**FACULDADE E ESCOLA TÉCNICA DAMA**

**BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

Daiane Nayzer

michele siebeneichler nizer

**ATIVIDADES TERAPÊUTICAS EM PACIENTES COM ESQUISOFRENIA**

canoinhas

2021

Daiane Nayzer

michele siebeneichler Nizer

**ATIVIDADES TERAPÊUTICAS EM PACIENTES COM ESQUISOFRENIA**

Projeto apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Dama como requisito parcial para obtenção de nota. Orientação: Professor Maria Emília Jubanski

Canoinhas

2021

sUMÁRIO

**Resumo**

A esquizofrenia é um problema de saúde que atinge todas as classes sociais na atualidade, e afetando também os familiares, seus trabalhos e amigos. É de grande sofrimento tanto para o portador quanto para a família. Pela longa duração dessa doença, acumula-se um número considerável de pessoas portadoras desse transtorno em diferentes graus de comportamento e necessidades. O ato de conhecer sobre a doença na teoria e prática compreende destacar o papel do enfermeiro na conscientização dos familiares sobre a esquizofrenia pelos, viabilizando as necessidades do paciente, facilitando a vida diária, através convívio agradável e tratamento do portador de Esquizofrenia. É necessário elucidar como se dá a assistência de enfermagem aos portadores e como eles convivem com a doença, para que se promovam estratégias adequadas de atendimento através de cuidados terapêuticos. Objetivo das atividades terapêuticas aplicadas pelas acadêmicas do curso de Bacharelado em Enfermagem da Escola Técnica e Faculdade Dama: Daianne Regina Naizer e Michele Nizer tem como o papel importante na reabilitação de pacientes que sofrem com transtornos mentais, como a esquizofrenia.

 As atividades terapêuticas realizadas podem ser definidas através do interesse e condições físicas dos usuários, verificando as possibilidades dos técnicos do serviço, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania. Resultados esperados com as seguintes atividades que serão desenvolvidas: Atividade terapêutica com Arteterapia: terá como objetivo diminuir a tensão e o estresse no cotidiana, já Musicoterapia promoverá o bem-estar aos pacientes portadores de esquizofrenia.

 **Palavras-chave** Esquizofrenia. Cuidados de Enfermagem. Saúde Mental. Humanização da Assistência.

## 1 Introdução

A cada dia que passa é possível perceber que a saúde mental vem se destacando cada vez mais em nossas vidas. Vivendo o momento atual fica evidenciado o quanto precisamos estar bem fisicamente e mentalmente com nós mesmos. Mas nem sempre a saúde mental foi assim ou até mesmo teve todo esse destaque. Algum tempo atrás antes da Reforma Psiquiátrica que no Brasil teve início nos anos 990, a loucura era dita como centro de todos os problemas do indivíduo acometido por esta circunstância a uma comunidade, estava inserido em uma família a portador de seus direitos (CEPEPE, 2017).

Entende-se que a interação do profissional com a pessoa com transtorno mental se constitui elemento primordial do cuidar na prática de Enfermagem, pois é através dela que se forma uma relação com a pessoa cuidada e sua família, tornando-se possível compreender suas necessidades e assisti-los. A relevância deste estudo reside no fato de que poderá auxiliar os profissionais que atuam na área de saúde mental, em particular os enfermeiros, a qualificar o cuidado ofertado por meio das oficinas terapêuticas, no sentido de ser, saber e fazer de modo criativo, acolhedor e facilitador para a promoção da saúde mental (IBIAPINA et al., 2017).

As oficinas, em especial, delineiam um percurso intrínseco ao desenvolvimento paradigmático, situando-se no rol das tecnologias de cuidados desde períodos anteriores à origem da psiquiatria, embora sob perspectivas distintas no progresso histórico-cronológico (SOARES, 2010)

### JUSTIFICATIVA

Durante tempos as pessoas acometidas de sofrimento mental eram consideradas loucas, alienadas e eram largados nas ruas ou em instituições psiquiátricas como seres desprovidos de quaisquer direitos. Excluídos do convívio em sociedade, essas pessoas largadas em asilos, manicômios ou outros tipos de instituições psiquiátricas eram internadas e esquecidas, sendo muitas vezes vítimas de abusos médicos ou de maltrato de enfermeiros ou de outros pacientes. Com o passar do tempo este modelo baseado na internação dos pacientes foi questionado através da chamada Luta antimanicomial e de outros movimentos da sociedade civil e de grupos de defesa dos direitos humanos. O conjunto desses movimentos originou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, cujos ideais foram espelhados no modelo italiano.

 Este movimento defendia principalmente a desinstitucionalização dos usuários e o resgate da sua cidadania através de sua reinserção no convívio social (AMARANTE,1995): (...) a Reforma Psiquiátrica constitui-se como um “processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Processo de Reforma Psiquiátrica Brasileiro a importância que a criação do CAPS teve em sua consolidação. A proposta atual do CAPS é que o usuário seja tratado no seio da família, considerada uma unidade cuidadora e de cuidado, que dentre outros fatores, é responsável por promover o contato dos pacientes com os profissionais do CAPS, a comunidade e os serviços sociais e de saúde existentes. Assim, considera-se importante a criação destes centros de atenção e sua expansão em todo o território a fim de que os mesmos estejam cada vez mais próximos das famílias dos doentes. Quando se expressa o modo como os CAPSs e as Unidades de Saúde da Família (USF) devem ser integrados, recorre-se à construção de um Modelo de Redes de Cuidado, de base territorial e atuação transversal com as demais políticas específicas, voltadas ao acolhimento, com estabelecimento de vínculos desses sujeitos peculiares. Para tanto, as equipes dos CAPSs e das Unidades de Saúde da Família lançam mão de estratégias como noção de território; atenção à saúde em rede intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar, que ultrapassem as instituições 14 fechadas, de modo a promover a construção da autonomia possível de usuários e também de seus familiares (BRASIL, 2004).

Conhecer a história da Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos seus frutos, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é resgatar a história e a memória daqueles que lutaram por mudanças no cenário da saúde mental no Brasil, denunciando as péssimas condições de instituições que privavam o doente mental do convívio familiar e em sociedade.

### PROBLEMA DE PESQUISA

Diante do exposto na justificativa, apresenta-se o problema de pesquisa: o cinema traz benefícios ao paciente com transtorno mental?

### 1.3 OBJETIVOs

#### 1.3.1 Objetivo geral

Levar o paciente com esquizofrenia ao cinema como opção de oficina terapêutica;

Consolidar uma nova perspectiva de cuidado em saúde mental ao retirar do paciente psiquiátrico os estigmas de incapacidade e despersonalização;

#### 1.3.2 Objetivos específicos

Promover bem-estar e saúde mental ao paciente com esquizofrenia;

Garantir interação social;

Ajudar a diminuir as tensões e estresses do cotidiano;

## Referencial teórico

A partir dos modelos de se fazer saúde mental, foi possível introduzir humanização nas relações paciente-instituição, e as terapias foram primordiais para que esse processo fosse possível. Segundo Nascimento, 2009 “A arteterapia e outras técnicas expressivas são consideradas intervenções importantes dentro desse novo enfoque mais humano”.

Essas oficinas buscam promover o ser humano como um todo, aspectos psíquicos e sociais, respeitando as suas individualidades. Assim, as oficinas terapêuticas são fundamentais para o paciente restabelecer relações. Eles podem fazer trabalhos em pintura, arte em papel e tecidos, entre outros, sempre considerando atividades individuais e coletivas que trazem o contexto da sociedade para dentro dos grupos. Neste aspecto a arteterapia entra em processo deste descobrimento interior através da produção artística nas oficinas.

### 2.1 Esquizofrenia

#### 2.1.1 Definição

A esquizofrenia é uma das doenças mentais graves mais frequentes e tem sido identificada como uma prioridade em termos de políticas de saúde devido ao défice de funcionamento inerente e à mortalidade precoce. As primeiras manifestações da doença surgem, habitualmente, na parte final da adolescência ou no início da vida adulta (SILVA, 2006).

#### 2.1.2 Taxa de mortalidade

A taxa de mortalidade por acidente e doença natural é mais elevada nesta população. Estudos recentes mostram que estes doentes morrem, em média, 15 a 20 anos mais cedo do que a população geral, com maior prevalência de doença cardiovascular e neoplásica e diabetes mellitus.

#### 2.1.3 Quadro clínico/sinais e sintomas

Segundo Queirós *et al.* (2019) “O quadro clínico é bastante heterogéneo, complexo e nem sempre facilmente perceptível, nenhum sinal ou sintoma é por si só patognomónico e estes variam ao longo do curso da doença”.

Sintomas prodrômicos pouco específicos, incluindo perda de energia, iniciativa e interesses, humor depressivo, isolamento, comportamento inadequado, negligência com a aparência pessoal e higiene, podem surgir e permanecer por algumas semanas ou até meses antes do aparecimento de sintomas mais característicos da doença. Familiares e amigos em geral percebem mudanças no comporta- mento do paciente, nas suas atividades pessoais, contato social e desempenho no trabalho e/ou escola (VALLADA FILHO; BUSATTO FILLHO, 1996 apud SILVA, 2006).

#### 2.1.4 Etiologia

Face às investigações das últimas décadas, considera- -se, atualmente, uma etiologia multifatorial, com a contribuição de fatores psicossociais e biológicos. Fatores hereditários parecem contribuir de forma importante no apare- cimento da doença, existindo um grande número de genes envolvidos (QUEIRÓS *et al,* 2019).

#### 2.1.5 Diagnóstico

O diagnóstico de esquizofrenia é, muitas vezes, difícil, já que para além de ser longitudinal assenta principalmente na história clínica e na observação psicopatológica. Atualmente, não dispomos de exames laboratoriais ou imagiológicos que possibilitem per se o diagnóstico. Contudo, têm sido encontradas algumas alterações neuroanatómicas e certos biomarcadores na esquizofrenia, embora não sejamespecíficos da doença e a sua validade seja controversa (QUEIRÓS *et al,* 2019).

#### 2.1.6 Classificação

Para Carpenter Junior e Thaker (2011), dentre os subtipos de esquizofrenia, pode-se citar: a **Esquizofrenia Hebefrênica** (hoje denominada esquizofrenia desorganizada) é caracterizada por um nível de afeto superficial e incongruente e pela desorganização do pensamento e comportamento. A **Esquizofrenia Paranoide** é caracterizada por predominância masculina, aparecimento mais tardio na vida, relativa preservação da cognição e afeto, além de alucinações e ilusões frequentemente persecutórias. A **Esquizofrenia Catatônica** é caracterizada por manifestações psicomotoras extremas, com estupor, posicionamento prolongado ou excitação, e deve ser diferenciada da catatonia periódica, que consiste em uma síndrome à parte, não relacionada à esquizofrenia. Por motivos desconhecidos, a esquizofrenia catatônica é rara, atualmente. A **Esquizofrenia Simples** denota uma psicose mais branda (isto é, menos alucinações, ilusões e desorganização), em que os casos tipicamente são caracterizados por um estilo de vida com níveis reduzidos de expressão e experiência emocional, bem como de empenho e impulso social.

#### 2.1.7 Tratamento

Por muito tempo o tratamento da Esquizofrenia foi dominado por terapias que envolvem o uso de antagonistas de receptores dopaminérgicos, ou seja, o uso de antipsicóticos. Embora esses medicamentos (bloqueadores de receptores de dopamina D2) supram eficazmente os sintomas psicóticos ou positivos da esquizofrenia, não existe uma medicação satisfatória para os sintomas negativos e cognitivos desta doença (Singer, 2015), o que leva muitos pacientes a não fazerem uso desses medicamentos

Recentemente teorias não-dopaminérgicas, como a que envolve o sistema glutamatérgico, vêm se destacando com o objetivo de solucionar as deficiências das terapias atuais. Uma das abordagens mais estudadas, consiste em aumentar as concentrações sinápticas de glicina através da inibição do transportador de glicina (GlyT-1), pois a glicina é co-agonista do receptor de NMDA (N-metil D-aspartato), ou seja, age junto ao glutamato aumentando sua ação, além de servir como mediador para a ativação do receptor (POTER, 2014 apud GONÇALVES NETO, 2016).

#### 2.1.8 Cuidados de enfermagem

No que diz respeito ao papel do enfermeiro no tratamento aos pacientes com esquizofrenia, à partir do momento que o enfermeiro se torna atuante dando suporte ao tratamento do paciente com transtorno metal na sociedade, ele alivia a sobrecarga familiar, prevenindo assim, que outra pessoa da família adoeça pelo fato de estar sobrecarregado por cuidar de um portador de esquizofrenia, por isso é essencial que os programas de saúde mental para pacientes com transtornos psíquicos graves e persistentes atenda toda a demanda, reduzindo assim a responsabilidade familiar, além disso, é necessário que aconteça ações que propiciem momentos agradáveis de interação e recreação entre doentes e familiares para que seja fortalecido os vínculos e os laços entre eles o que ajudará na adesão e evolução do tratamento (LOPES; BURIOLA, 2015).

Lopes e Buriola (2015) ainda ressalta que é possível perceber a importância do enfermeiro para o controle do medo, da fragilidade, das angústias e das dificuldades enfrentadas pelo cuidador de um paciente com transtorno mental sendo que a doença é de uma grande complexidade e que ainda não se sabe a etiologia com perfeição dessa psicopatologia. Essa pesquisa se propôs a alcançar os seguintes objetivos: realizar o levantamento e análise das publicações e suas contribuições em relação ao conceito da esquizofrenia, perfil epidemiológico e papel da enfermagem na adesão ao tratamento.

#### 2.1.9 Oficinas terapêuticas

Afirma Saúde (2004) que uma das principais formas de tratamento oferecido para pacientes cm transtornos mentais, são as Oficinas Terapêuticas. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania. De um modo geral, as oficinas terapêuticas podem ser:

**Oficinas expressivas**: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.

**Oficinas geradoras de renda:** servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.

## reforma psiquiatrica

 Em meados da década de 1990, durante o governo do primeiro presidente do Brasil eleito por voto popular desde a ditadura, foi aprovada à primeira Lei Orgânica da Saúde, esta especificava as atribuições e a organização deste sistema, seus princípios e diretrizes, competências e atribuições a nível federal, estadual e municipal, a participação complementar do sistema privado de saúde, financiamento e gestão, entre outros. Em 28 de dezembro de 1990, foi instituída a Lei n° 8142 que dispõe, principalmente, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e instituiu os Conselhos de Saúde.
A partir disto ficou entendido que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, sendo assim, todo cidadão em território brasileiro tem direito a ela, desde os casos mais simples aos mais complexos. Dessa forma, a saúde mental não ficou fora desse contexto nacional e passou por modificações na forma de pensar sobre o cuidado com a saúde.

 São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, conhecido por Professor Luís da Rocha Cerqueira. Este novo modelo de serviço propôs acolher os subterfugiados dos hospitais psiquiátricos e evitar as internações, podendo assim, oferecer um atendimento aos portadores de transtornos psicossociais dentro de um novo contexto de atendimento em saúde mental.

## A REFORMA PSIQUIÀTRICA BRASILEIRA: MARCOS HISTÓRICOS

 Surge nos Estados Unidos da América (EUA) em meados da década de 1970, o modelo de Psiquiatria Preventiva Comunitária, que foi o cruzamento da psiquiatria da comunidade terapêutica com a psiquiatria de setor. Tal modelo foi absorvido de forma rápida como política de saúde mental nos EUA, este modelo, levou a tentativa de combate a tudo que viesse a interferir no bem-estar da sociedade americana (RIBEIRO, 2004).

 Visão esta que tornou-se preventiva defendia que os distúrbios mentais poderiam ser prevenidos e identificados antes que ocorressem, então, passou-se a estudar e analisar o estilo de vida das pessoas para detectar as que são potencialmente doentes, para isto, os especialistas visitavam as ruas e as casas dos cidadãos americanos para encontrar possíveis candidatos a terem problemas mentais no futuro e conduzi-los a tratamento especializado o mais rápido possível. Este modelo não ficou estagnado nos EUA, foi difundido e aceito pelos países da América Latina entre as décadas de 1970 e 1980, por meio da Organização mundial de Saúde (OMS) (RIBEIRO, 2004).

 Já no Brasil a saúde mental passou por diversos processos até chegar ao sistema de atenção que conhecemos hoje. Um dos marcos iniciais para a reforma na saúde mental foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica que ocorreu em 1990, realizada em Caracas, este marco foi um “possibilitador” das mudanças ao nível do Ministério da Saúde. Neste evento foi realizado um acordo entre os países da América Latina, que ficou intitulado de “Declaração de Caracas”, onde estes países se comprometeram em reanalisar criticamente o papel dos hospitais psiquiátricos, analisarem os direitos civis e humanos dos usuários para garanti- -los aos mesmos e promover a reestruturação da assistência psiquiátrica (HIRDES, 2009).

A “Declaração de Caracas” foi retomada em 2005, por meio de um documento intitulado “Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas”, que tinha como objetivo analisar os resultados obtidos desde 1990. Por meio deste documento, foi reconhecido que haviam ocorrido avanços até então no que se dizia respeito à reestruturação da atenção psiquiátrica em vários países. A partir desse fato, reafirmou-se a validade dos princípios instituídos na “Declaração de Caracas” com relação à qualidade na garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais e a construção de um meio alternativo à rede de serviços dos hospitais psiquiátricos (HIRDES, 2009).

 Por meio deste contexto passou-se a analisar as questões de estrutura do cuidado com os usuários do serviço psiquiátrico que começou a ganhar uma nova visão. A grande questão não era melhorar as estruturas físicas e as instalações dos ambulatórios ou hospitais psiquiátricos, mas sim, de promover uma nova forma de pensar e de cuidar dos pacientes com problemas mentais. Não se admitia mais uma cultura sanitarista que defendia que o tratamento desses pacientes, deveria ser concentrado em hospitais psiquiátricos. Almejava-se a criação de serviços de saúde mental que pudessem ser substituídos pela internação psiquiátrica, destes debates reformistas surgiram os Centros de Atenção Psicossocial no Brasil (RIBEIRO, 2004).

 A III Conferência de Saúde Mental foi um dos marcos principais nesse sentido, uma vez que por meio dela, foram determinados estratégias, princípios e diretrizes que estabeleceram as propostas para a Reforma Psiquiátrica. Com o apoio dos movimentos sociais ligados as famílias dos pacientes com transtornos mentais. Essa Conferência pode gerar argumentos que sustentavam a necessidade de uma Política de Saúde Mental, oferecendo subsídios para ampará-la tanto no sentido político quanto nos fundamentos teóricos (BARRETO, 2019; BRASIL, 2001).

 Foi a partir desse momento histórico que a Reforma Psiquiátrica passou a se estabelecer como uma política integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e propôs uma rede comunitária e articulada para guiar a saúde mental brasileira. Então, começou-se a criar um modelo de atenção a saúde mental onde fosse substituída as internações hospitalares, surgindo então dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), que além do acima citado, tem a função de institui uma rede de atenção as pessoas com transtornos psicossociais com a finalidade de garantir o fortalecimento e preservar os laços sociais do indivíduo (BARRETO, 2019; SANTOS 2019).

 Uma das bases de pensamento para a substituição do modelo de internações hospitalares é a de garantir que os indivíduos com transtornos psicológicos possam sentir-se acolhidos, valorizados na sua forma de ser, dentro do seu contexto social e familiar, de modo que se possa reconhecer e entender as necessidade individuais de cada usuário do serviço, com a finalidade de traçar até mesmo um tratamento que se encaixe de maneira mais adequada, garantindo assim, a promoção e melhoria na qualidade de vida do indivíduo (BARRETO, 2019; SANTOS, 2019).

## CRIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL BRASILEIROS

 As reformas sociais podem ser entendidas como uma atitude democrática, tendo em vista que a democracia se faz quando há a participação da sociedade e quando são ampliados os canais de participação popular para discutir e debater temas que garantam o bem comum. Dito isso, pode- -se afirmar que a Reforma Psiquiátrica no Brasil é um marco histórico que se tornou democrática quando foram atribuídos a categoria popular civil e classe política a discursão sobre a saúde mental brasileira (FERREIRA, 2006).

 A criação dos CAPS surgiu a partir de um intenso movimento social, principalmente por parte dos trabalhadores de saúde mental, que tinham por objetivo principal a melhoria no atendimento dos portadores de problemas mentais. Estes trabalhadores denunciavam, em busca de melhorias, os hospitais psiquiátricos que estavam em situações precárias e que até então eram o único recurso direcionado para o atendimento dos usuários portadores de transtornos mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; BARRETO, 2019).

 Nesta perspectiva, surgem em diversos municípios do Brasil os serviços de saúde mental alternativos para a diminuição da quantidade de internações e a mudança na visão sobre o modelo de assistência aos usuários. Os CAPS foram criados oficialmente em 1992, a partir da Portaria Ministério da Saúde 224/92 e foram definidos como unidades de saúde locais que contam com uma população conhecida e definida a nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe de profissionais de diversas áreas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992; BARRETO, 2019).

Serviço foi regulamentado pela Portaria 336 do Ministério da Saúde, de 19 de fevereiro de 2002, sendo integrado ao SUS. A partir desta portaria o SUS ampliou o funcionamento e reconheceu a complexidade do CAPS que tem por missão atender em dois turnos as pessoas que sofrem com transtornos mentais, ofertando cuidados clínicos e reabilitação psicossocial, objetivando substituir o modelo dos manicômios, evitando a internação, garantido aos seus usuários os direitos como cidadãos, a reinserção social deles e das suas famílias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992; BARRETO, 2019).

Atualmente existem cinco tipos de CAPS para atendimento psicossocial, além dos seus subtipos, cada um apresenta suas características e as suas particularidades na atenção aos vários tipos de usuários. A Portaria MS 336/02, estabelece o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e o CAPS-AD II. Dentro de diversas particularidades de cada tipo de CAPS, existem alguma que são bem relevantes (BRASIL, 2002).

O CAPS I é um serviço de atendimento psicossocial localizado em cidades de pequeno porte, 20.000 a 70.000 habitantes e devem dar cobertura para todo tipo de clientela com transtornos mentais e tem seu funcionamento durante o dia. O CAPS II é um tipo de instituição que se localizada em cidades de médio porte, 70.000 a 200.000 habitantes e deve funcionar durante o dia com a clientela adulta, o CAPS III, por sua vez, são localizados em grandes cidades, população acima de 200.000 habitantes e atendem a clientela adulta durante 24h (BRASIL, 2002).

O CAPS II é um serviço de atendimento destinado ao tratamento de transtornos metais de crianças e adolescentes, estão localizados em cidades de médio porte e funcionam durante o dia. O CAPS-AD II é direcionado para a população que tem problemas com álcool e com drogas, funcionam primordialmente durante o dia e estão localizadas em cidades de médio porte (BRASIL, 2002; COSTA, 2011).

 O CAPS-AD é um serviço voltado totalmente para o atendimento de paciente que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. De acordo com Rodrigues Jorge, este serviço vem ganhando destaque em virtude da visibilidade que a mídia nacional tem dado ao uso de drogas, principalmente de “crack”. Devido ao grande número de atendidos pelos CAPS-AD em todo o Brasil, em 23 de dezembro de 2011, foi instituída a portaria 3.088 do Ministério da Saúde que teve como intuito a instituição de um rede de atenção psicossocial direcionada para pessoa com transtorno mental, que sofrem ou passam necessidades em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas, que estejam sendo assistidas pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Esta portaria tem como objetivo principal a ampliação do acesso por parte da população a atenção psicossocial, a promoção do acesso de usuário de crack, álcool e outras drogas, além de seus familiares no serviço de saúde, como também garantir qualidade no acolhimento, acompanhamento e atenção em casos de urgências por meio de articulações e integração da rede de atenção à saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Esse serviço de reabilitação e reinserção social atende todo e qualquer usuário de drogas e álcool, de ambos os sexos e maiores de 18 anos por meio de um ambiente acolhedor, para garantir a redução dos danos no usuário e a ligação dos laços familiares e sociais (JORGE, 2010). Em 2001, de acordo com o Informativo de Saúde Mental no Brasil existem ainda 52.286 leitos em 270 hospitais psiquiátricos espalhados por todo o Brasil. A presença desse modelo de atenção à saúde no Brasil deu lugar a um debate sobre novas formas de garantir o acesso a saúde mental e exigir de forma progressiva os manicômios no Brasil. Tal fato, findou na aprovação da Lei Federal nº 10.2016 de 6 de abril de 2011 que institui novas orientações para o controle de internações psiquiatrias e uma reorientação no modelo assistencial (FERREIRA, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

 Em dezembro do mesmo ano, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que tinha como tema “Cuidar sim. Excluir não!” e contou com a participação de 1.500 participantes, tal tema já faz luz aos debates que foram gerados dentro dessa Conferência, potencializando politicamente a reforma. Não foram aprovadas novas recomendações diferentes das que já existiam na lei debatida anteriormente, também ficou constatado nessa Conferência que não ocorreu a abertura de novos hospitais psiquiátricos no Brasil. Progressivamente o novo modelo de assistência a pessoa com transtornos mentais foi crescendo no Brasil. Em 2005, foram criados 625 Centros de Atenção Psicossocial e 286 serviços residenciais de atenção à saúde mental (VALENTIN, 2003; FERREIRA, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Apesar as particularidades de cada CAPS existem regras em comum que devem ser seguidas. No que se diz respeito à estrutura física, todos os CAPS devem ter espaços para acolhimento, desenvolvimento de atividades, individuais e coletivas, espaço para realização de oficinas de reabilitação e para realização de atividades necessárias em cada caso em particular (JORGE, 2010).

Em 21 de dezembro 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 3.588 que alterou as portarias de consolidação de nº 3 e nº 6 de 28 de setembro de 2017. Esta nova portaria, descreve o funcionamento dos centros de atenção psicossociais, o número mínimo de profissionais, do funcionamento, da atenção integral aos usuários do serviço, da estrutura física mínima, da implementação e tipologia do serviço, também do financiamento. A equipe de trabalho deve ser multiprofissional, tendo como presença obrigatória de enfermeiro, psicólogo, assistente social e psiquiatra que se unirão com os demais profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001; BRASIL, 2017; COSTA, 2011).

O Ministério da Saúde, divulgou em agosto de 2017, o Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental por meio da Secretária de Atenção à Saúde, onde foi constatado por meio de dados que em 2017 o Brasil contava com 2.462 CAPS, sendo 146 no Centro-oeste, 860 no Nordeste, 161 no Norte, 862 no Sudoeste e 426 na região Sul do país. O número de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais no mesmo ano foi de 1.072. Estes dados apresentados mostraram o forte crescimento e aceitação do modelo assistencial de saúde mental e a redução significativa dos hospitais psiquiátricos nos últimos anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) comunitário e familiar, além de serem submetidos a tratamentos e procedimentos muitas vezes desumanos, passaram a ter mais visibilidade, assistência e acompanhamentos, garantindo o reequilibro e a melhora da qualidade de vida tanto do paciente quanto dos familiares. Observa-se que a saúde mental tem vínculo com os processos sociais e a influência global de saúde pública. A reforma psiquiátrica percorreu uma trajetória político-social que construíram os alicerces para a reorganização do modelo assistencial em saúde mental.

Pudemos concluir que há uma crescente aceitação e investimento para os crescimentos dos Centros de Atenção Psicossocial e uma redução significativa no número de leitos para internamento de pacientes com distúrbios mentais em hospitais psiquiátricos, o que sugere que a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas caminha em direção os que foi preconizado no início da reforma. Faz-se necessário uma reflexão mais aprofundada sobre a efetivação na reversão do modelo tradicional de saúde mental.

## METODOLOGIA

Para a construção desta pesquisa optou-se por realizar uma revisão bibliográfica. A partir de referências de autores que se dedicaram a análise e reflexão da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Processo de constituição dos CAPSs, buscou-se recolher informações sobre os pressupostos que desencadearam a reforma e como a mesma promoveu mudanças na saúde mental brasileira, a exemplo disso, citamos a criação dos CAPSs. De acordo com Gil (1999) apud Beuren (2008) destaca que:

A pesquisa bibliográfica utiliza-se de principalmente das contribuições de vários autores sobre determinada temática de estudo, já a pesquisa documental baseia-se em materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Os critérios de seleção das obras incluíram publicações do Ministério da Saúde como o Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, além de obras oficiais totalmente relacionadas com a temática como a obra Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial de 2004, também do Ministério da Saúde foi incluída a Legislação em Saúde Mental de1990 – 2004. Quanto à pesquisa bibliográfica foi realizada uma ampla leitura dos principais autores sobre o assunto das quais foram feitas citações no decorrer do trabalho de modo a colaborar com a discussão sobre a temática em foco.

## O CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE MENTAL

Segundo Santos JCL o enfermeiro deve possuir qualificação para atuar no modelo de atenção de forma concreta, no entanto, muitas vezes as doenças mentais conseguiriam ser evitada se os profissionais de saúde possuíssem um olhar cuidadoso em relação a saúde mental e as causas que cercam o seu desequilíbrio, os profissionais de saúde tem a necessidade de ir além das estratégias de prevenção da saúde, mas usufruir as promoções da saúde com o processo de mobilizar as pessoas para que tenham controle e melhoria da saúde mental e um bem estar físico, mental e social, com adaptação no convício social.

Os enfermeiros fazem ações preventivas como forma de intervenção orientadas a evitar os surgimentos de novas doenças específicas desde práticas de educação em saúde, como palestras para comunidade, escolas, visitas domiciliares e igrejas, com o propósito de promover e melhorar o estado de saúde das pessoas (Oliveira RC et al).

É preciso que seja desenvolvido no profissional de enfermagem, assim como em todos os outros profissionais da saúde, a consciência de saber lidar e fazer a diferença no âmbito de trabalho desenvolvendo habilidades como busca ativa de estratégias de cuidado para pacientes com transtornos mentais com as seguintes estratégias que possibilitam a parceria com a família no cuidado: busca/convite, atendimento individual, oficinas e visitas domiciliares (Silva APM et al).

 O trabalho das equipes itinerantes de saúde mental é além de uma nova abordagem conceitual, sendo tecnológica com capacidade de organizar o trabalho em saúde mental, neste sentido as equipes itinerantes têm necessidade de compreender um novo ambiente para o cuidado na busca ativa com a capacidade de atendimento aos determinados grupos de vulneráveis e as necessidades de saúde das quais não se adaptam aos cuidados tradicionais prepostos possibilitando constantes encontros dos trabalhadores de saúde proporcionando debates sobre as novas articulações de estratégias (Eslabao AD, Pinho LB,Coimbra VCC et al).

Muitas vezes os profissionais de enfermagem não estão preparados na assistência com pacientes com transtornos mentais, principalmente quando se encontram em emergência psiquiátrica. Deste modo é exigido do profissional a competência e habilidades se destacando na compreensão de saúde mental, na atenção ampliada, avaliação complexa do quadro clínico do paciente, a capacidade de intervenção, o trabalho em equipe, a realização de atividades em grupo atuação na Promoção da saúde(Souza ABS, Duarte VF et al).

O cuidado de enfermagem em saúde mental requer do enfermeiro uma conduta de agente terapêutico e seu firmamento se dá por meio do processo de enfermagem, que identifica a forma de pensar do enfermeiro, cujo intuito é a realizar o cuidado. É importante que o enfermeiro tenha conhecimentos sobre: a necessidade da saúde, forma de coleta e abordagem das informações necessárias para que seja feito um plano de cuidado com o paciente, o tratamento exige das equipes um olhar amplificado e planejado(Schran LS, Machineski GG et al).

O processo de enfermagem necessita que o enfermeiro realiza as coletas de dados necessárias para a construção do diagnóstico de enfermagem, com foco nas intervenções de enfermagem de maneira que possa ser produzida um resultado de enfermagem e com a minimização do problema (Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT et al).

Com conhecimento adquirido por meio de especializações capacitações as equipes dos serviços podem estabelecer vínculos diretos ou indiretos para que possam possibilitar relações entre o enfermeiro e as ferramentas de rede de cuidado, as práticas para a interseção e interação social como serviços existentes para auxiliar pessoas a vivenciarem no mundo de maneira singular (Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Oliveira LKP et al) O enfermeiro como profissional da equipe multiprofissional de saúde, conseguirá realizar uma intervenção ativa, requer do profissional percepção diante de uma crise e como deverá agir e qual será o processo de cuidado no paciente em sofrimento psíquico, colaborando no processo de reintegração na sociedade e na família, sendo capaz de realizar um trabalho humanizado, pelo meio do encorajamento e da escuta qualificada(SILVA MS et al).

O trabalho humanizado e clínico na saúde mental procura um olhar mais ampliado do profissional de saúde, requer o cuidado de enfermagem no acolhimento, na escuta e dá a devida atenção necessária aos pacientes com sofrimento psíquico.

1. **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## Referencias

ALVES y VALENTIN, W. Política de Saúde Mental no Brasil. EN P. Morral y M. Hazelton (eds). Mental health: globalpolicies and human rights. (pp. 26 -41). London: Whurr Publishers. 2003.

CARPENTER JUNIOR, William; THAKER, Gunvant. **Esquizofrenia**. 2011. Disponível em: https://www.medicinanet.com.br/m/conteudos/acp-medicine/5766/esquizofrenia.htm. Acesso em: 05 set. 2021.

CEPEPE. **PLANO DE TRABALHO: Projeto Oficinas Terapêuticas Interdisciplinares**. 2017. Disponível em: http://www.proexc.ufu.br/sites/proexc.ufu.br/files/media/document/anexo\_i\_plano\_de\_trabalho\_1\_0.pdf. Acesso em: 08 set. 2021.

COSTA, N. R.; SIQUEIRA, S. V.; UHR, D.; SILVA, P. F.; MOLINARO, A. A. Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 16, p. 4603-4614, 5 out. 2011.

GERALDO JÚNIOR**, projeto de intervenção: oficinas terapêuticas para portadores de transtornos mentais na estratégia saúde da família parque são joão, em contagem, minas gerais.** 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/GERALDO-JUNIOR.pdf. Acesso em: 08 set. 2021.

GONÇALVES NETO, João. **Emprego de reações "Click" na síntese de novos compostos para o tratamento de esquizofrenia.** 2016. Disponível em: http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio\_resumo2018/relatorios\_pdf/ctc/QUI/QUI-%20João%20Gonçalves%20Neto.pdf. Acesso em: 05 set. 2021.

QUEIRÓS, *et al*. **Esquizofrenia: O que o médico não psiquiatra precisa saber.** 2019. Disponível em: https://web.archive.org/web/20200210171843id\_/https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/10768/5592. Acesso em: 05 set. 2021.

SOUSA FONTES, HÉLIO ERIKSON. A reforma psiquiátrica e a criação dos centros de atenção psicossocial brasileiros: um rápido mergulho através história. Disponível em <https://1library.org/document/zkx6v54y-psiquiatrica-criacao-atencao-psicossocial-brasileiros-mergulho-atraves-historia.html>

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 224/MS, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial (sistema de informação ambulatoriais do SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 1-9, 1992

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Metal no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ed. 1, 2004. 86p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Manual: 11 – 20. ISBN 85-334-0775-0

MINISTÉRIO DA SAUDE. 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 (SUS). Brasília, 23 dez. 2011.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da**. Esquizofrenia: uma revisão**. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pusp/a/Vt9jGsLzGs535fdrsXKHXzb/?lang=pt. Acesso em: 08 ago. 2021.

SANTOS, E. D. et al. Representações Sociais do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental na Atenção Básica. Revista enfermagem atual in derma, edição especial, 2019.

Soares, A.N. OFICINAS TERAPÊUTICAS PARA HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010. Disponível em: < <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v14n2a25_pt.pdf>>.

. ANA MARIA PEDROSA DA SILVA,P. A.M. A Importância do CAPS na Consolidação do Novo Modelo de Saúde Mental Brasileiro. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30701/1/252.pdf>

RODRIGUES, L.F. CUSTÓDIO, A.P.S.T. O atual papel da enfermagem na saúde mental. Disponível em <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/235/339>