 de nov. de 2021.

GARCIA, T.R. CIPE ®: uma terminologia padronizada para descrever a prática profissional da enfermagem. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.50, n.3, p. 376-381, mai./jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400001> Acesso em: 02 de nov. 2021.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev Bras Enferm [Internet]**. Brasília, v.66, n.1, p.142-150, set. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700018>, Acesso em 17 de jun. de 2021.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

GONÇALVES JUNIOR, M.; TOBIAS, G.C.; TEIXEIRA, C.G. Saúde mental na atenção primária à saúde. **Rev. Aten. Saúde**. São Caetano do Sul, v.17, n.60, p.101-116, abr./jun., 2019. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/download/5582/pdf/19202](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/download/5582/pdf/19202) Acesso em: 25 de nov. 2021.

GONÇALVES P.D.B.; SEQUEIRA C.A.C.; SILVA M.A.T.C.P. Content analysis of nursing diagnoses in mental health records in Portugal. **International Nursing Review**. Genebra, v.66, n.2, p. 199-208, out. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12493>. Acesso em: 20 de nov. 2021.

GONÇALVES, P.D.B.; CRUZ, C.A.S.; SILVA, M.A.T.C.P. Nursing interventions in mental health and psychiatry: Content analysis of records from the nursing information systems in use in Portugal. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. [online], v.26, n.7-8, p.199-

211, Set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jpm.12536>. Acesso em: 10 de nov. 2021.

GUERRERO-CASTAÑEDA, R.F; MENEZES, T.M.O; OJEDA-VARGAS, M.G. Características da entrevista fenomenológica na pesquisa em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.38, n.2, p.e67458, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.67458> Acesso em: 25 de nov. 2021.

GUIMARÃES, N.A. et al. Mudanças na atenção à saúde mental decorrentes da reforma psiquiátrica: percepções de profissionais de enfermagem. **Cienc Cuid Saude**. Maringá, v.14, n.1, p.830-838, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v14i1.22187> Acesso em: 27 de nov. 2021.

HIRDES, A.; KANTORSKI, L.P. Reabilitação psicossocial: objetivos, princípios e valores. **Revista de enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.217-221, mai./ago. 2004.

HORTA, W.A. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 2006.

KANTORSKI, L.P. et al. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**. São Paulo, v.39, n.3, p.317-324, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000300010>, Acesso em: 3 de nov. de 2021.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. *In*: PITTA, A.M.F. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec. 2016. p.69-74.

KOTOWSKI, A. Case study: a young male with auditory hallucinations in paranoid schizophrenia. **Int J Nurs Knowl**. [S.L], v.23, n.1, p.41-44, fev. 2012. Disponível em: <http://10.1111/j.2047-3095.2011.01197.x>. Acesso em: 9 de nov. 2021.

LARIJANI, T.T.; SAATCHI, B. Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial. **Nursing open**. [S.L], v.6, n.2, p.612-619, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/nop2.244>. Acesso em: 20 de nov. 2021.

LEÃO, A.; BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde e**

**Sociedade.** São Paulo, v.21, n.3, p.572-586, set. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000300005>, Acesso em 30 de out. de 2021.

LIMA, D.W.C.; VIEIRA, A.N.; SILVEIRA, L.C. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.24, n.1, p.154-160, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002450013>. Acesso em: 17 de set. 2021.

LIRA, L.S.S.P. et al. Percepção da equipe de saúde da família sobre o cuidado a usuários de drogas. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro. v.44, n.125, p.372-383, abr.-jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012507> Acesso em: 25 de nov. 2021.

LIU, W.I. Examining taiwanese nurses' knowledge and confidence in case management. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, [S.L], v.45, n.1, p.43-48. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.3928/00220124-20131015-07>. Acesso em: 21 de nov. 2021.

LOPES, P.F.; GARCIA, A.P.R.F.; TOLEDO, V.P. Nursing process in the everyday life of nurses in Psycho-social Attention Centers. **Rev Rene**. Fortaleza, v.15, n.5, p.780-788, set./out. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3242/2497>. Acesso em: 12 de nov. 2021.

LOPES, P.F.; GARCIA, A.P.R.F.; TOLEDO, V.P. Processo de enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n.5, set./out. 2014.

MACHADO, C.V. A reforma psiquiátrica brasileira: caminhos e desafios. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n, 3, p. 5-8, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E300I>, Acesso em: 29 de out. de 2021.

MARINHO, A.M. et al. Reflexões acerca da reforma psiquiátrica e a (re)construção de políticas públicas. **REME- Rev. Min. Enferm**. Belo Horizonte, v.1, n.1, p. 141-147. Jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/19>. Acesso em: 16 de set. 2021.

MARTINS, G.C.S. et al. Ensino de graduação em enfermagem em saúde mental como aliado à consolidação do movimento de Reforma Psiquiátrica. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.e201801642018, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0164> Acesso em: 22 de nov. 2021.

MARTINS, G.C.S. et al. Estratégias de cuidado adotadas por enfermeiros na implantação de Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.19, n.1, p. e33319, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181933319>. Acesso em: 9 de nov. 2021.

MENEZES, E.S. et al. Grupo de adolescentes em serviços de saúde mental: uma ferramenta de reabilitação psicossocial. **Vínculo**, São Paulo, v.17, n.2, p.118-140, jul-dez. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v17n2p118-140> Acesso em: 27 de nov. 2021.

MERLEAU-PONTY, M. **A prosa do mundo**. Tradução de P. Neves. São Paulo: Cosac Naify, 2012a.

MERLEAU-PONTY, M. **Conversas, 1948**. Tradução de F. Landa; E. Landa. revisão da tradução M. Appenzeller. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Tradução de C.A. Moura. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MERLEAU-PONTY, M. **O olho e o espírito**. Tradução de P. Neves; M.E. Galvão. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

MERLEAU-PONTY, M. **O primado da percepção e suas consequências filosóficas**. Campinas, SP: Papyrus, 1990.

MERLEAU-PONTY, M. **O visível e o invisível**. São Paulo. SP: Perspectiva, 2012b.

MONTEIRO, A.R.M. Sistematização da assistência de enfermagem à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico. **Rev. Pesqui. (Online)**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.3185-3196, out./dez. 2015. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3500/pdf\\_1691](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3500/pdf_1691). Acesso em: 9 de nov. 2021.

MORA, Y.C.; CHAVEZ, I.C.E.; SANDOVAL, L.E.P. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental. **Enferm. glob.**, Murcia, v.11, n.28, p.41-51, out. 2012. Disponível em: [encurtador.com.br/hmA48](http://encurtador.com.br/hmA48). Acesso em: 12 de nov. 2021.

MORENO-POYATO, A.R. et al. The impact of a participatory intervention on the therapeutic relationship in mental health nurses: A multicentre study. **J Adv Nurs**. S/L, v.77, n.7, p.3104-3115, 2021. Disponível em: [encurtador.com.br/gkyzD](http://encurtador.com.br/gkyzD). Acesso em: 26 de nov. 2021.

MÜLLER, M.J. **Fenomenologia e gestalt no contexto da saúde mental**. (curso) Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da UESB, Jequié-BA. 2016. Digitado.

MYKLEBUST, K.K.; BJØRKLY, S.; RÅHEIM, M. Nursing documentation in inpatient psychiatry: The relevance of nurse-patient interactions in progress notes-A focus group study with mental health staff. **J Clin Nurs**. [online], v.27. n.3-4, p. e611-e622, fev.2018. Disponível em: <http://10.1111/jocn.14108>. Acesso em: 13 de nov. 2021.

NÓBREGA, M.P.S.S.; FERNANDES, M.F.T.; SILVA, P.F. Aplicação do relacionamento terapêutico a pessoas com transtorno mental comum. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.38, n.1, e63562, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63562> Acesso em: 25 de nov. 2021.

OLIVEIRA, L.C. et al. Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam**. Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.1774-1782. Jan./mar. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750945003>. Acesso em: 15 de set. 2021.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>, Acesso em: 28 de jan. 2018.

PASTOR, M.A.; TOMAS, M.A.C.; GARCIA, I.D. ¿Cómo ayuda la aplicación del proceso enfermero a las mujeres con diagnóstico ansiedad? **Enferm. glob.**, Murcia, v.16, n.46, p.389-405, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.259881>. Acesso em: 21 de nov. 2021.

PAULA, C.C. et al. Modos de condução da entrevista em pesquisa fenomenológica: relato de experiência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.67, n.3, p. 468-472, mai./jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140063> Acesso em 25 de nov. 2021.

PAULA, N.; GONÇALVES, A. Oficinas educativas e a sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas**. São Paulo, v.9, n.3, p.116-121, abr. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v9i3p116-121> Acesso em: 27 de nov. 2021.

PEIXOTO, L.C.P. et al. Victim and villain: ambiguous experience of nursing students in the university context. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. Porto Alegre, v.42, s/n, p. e20200365. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200365>. Acesso em: 25 de nov. 2021

PEIXOTO, T.R.T.; FREITAS, J.L. Pesquisa com narrativas: uma proposta metodológica em psicologia fenomenológico-existencial. In: CARDOSO, M.J.D.; HOLANDA, A.F. (Orgs.). **Psicanálise e fenomenologia: estudos e pesquisas clínicas**. Curitiba, Juruá, 2016. p.139-156.

PEPLAU, H.E. Interpersonal relations: a theoretical framework for application in nursing practice. **Nurs Sci Q**. 1992. V. 5, N. 1, p.13-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/089431849200500106>, acesso em: 10 de agosto de 2021.

PEPLAU, H.E. **Relaciones interpersonales en enfermería**. 1. ed. Barcelona: Salvat; 1990.

PEPLAU, H.E. The evolution of the psychiatric clinical nurse specialist: an interview with S. Lee Spray. **Perspect Psychiatr Care**. 1999. v.35, n.3, p.27-37.

PEREIRA, R.C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a reforma psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde e Sociedade [online]**. 2012, v. 21, n. 4. pp. 1035-1043. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400020>, Acesso em: 29 Outubro 2021.

PINHEIRO, C.V.F. et al. A atuação do enfermeiro de unidade psiquiátrica fundamentada na teoria do Relacionamento interpessoal. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional**. 2018, v.10, n.3, p.26-31. Disponível em: [encurtador.com.br/chrOQ](http://encurtador.com.br/chrOQ) Acesso em: 26 de nov. 2021.

PINHEIRO, C.W. et al. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. **Enfermagem em Foco**, 2019. v. 10, n. 3. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2291/580>, Acesso em: 03 de novembro de 2021.

PINHO, E.S. et al. Assistência à saúde mental: identificação de diagnósticos de enfermagem em serviço comunitário de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 75, n. 02, e20201175, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1175>, Acesso em: 2 de nov. de 2021.

PINTOR, L.A.; TOLEDO, V.P.; GARCIA, A.P.R.F. Nursing care based on the perspective of the subject of the unconscious and its contribution to the Singular Therapeutic Project. **Rev Eletrôn Saúde Mental Álcool Drog**. São Paulo, v.4, n.1, p.20-22, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/155076> Acesso em: 27 de nov. 2021.

PITTA, A. M. F. O que é Reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? *In*: PITTA, A. (Org.), **Reabilitação psicossocial no Brasil** São Paulo: Hucitec, 4ª ed. 2016, p. 27-36.

ROCHA, E.N.; LUCENA, A.F. Single Therapeutic Project and Nursing Process from an interdisciplinary care perspective. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.39, S/N, p.e2017-0057, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0057> Acesso em 02 de nov. 2021.

SARACENO, B . Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In*: PITTA, A. (org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 4ª ed. 2016, p. 13-18.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2a ed. Rio de Janeiro: TeCorá/Instituto Franco Basaglia; 2001

SENA, E.L.S. **A experiência do outro nas relações de cuidado: uma visão merleau-pontyana sobre as vivências de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer**. 2006. 284 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SENA, E.L.S. et al. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. Porto Alegre, v.31, n.4, p.769-775, dez. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-1447201000040002> Acesso em: 6 nov. 2021.

SENA, E.L.S. et al. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**. v. 31, n. 4, p. 769-75, 2010.

SILVA, J.S. et al. O cuidar de enfermagem em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. **Enfermagem em Foco**. v.11, n.1, p.170-175, 2020.

SILVA, T.C. et al. Nursing process implantation in mental health: a convergent-care research. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.73, suppl.1, p. e20190579, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0579>. Acesso em: 15 de nov. 2021.

SILVEIRA, M.R.; ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental: o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.11, n.5, p.645-651, out. 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000500012> Acesso em: 30 de nov. 2021.

SOARES, M.I. et al. Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.47-53, jan./mar. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>, Acesso em: 20 de nov. 2021.

SOARES, R.D. et al. O papel da equipe de enfermagem no centro de atenção psicossocial. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 110-115. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100016>. Acesso em: 9 de nov. 2021.

SOUZA, M.C.; AFONSO, M.L.M. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**. Uberlândia, v.8, n.2, p. 332-347. Jun./dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v8n2/v8n2a04.pdf>. Acesso em: 16 de set. 2021.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente teoria e ensino**. São Paulo: Robe editorial, 1993.

STEFANELLI, M.C.; FUKUDA, I.M.K.; ARANTES, E.C. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. 2. ed. São Paulo: Manole; 2017.

STEFANI, S.D.; ELVINO, B. (org.) **Clínica Médica: consulta rápida**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAVARES, C.M.; MESQUITA, L.M. sistematização da assistência de enfermagem e clínica ampliada: desafios para o ensino de saúde mental. **Enfermagem em Foco**, s/l, v.10, n.7, p. 121-

126, fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n7.2810> Acesso em: 25 nov. 2021.

TAVARES, C.M.M.; CORTEZ, E.A.; MUNIZ, M.P. Cuidado no hospital psiquiátrico sob a ótica da equipe de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v.15, n.2, p.282-290, mar./abr. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3140>. Acesso em: 9 de nov. 2021.

THOMPSON, A.R.; CHAMBERS, E. Ethical issues in qualitative mental health research. *In* HARPER, D; THOMPSON, A.R. **Qualitative research methods in mental health and psychotherapy**. John Wiley & Sons, Ltd, 2012. p. 23-37.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025> Acesso em: 25 de nov. 2021.

VAN WEL, T.F.; LANDSHEER, J.A. Societal participation: examining the impact of a rehabilitation approach for young people with schizophrenia. **J Psychiatr Ment Health Nurs**. S.L, v.19, n.9, p.792-798, nov. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01854.x> Acesso em: 25 de nov. 2021.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F.; DUARTE, F.A.B. A inserção e as práticas do enfermeiro no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.19, n.1, p.115-122, jan./fev. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000100016>. Acesso em: 16 de set. 2021.

VILELA, S.C.; MORAES, M.C. A prática de enfermagem em serviços abertos de saúde mental. **Rev.enferm.UERJ**. Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.501-506, out./dez. 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-512070>. Acesso em: 16 de set. 2021.

VILLELA, S.C.; SCATENA, M.C.M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-741, dez. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000600022>, Acesso em: 31 de out. de 2021.

VOGEL, J.S. et al. Peer support and skills training through an eating club for people with psychotic disorders: A feasibility study. **J Behav Ther Exp Psychiatry**. S.L, v.64, S.N, p.80-86, sep. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.02.007> Acesso em: 25 de nov. 2021.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. **Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação** (9ª ed.). São Paulo, SP: Cultrix. 1973.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, 2008. v.32, n.78/79/80, p, 27-37. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773003>, acesso em: 30 de out. de 2021.

## APÊNDICE A- HISTÓRICO DE ENFERMAGEM



### UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

#### ROTEIRO PARA HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Data da visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_  
Entrevistado(a): \_\_\_\_\_

#### 1. Dados de identificação do informante:

Nome: \_\_\_\_\_  
Apelido: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Raça: ( ) branca ( ) preta ( ) parda ( ) amarela ( ) indígena  
Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Município de nascimento: \_\_\_\_\_

#### 1.1 Outras informações:

Membros da família presente na entrevista: \_\_\_\_\_

#### 2. Informações sociodemográficas:

Situação conjugal: ( ) solteiro ( ) casado ( ) convive com parceiro ( ) divorciado  
( ) viúvo ( ) outra \_\_\_\_\_  
Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) ensino fundamental incompleto ( ) ensino fundamental  
completo ( ) ensino médio incompleto ( ) ensino médio completo  
( ) ensino superior completo ( ) ensino superior incompleto  
Participa de algum grupo comunitário: ( ) sim ( ) não  
Possui deficiência?: ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_  
Recebe algum benefício?: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

#### 3. Condições do domicílio:

Situação da moradia: ( ) próprio ( ) financiado ( ) alugado ( ) arrendado ( ) cedido  
( ) ocupação - propriedade invadida ( ) Situação de rua - morador de rua ( ) outra \_\_\_\_\_  
Localização: ( ) urbana ( ) rural  
Tipo do domicílio: ( ) casa ( ) apartamento ( ) cômodo ( ) outro  
Nº de cômodos: \_\_\_\_\_  
Tipo de acesso ao domicílio: ( ) ruas calçadas ( ) ruas sem saneamento básico ( ) \_\_\_\_\_  
Material predominante das paredes do domicílio: ( ) alvenaria ( ) madeira ( ) barro ( )  
taipa ( ) palha ( ) outro \_\_\_\_\_  
Energia elétrica: ( ) sim ( ) não  
Abastecimento de água: ( ) rede encanada ( ) carro pipa ( ) cisterna  
( ) poço/nascente no domicílio ( ) outro \_\_\_\_\_  
Tratamento de água no domicílio: ( ) filtração ( ) fervura ( ) cloração ( ) sem tratamento  
Forma de escoamento do banheiro: ( ) rede coletiva de esgoto ( ) fossa séptica  
( ) céu aberto ( ) fossa rudimentar ( ) direto em um lago ou rio ( ) Outra \_\_\_\_\_  
Destino do lixo: ( ) coletado ( ) queimado/enterrado ( ) céu aberto ( ) Outro \_\_\_\_\_  
Animais no domicílio: ( ) Não ( ) Sim. Quais? ( ) gato ( ) cachorro ( ) pássaro

( ) de criação - porco, galinha, etc. ( ) outro \_\_\_\_\_

**4. Composição Familiar:**

Nº de moradores: \_\_\_\_\_

a) Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nível de escolaridade \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Comorbidades: ( ) Não ( ) Sim Qual?: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

b) Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nível de escolaridade \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Comorbidades: ( ) Não ( ) Sim Qual?: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

c) Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nível de escolaridade \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Comorbidades: ( ) Não ( ) Sim Qual?: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

d) Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nível de escolaridade \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Comorbidades: ( ) Não ( ) Sim Qual?: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

e) Nome: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nível de escolaridade \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Comorbidades: ( ) Não ( ) Sim Qual?: \_\_\_\_\_

Vínculo: \_\_\_\_\_

**5. Relato sobre comunicação e relacionamento interpessoal com a família e comunidade**

**6. Informações da família sobre o sofrimento mental, itinerário terapêutico do membro e relacionamento interpessoal**

**7. Experiência com o consumo de drogas (tabaco, álcool, maconha, crack etc).**

a) História clínica pregressa e condição atual

b) Situações de vulnerabilidades e/ou proteção às quais o usuário e sua família estão expostos

**8. Experiências pregressas de interação e inserção familiar e social**

a) Infância

- b) Escola
- c) Trabalho
- d) Relacionamentos afetivos

#### 9. Avaliação relacionada ao sofrimento mental

- a) Diagnóstico
- b) Primeira crise
- c) Fatores desencadeantes da crise
- d) Alterações psicopatológicas e clínicas relacionadas à crise
- e) História de sofrimento mental na família
  - Experiências de tratamento medicamentoso (tipo, forma de uso e efeitos colaterais)
- f) Aceitação do sofrimento mental
- g) Autoimagem
- h) Mudanças imediatas após eclosão do problema
- i) Interpretação do modo diferente de estar no mundo, problema ou fatores associados ao mesmo
- j) Modos de estar no mundo e comportamentos problemáticos ou que produzam sofrimento

#### 10. Postura e Atividade

- Permanece por muito tempo na mesma posição.
- Fica em posição estranha.
- Cabisbaixo.
- Atividade motora aumentada ou diminuída.
- Fica parado, completamente inativo.
- Apresenta peculiaridade no modo de olhar.
- Repete sempre os mesmos gestos ou movimentos sem finalidade de forma paroxística.
- Executa atividades sem qualquer propósito.
- Procura ocupar-se com atividades oferecidas.
- Participa espontaneamente das atividades rotineiras da unidade.
- Participa das atividades só quando é solicitado a fazê-lo.
- Atribui a outros a culpa do que faz.
- Não aceita ser contrariado.
- Não faz o que lhe é sugerido.
- Faz o contrário do que lhe é solicitado.
- Toma decisões, mas é incapaz de executar a atividade escolhida.
- Procura manipular as pessoas.
- Opõe-se às rotinas.
- Não coopera, está sempre argumentando.
- Não consegue aguardar sua vez quando precisa esperar por algo.
- Manuseia constantemente determinados objetos ou parte do corpo.
- Apresenta movimentos bruscos que denotam agressividade.
- Apresenta problemas de marcha.
- Cai frequentemente.
- Apresenta dificuldades em vestir-se.

#### 11. Coordenação Motora

- Apresenta movimentos bruscos que denotam agressividade.
- Apresenta problemas de marcha.
- Cai frequentemente.
- Apresenta dificuldades em vestir-se.
- Tremor

#### **12. Expressão de Pensamento**

- Fala em tom de voz baixo.
- Fala vagarosamente ou excessivamente.
- Tem dificuldades em pronunciar palavras.
- Vocabulário limitado.
- Murmura as palavras.
- Fica em mutismo.
- Fala sozinho (aparentemente).
- Emite sons estranhos.
- Repete de imediato o que ouve.
- Refere-se a si mesmo na terceira pessoa.
- Responde somente com monossílabas.
- Limita-se a responder as perguntas que lhe são feitas.
- Repete sempre as mesmas palavras e frases.
- Insiste num mesmo assunto.
- É minucioso ao relatar um fato.
- Muda bruscamente de assunto.
- Apresenta ideias desconexas, ilógicas.
- Coloca-se sempre como o centro da conversação.
- Expressa ideias de morte e suicídio.

#### **13. Relacionamento Interpessoal**

- Interrompe o diálogo de outras pessoas.
- Permanece isolado no seu quarto ou em outros locais.
- Procura sempre estar perto de alguém.
- Permanece constantemente com as mesmas pessoas.
- Parece não escutar quando lhe dizem alguma coisa.
- Demonstra agressividade em relação às pessoas.
- É dependente de outras pessoas.
- Procura sempre ajuda dos outros.
- Participa de atividades em grupo.
- Frequentemente procura chamar a atenção sobre si.
- Desinteressa-se facilmente pelo que está fazendo.
- Dispõe-se a ajudar outras pessoas quando necessário.

#### **14. Afetividade e Emotividade**

- Demonstra raiva.
- Demonstra medo.
- Demonstra alegria.
- Demonstra tristeza ou chora sem motivo aparente.
- Mostra desinteresse por tudo.
- Muda bruscamente o humor.
- Não expressa seus sentimentos.
- Grita.

- ( ) Sorri sem motivo.
- ( ) Agride as pessoas sem razão.
- ( ) Humor deprimido
- ( ) Ideação suicida

**15. Relacionamento com o Entrevistador**

- ( ) Abordável, inabordável ou indiferente.
- ( ) Aceita bem o entrevistador – cooperador, amigável.
- ( ) Irritável ou arrogante.

k)

**16. Itinerário Terapêutico**

**17. Gestão da vida**

- a) Financeira
- b) Autocuidado
- c) Medicamentos (administração, efeitos colaterais)
- d) Tratamento
- e) Sexualidade

**18. Inclusão social**

- a) Práticas de militância
- b) Expressão artista
- c) Participação em programas de geração de renda
- d) Atividades religiosas
- e) Espaços que gosta de frequentar (cuidado e lazer)
- f) Vínculos de amizade

**19. Expectativas em relação à reabilitação psicossocial**

**20. Projetos de Futuro**

**21. Imagem Corporal**

**22. Anamnese e Exame físico do entrevistado:**

**Queixa clínica:** \_\_\_\_\_

**História da doença clínica atual (se houver):**

**Manifestações:**

**Tratamentos anteriores:** \_\_\_\_\_

**Fatores de risco:** ( ) tabagismo ( ) etilismo ( ) sobrepeso ( ) câncer ( ) sedentarismo ( ) \_\_\_\_\_

**Uso de medicamentos:** ( ) Não ( ) Sim ( ) \_\_\_\_\_

**Peso:** \_\_\_\_\_ **Altura:** \_\_\_\_\_

**Cuidado corporal:** Costuma tomar banho no período ( ) M ( ) T ( ) N

**Sono e repouso:** ( ) insônia ( ) dificuldade em conciliar o sono ( ) acorda várias vezes á noite  
( ) sonolência ( ) dorme durante a noite ( ) dorme durante o dia dorme \_\_\_\_ horas por dia

**Alimentação:** ( ) VO ( ) SNE ( ) Gastrostomia

Tipo de alimentação: \_\_\_\_\_

Costuma fazer \_\_\_\_\_ refeições por dia.

**Eliminação Urinária:** ( ) normal ( ) poliúria ( ) polaciúria ( ) oligúria

( ) nictúria ( ) disúria ( ) urgência ( ) incontinência Outras: \_\_\_\_\_

**Eliminação intestinal:** ( ) normal ( ) obstipação ( ) diarreia ( ) mudança de hábito intestinal  
Frequência: \_\_\_\_\_

**Relato de perda de peso ponderal:** \_\_\_\_\_

**Atividade Sexual:** ( ) Sim ( ) Não

**Deambula:** ( ) sem auxílio ( ) com andador ( ) com bengala ( ) cadeira de rodas

**Pele e tecidos:** ( ) sem alterações ( ) limpa ( ) descorada ( ) icterica ( ) cianótica  
( ) edema ( ) reações alérgicas ( ) lesões de pele ( ) úlcera por pressão

**Acuidade visual:** ( ) limitante ( ) não limitante

Uso de óculos: ( ) sim ( ) não

Cirurgia ( ) sim ( ) não

Qual? \_\_\_\_\_

**Olhos:** \_\_\_\_\_

**Orelhas:** \_\_\_\_\_

**Acuidade auditiva:** ( ) normal ( ) diminuída ( ) zumbido ( ) usa aparelho

Adaptação ao aparelho: \_\_\_\_\_

**Nariz:** ( ) sem anormalidades ( ) coriza ( ) renite alérgica ( ) epistaxe ( ) outra \_\_\_\_\_

**Boca:** Cavidade oral: \_\_\_\_\_ Língua: \_\_\_\_\_

Dentição: \_\_\_\_\_ Outras: \_\_\_\_\_

**Pescoço:** ( ) sem anormalidades ( ) linfonodos palpáveis ( ) tireóide aumentada

( ) estase jugular ( ) traqueostomia

**Tórax:** \_\_\_\_\_

**Ausculta pulmonar:** ( ) normal ( ) murmúrios vesiculares diminuídos ( ) roncos

( ) estertores ( ) sibilos ( ) outros \_\_\_\_\_



A large rectangular box with a double-line border, containing 30 horizontal lines for writing. The lines are evenly spaced and extend across the width of the box, leaving a small margin from the top and bottom edges.



## APÊNDICE B- ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB  
Departamento de Saúde - DS



### ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS DO HISTÓRICO FAMILIAR

1. **Identificação do núcleo familiar** (integrantes da família, dados socioeconômicos).
2. **Localização territorial** (destacar informações relevantes do território – condições internas e externas da residência e espaços de lazer disponíveis).
3. **Relações intra e extra-familiares** (relacionamento entre os moradores da casa, destes com vizinhos, com colegas de trabalho, etc).
4. **Práticas religiosas e de lazer.**
5. **Antecedentes familiares e pessoais** (dados clínicos).
6. **Hábitos alimentares** (número de refeições/dia, alimentos consumidos e quantidade).
7. **Hábitos de vida** (tabagismo, alcoolismo, drogadicção, sono e repouso, sedentarismo, higiene e eliminações).
8. **Avaliação das vulnerabilidades** (descrever situações de riscos às quais a família e/ou seu(s) integrantes está(ão) exposto(s)).
9. **Avaliação relacionada à psicopatologia**

#### 9.1 História da Crise

- Motivo pelo qual solicita o atendimento em saúde mental.
- Ocorrência de tratamentos ou hospitalização anteriores, como o usuário e sua família reagiram e que impressões guardam dos mesmos.
- Medicações que está usando – efeitos colaterais apresentados pela pessoa com sofrimento mental.
- Percepções e Expectativas do Cliente e Família Relacionadas à Crise
- O que a pessoa com sofrimento mental sabe sobre sua crise? (Demonstra consciência da mesma, nega estar em crise).
- Qual a expectativa da pessoa com sofrimento mental e de seus familiares sobre o acompanhamento domiciliar?
- Outras observações.

#### 9.2 Atendimento às Necessidades

- Constelação familiar:
  - O ambiente doméstico em que foi criado, nível socioeconômico e cultural do cliente.
  - Número de irmãos.
- Relacionamento sócio-familiar:
  - Tipo de relacionamento com familiares e amigos.
  - Ocorrência de enfermidades, mortes, separações, conflitos ou perda dos pais ou pessoas significativas – relação do cliente em estas ocorrências.
- História e atividade sexual:
  - Ocorrência de impulsos e/ou práticas sexuais e as relações da pessoa com sofrimento mental perante as mesmas.

#### 9.3 Condições Físicas

- Atenção que dá as suas condições físicas (normal, excessiva, indiferente ou negligente).

- Higiene: realiza sozinho, solicita ajuda para executá-la ou só realiza quando é solicitado, não aceita os cuidados higiênicos, compulsivo na sua realização.
- Vestuário: veste-se adequadamente ou de modo inadequado, preocupação normal, excessiva ou indiferente e negligente, rasga a roupa (com que frequência).
- Alimentação: alimenta-se normalmente, necessita de ajuda, recusa (determinar a causa), alimenta-se excessivamente.
- Eliminações:
  - Intestinais: frequência e características das fezes, obstipação ou diarreia (se estão associadas ao uso de medicações ou período de stress).
  - Urinárias: características da urina, dor e ardor à micção, incontinência, etc.
- Expressão facial:
  - Expressa tristeza, desinteresse, medo, preocupação, alegria, raiva.
  - Permanece com o olhar fixo em ponto determinado.
  - Olha as pessoas de modo estranho.
  - Não encara as pessoas.

#### **9.4 Postura e Atividade**

- Permanece por muito tempo na mesma posição.
- Fica em posição estranha.
- Cabisbaixo.
- Atividade motora aumentada ou diminuída.
- Repete sempre os mesmos gestos ou movimentos sem finalidade de forma paroxística.
- Participa das atividades rotineiras.
- Não aceita ser contrariado.
- Não faz o que lhe é sugerido.
- Faz o contrário do que lhe é solicitado.
- Procura manipular as pessoas.
- Não coopera, está sempre argumentando.
- Manuseia constantemente determinados objetos ou parte do corpo.

#### **9.5 Relacionamento Interpessoal.**

- Interrompe o diálogo de outras pessoas.
- Permanece isolado no seu quarto ou em outros locais.
- Procura sempre estar perto de alguém.
- Parece não escutar quando lhe dizem alguma coisa.
- Demonstra agressividade em relação às pessoas.
- É dependente de outras pessoas.
- Procura sempre ajuda dos outros.
- Frequentemente procura chamar a atenção sobre si.

#### **9.6 Coordenação Motora.**

- Apresenta movimentos bruscos que denotam agressividade.
- Apresenta problemas de marcha.
- Cai frequentemente.
- Apresenta dificuldades em vestir-se.

#### **9.7 Expressão de Pensamento.**

- Fala em tom de voz baixo.
- Fala vagarosamente ou excessivamente.
- Tem dificuldades em pronunciar palavras.
- Fica em mutismo.
- Fala sozinho (aparentemente).

- Emite sons estranhos.
- Repete de imediato o que ouve.
- Refere-se a si mesmo na terceira pessoa.
- Responde somente com monossílabas.
- Limita-se a responder as perguntas que lhe são feitas.
- Repete sempre as mesmas palavras e frases.
- Insiste num mesmo assunto.
- É minucioso ao relatar um fato.
- Muda bruscamente de assunto.
- Apresenta ideias desconexas, ilógicas.
- Coloca-se sempre como o centro da conversação.
- Expressa ideias de morte e suicídio.

### **9.8 Afetividade e Emotividade.**

- Demonstra raiva/medo/alegria/tristeza/chora ou sorrir sem motivo aparente.
- Mostra desinteresse por tudo.
- Muda bruscamente o humor.
- Não expressa seus sentimentos.
- Grita.
- Agride as pessoas sem razão.

### **9.9 Relacionamento com o Entrevistador.**

- Indiferente.
- Aceita bem o entrevistador – cooperador, amigável.
- Irritável ou arrogante.

### **10. Outras Observações.**

### **11. Impressões do Entrevistador.**

**APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

2



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB  
*Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98*  
**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB**

**TÍTULO DO PROJETO: O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL**

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL: VANESSA THAMYRIS CARVALHO DOS SANTOS**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos, discente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e estou desenvolvendo o projeto de pesquisa chamado “ O Cuidado de Enfermagem no contexto da reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento mental”, com seguinte objetivo: compreender como usuários do Centro de Atenção Psicossocial do tipo II (CAPS II) percebem a sua reabilitação psicossocial a partir da implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em nível do território.

Os participantes dessa pesquisa são pessoas que vivenciam o sofrimento mental, portanto, e é com muita satisfação que convido o (a) senhor (a) a participar deste projeto e contribuir com a produção de conhecimentos referente ao cuidado de enfermagem no contexto da reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento mental.

Nessa perspectiva, o conhecimento produzido poderá contribuir para o desenvolvimento de práticas de cuidado, que visem a melhora do tratamento das pessoas com sofrimento mental, já que, durante o desenvolvimento da pesquisa estaremos realizando um plano de cuidados que poderá ajudar na melhora da sua saúde e contribuirá para a sua reinserção social.

Para realizar este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): faremos o histórico de enfermagem no Caps, em que faremos perguntas que se referem ao seu estado de saúde, à sua história de vida e à sua família e durará em média 1h; depois, marcaremos um momento em que faremos uma visita domiciliar em sua casa; marcaremos um outro momento em que faremos uma caminhada pelo território para conhecer os locais que você gosta de frequentar; farei junto com você um plano de cuidados voltados à sua saúde e depois realizarei uma entrevista com você com algumas questões abertas, em que perguntarei sobre a sua experiência em participar dessas etapas do projeto.

Durante algumas etapas da pesquisa, utilizaremos um gravador de voz para gravar a sua fala, que será transcrita e utilizada para a produção de artigos científicos, no entanto, você não será identificado em nenhuma publicação, pois utilizaremos um codinome para te identificar.

Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira para participar dessa pesquisa, será acompanhado pelo pesquisador durante o estudo, estando livre para perguntar e esclarecer suas dúvidas. Poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento e sua recusa em participar da pesquisa não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador e não haverá qualquer prejuízo de continuidade de tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa.

O estudo poderá trazer riscos para sua integridade física, mental ou moral, sendo garantidos esclarecimentos antes, durante e depois das entrevistas. Podem surgir situações de desconforto por, durante a pesquisa, fazermos perguntas que envolvem o campo emocional e psicológico. Porém, você contará com o suporte emocional do pesquisador e tem assegurado o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Será mantido total sigilo sobre a sua identidade, pois utilizaremos um codinome para identifica-lo e, em qualquer momento, você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que

4

uma das vias será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

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

Jequié, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) participante*

*Impressão digital (se for o caso)*

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do(a) pesquisador(a)*

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

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: VANESSA THAMYRIS CARVALHO DOS SANTOS

ENDEREÇO: AVENIDA ARTHUR MORAIS, Nº268, JEQUIEZINHO, JEQUIÉ.

FONE: (73) 98883-6845 / E-MAIL: NESSATHAMYRIS@HOTMAIL.COM

CEP/UESB- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RUA JOSÉ MOREIRA SOBRINHO, S/N - UESB

JEQUIÉ (BA) - CEP: 45206-190

## ANEXO A-TESTE DE FARGESTRÖM

### Teste de Fargeström

Responda às perguntas abaixo, some o número no final de cada resposta e veja o resultado no fim da página.

**1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?**

- Dentro de 5 minutos (3)
- 6-30 minutos (2)
- 31-60 minutos (1)
- Depois de 60 minutos (0)

**2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)?**

- Sim (1)
- Não (0)

**3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?**

- O primeiro da manhã (1)
- Outros (0)

**4. Quantos cigarros você fuma por dia?**

- Menos de 10 (0)
- De 11 a 20 (1)
- De 21 a 30 (2)
- Mais de 31 (3)

**5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?**

- Sim (1)
- Não (0)

**6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?**

- Sim (1)
- Não (0)

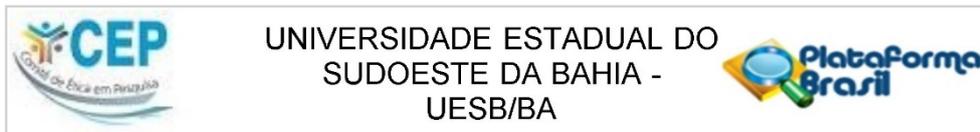
**Resultado:**

Avaliação do resultado

Dependência (soma dos pontos):

- 0-2: muito baixa
- 3-4: baixa
- 5: média
- 6-7: elevada
- 8-10: muito elevada

## ANEXO B-PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS COM SOFRIMENTO MENTAL

**Pesquisador:** Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 14115718.6.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.589.744

#### **Apresentação do Projeto:**

Reapresentação de um projeto de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, a ser realizado com 10 usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial do tipo II (CAPS II) de Jequié-BA, com a proposta de implementar a SAE na perspectiva da reforma psiquiátrica e da reabilitação

psicossocial. Segundo as pesquisadoras "No intuito de superar a problemática da reprodução de práticas manicomiais nos serviços de saúde mental, tem se preconizado um cuidado pautado em Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os usuários. Nesse contexto, destaca-se a importância do enfermeiro no PTS, que poderá estar desenvolvendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que se constitui também em uma tecnologia de cuidado, pois os saberes estruturados, associados ao diálogo e à escuta norteiam o cuidado de enfermagem".

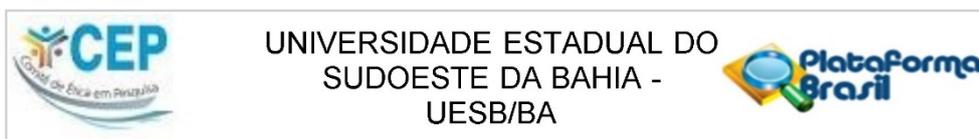
#### **Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral será "Compreender a percepção dos usuários do Caps II sobre a reabilitação psicossocial com a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em nível do território".

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e os benefícios foram apresentados e estão de acordo com a Res.466/2012.

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
**Bairro:** Jequiezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3528-9727 **Fax:** (73)3525-6683 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.589.744

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa importante para a área da Saúde e de relevância social, que poderá contribuir com melhoria no cuidado e promoção da saúde mental.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados. No parecer anterior, foram solicitadas correções no TCLE e cronograma.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto é relevante para a área da Saúde Mental e apresenta relevância social.

Após reapresentação do projeto, explicitou-se que a pesquisa será desenvolvida apenas com usuários do CAPS II de Jequié, que vivenciam o sofrimento mental. O TCLE também foi reapresentado com as correções e adequações solicitadas no parecer anterior (nº 3.483.316, de 02/08/2019). O cronograma foi atualizado, conforme solicitado.

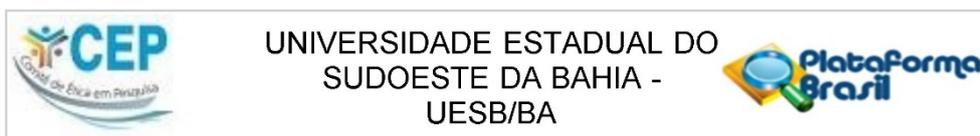
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em reunião de 20.09.2019, a plenária deste CEP/UESB aprova o parecer do relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1270656.pdf	28/08/2019 15:19:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.pdf	28/08/2019 15:18:58	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/08/2019 15:16:56	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	26/08/2019 21:58:26	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Outros	Historico.pdf	18/05/2019 22:47:44	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Outros	coleta.pdf	18/05/2019	Vanessa Thamyris	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
 Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510  
 UF: BA Município: JEQUIE  
 Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.589.744

Outros	coleta.pdf	20:26:10	Carvalho dos Santos	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	14/05/2019 15:33:38	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Outros	COLETA.jpg	05/12/2018 13:47:11	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	05/12/2018 13:46:53	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Outros	ORIENTADOR.pdf	05/12/2018 13:39:07	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Outros	Encaminhamento.pdf	05/12/2018 13:38:33	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Outros	COMPROMETIMENTO.pdf	05/12/2018 13:38:05	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Orçamento	FINANCEIRO.pdf	05/12/2018 13:37:17	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Vanessa.pdf	05/12/2018 13:37:05	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EDITE.pdf	05/12/2018 13:36:56	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

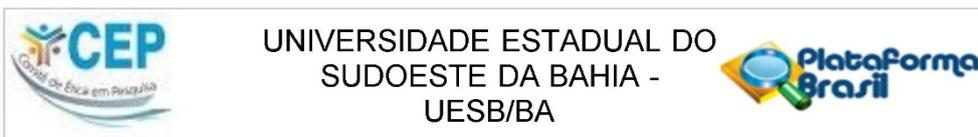
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JEQUIE, 20 de Setembro de 2019

Assinado por:  
Douglas Leonardo Gomes Filho  
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510  
UF: BA Município: JEQUIE  
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.589.744

Outros	coleta.pdf	20:26:10	Carvalho dos Santos	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	14/05/2019 15:33:38	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Outros	COLETA.jpg	05/12/2018 13:47:11	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	05/12/2018 13:46:53	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Outros	ORIENTADOR.pdf	05/12/2018 13:39:07	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Outros	Encaminhamento.pdf	05/12/2018 13:38:33	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Outros	COMPROMETIMENTO.pdf	05/12/2018 13:38:05	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Orçamento	FINANCEIRO.pdf	05/12/2018 13:37:17	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Vanessa.pdf	05/12/2018 13:37:05	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EDITE.pdf	05/12/2018 13:36:56	Vanessa Thamyris Carvalho dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JEQUIE, 20 de Setembro de 2019

Assinado por:  
**Douglas Leonardo Gomes Filho**  
 (Coordenador(a))

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
 Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510  
 UF: BA Município: JEQUIE  
 Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-6683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com