

FACULDADES INTEGRADAS DE JACARAPAGUÁ – FIJ
CLIMERSON BERGAMIM MONTEIRO FÉLIX

AÇÕES DE SAÚDE MENTAL: O ENFERMEIRO COMO CUIDADOR
PARA A MANUTENÇÃO DA BOA SAÚDE MENTAL DOS
PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CAPS I - CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE BRASIL NOVO - PA

ALTAMIRA
2011

CLIMERSON BERGAMIM MONTEIRO FÉLIX

AÇÕES DE SAÚDE MENTAL: O ENFERMEIRO COMO CUIDADOR
PARA A MANUTENÇÃO DA BOA SAÚDE MENTAL DOS
PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CAPS I - CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE BRASIL NOVO - PA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
às Faculdades Integradas de Jacarepaguá - FIJ,
sob orientação do professor Marcos Eduardo
Pereira de Lima, como parte dos requisitos
exigidos para do curso de Enfermagem do
trabalho.

ALTAMIRA
2011

CLIMERSON BERGAMIM MONTEIRO FÉLIX

AÇÕES DE SAÚDE MENTAL: O ENFERMEIRO COMO CUIDADOR
PARA A MANUTENÇÃO DA BOA SAÚDE MENTAL DOS
PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CAPS I - CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE BRASIL NOVO - PA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
às Faculdades Integradas de Jacarepaguá - FIJ,
como parte dos requisitos exigidos para do
curso de Enfermagem do trabalho.

ORIENTADOR

Marcos Eduardo Pereira de Lima, Professor da FIJ -
Faculdades Integradas de Jacarepaguá.

Nota

AVALIADOR

Membro Examinador

Nota

Altamira, _____ de _____ de 2011.

Dedico esta monografia primeiramente a Deus e, em seguida, a meus Pais - Cícero Gerson Monteiro Oliveira e Adésia Dulce Bergamim, Irmã – Micaeli B. M. Félix e minha Namorada – Keliane Vieira Oliveira, amo todos vocês. Dedico também em especial, a grande fraternidade Escoteira que tem uma parcela grandiosa no desenrolar desta, inclusive, me proporcionando uma didática diferenciada de ensino. Amo tudo isso e todos vocês!
SEMPRE ALERTA PRA SERVIR!

Agradeço ao meu orientador Professor Marcos Eduardo Pereira de Lima, pela dedicação e entusiasmo dispensados para o cumprimento deste trabalho.

“Se tiver o hábito de fazer as coisas com alegria, raramente encontrará situações difíceis.”

Robert Baden-Powell

RESUMO

A saúde mental é um desafio ao profissional de enfermagem na atenção básica. As ações nesse campo são de grande importância à sociedade, e principalmente aos usuários do sistema, sendo assim, cabe ao enfermeiro nortear essas ações e, contribuir também para a manutenção da saúde mental dos funcionários do CAPS I neste caso. Diante desta questão, o presente estudo objetivou identificar as ações do trabalho do enfermeiro no cuidado da saúde mental dos trabalhadores do CAPS I no que diz respeito ao bom funcionamento como um todo do sistema. Foi desenvolvido uma pesquisa teórica proveniente de referências bibliográficas que contextualize informações relacionadas à saúde mental e o papel do enfermeiro diante da realidade dos transtornos psíquicos. Uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa com os profissionais que atuam no CAPS I – Brasil Novo, os quais foram entrevistados para obtenção de informações sobre o trabalho destes dentro das ações em saúde mental, para posterior análise de trabalho. Através de entrevistas, foram apontadas as grandes dificuldades encontradas pelo profissional enfermeiro no que diz respeito, a assistência prestada ao bom rendimento dos profissionais atuantes no Centro de Atenção Psicossocial. Conclui-se que a assistência prestada aos usuários deste estabelecimento está necessitando de ajustes, frente à política nacional de saúde mental, e direcionamento de trabalhos formativos em saúde mental, para os profissionais responsáveis. A atenção ao portador de doença psíquica é um campo imenso a ser explorado pela profissão da enfermagem, que não pode ser norteadado exclusivamente pelo conhecimento científico, mas também pela dedicação, inovação, responsabilidade e empenho na arte do cuidar.

Palavras-chave: Saúde Mental, Ações de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial.

SUMÁRIO

RESUMO	
INTRODUÇÃO	7
1 JUSTIFICATIVA	12
2 OBJETIVO GERAL	14
2.1 OBJETIVO ESPECÍFICOS	14
3 ENFERMAGEM E SEU INÍCIO	15
4 CONHECENDO UM POUCO DA SAÚDE DO TRABALHADOR	17
5 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E DEMAIS PAÍSES	19
6 A REFORMA PSIQUIÁTRICA	20
7 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS	24
8 ENFERMEIRO DO TRABALHO: ATRIBUIÇÕES E/OU OCUPAÇÕES	27
8.1 NORMAS REGULAMENTADORAS	28
8.2 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI	31
8.3 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA – EPC	33
9 O ENFERMEIRO DO TRABALHO COMO PROMOTOR DA BOA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES	34
10 ANÁLISE E DISCURSSÃO DOS DADOS	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	42
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO	46
ANEXO II – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	47

INTRODUÇÃO

A Saúde Mental deve ser tratada com extrema importância entre os profissionais da saúde e pela sociedade. Portanto, deve incorporar profissionais qualificados e capacitados para que possam encarar o desafio de promover a saúde contribuindo assim, para melhoria da qualidade de vida da população.

Diante disso, surgem questionamentos que mechem diretamente com os desafios postos ao enfermeiro do trabalho no seu campo de atuação. Dentre as hipóteses, podem-se citar os profissionais que não estão preparados mentalmente para atuar na área, fato esse, que podem transmitir sérios problemas na eficácia do serviço prestado entre outras.

O Profissional Enfermeiro que escolhe o desafio de ser um promotor efetivo da saúde e, neste caso, em relação à Saúde Mental, consegue estabelecer grandes realizações, pois, aprende a desenvolver estratégias assistenciais que beneficiará tanto as pessoas que necessitam do serviço quanto a si próprio. Assim, a saúde mental do trabalhador deve ser acompanhada e adaptada para suportar as mais difíceis resistências psicológicas que, por ventura, podem interferir no desempenho do mesmo e, conseqüentemente, afetar significativamente todo um planejamento.

A promoção da saúde desde que começou a ser discutida representa estratégias que servem para auxiliar e/ou melhorar o processo saúde-doença que afeta a sociedade em geral. Tem o objetivo de formar a união de saberes técnicos e populares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para benefício próprio da sociedade promovendo assim uma melhor qualidade de vida. Desde a divulgação da Carta de Ottawa em 1986, o conceito de promoção da saúde vem adquirindo diversas mudanças caminhando assim, em harmonia com a evolução mundial. Dentre os fatores que fazem parte dessa atualização, destaca-se a melhoria na qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outras. Destacam-se dois grandes grupos referentes a essa mudança (BUSS, 2000).

No primeiro grupo, a promoção da saúde consiste na transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e tendo como base neste processo a família. Neste caso, os programas baseiam-se no processo de educação fazendo com que os indivíduos adquiram o autocontrole. No segundo

grupo e, por sua vez, mais atual relata que o entendimento da saúde está mais voltado ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, pois, um bom padrão nutricional, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico e limpo, apoio as famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e uma gama de cuidados especiais relacionados à saúde (SUTHERLAND e FULTON apud BUSS, 2000).

A declaração de Alma Ata é a primeira Conferência Internacional que fez referências aos cuidados primários de saúde e teve como metas a “Saúde para todos no ano 2000” além de dar importância a atenção primária. Fizeram parte deste processo oito elementos primordiais: educação dirigida aos problemas de saúde, os métodos para sua prevenção e controle, promoção dos alimentos e nutrição adequada, abastecimento de água e saneamento básico, atenção materno-infantil, planejamento familiar, imunização contra doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de doenças comuns e acidentes e distribuição de medicamentos básicos. Durante a primeira conferência houve a reafirmação da saúde como direito de todos e a obrigação do governo em promover a igualdade dos cidadãos (MENDES, 2004).

Outros processos também estavam envolvidos na Conferência em relação aos Cuidados Primários à saúde. Foram eles: O desenvolvimento nacional e comunitário, a agricultura, pecuária, produção de alimentos, indústria, educação, habitação, obras públicas e comunicações (STARFIELD apud MARCONDES, 2004).

COHEN et al (2004), define promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Defesa da saúde, capacitação e mediação são os três pontos fundamentais da promoção da saúde.

A defesa da saúde foca a importância em se lutar para que os outros fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos além dos pré-requisitos se tornem cada vez mais favoráveis à saúde da população como um todo. A capacitação juntamente com a mediação é de extrema grandiosidade no que diz respeito à igualdade de oportunidades e auxilia na contribuição de uma relação mais harmoniosa entre os diferentes tipos de interesses no que se refere à saúde (BUSS, 2000).

Existem cinco campos prioritários pela Carta de Ottawa, conforme COHEN et al

(2004):

- Elaboração e implementação de políticas saudáveis.
- Criação de ambientes favoráveis à saúde.
- Reforço da ação comunitária.
- Desenvolvimento de habilidades pessoais e.
- Reorientação dos serviços de saúde.

A elaboração e implementação de políticas saudáveis relatam que políticos e dirigentes de todos os setores e em todos os níveis devem priorizar a saúde da população cabendo aos mesmos, punição caso isso não aconteça. A criação de ambientes favoráveis à saúde dispõe sobre a proteção do meio ambiente, a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento do impacto na saúde devido às mudanças no meio ambiente, assim como aspectos que favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, lar, a escola e a própria cidade (BUSS, 2000).

Antigamente, no Brasil, a saúde não era dada como prioridade e muito menos como direito. E com o passar dos anos, deu-se início a uma mudança que começara a transformar o campo de saúde nacional (NUNES et al, 2006).

E algum dos fatores que fizeram parte desta mudança foi a criação do SUS em 19 de Setembro de 1990 com a Lei nº 8.080 que é um sistema formado por três esferas do governo (União, Estados e Municípios) e é complementado pelo setor privado e conveniado. O Sistema Único de Saúde deve atender a todos, independentemente de pagamento e de maneira integral, atuando na promoção, prevenção e tratamento de cada indivíduo e na comunidade, deve ser descentralizado, racional, eficiente e eficaz democrático e equânime, ou seja, o SUS deve estar atento às desigualdades (NATALINI, 2004).

O SUS é um sistema que engloba várias ações e serviços de saúde pública e privada com o propósito de atenção à todos de forma satisfatória. Dentre as diretrizes, o artigo 198 da Constituição Federal, frisa a universalidade e integralidade na assistência, preservação física e moral das pessoas, igualdade na assistência, informar o cidadão sobre o estado de sua saúde bem como a utilização dos serviços que tem direito e da epidemiologia, participação da comunidade, descentralização de governo, integração das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento básico, conjugação de recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos na prestação de serviços de saúde, capacidade de resolução e organização dos serviços públicos

(NATALINI, 2004).

A lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, fala sobre a participação das pessoas no processo decisório do SUS em relação à recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 2002).

Existirá como instâncias colegiadas, a Conferência de Saúde que deve se reunir a cada quatro anos para reavaliação da situação da saúde dentre outras questões. Cabe ao Conselho de Saúde, atuar na criação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, economia e recursos financeiros (MARQUES, 2002).

NATALANI (2002) reforça que o objetivo principal é a integração dos profissionais de saúde com o intuito de atuar na promoção e melhoria da qualidade da população.

Conforme BRASIL (2004), a Política de Saúde Mental, passou por importantes e significativas transformações, evoluindo em definitivo de um modelo centrado na referência hospitalar, para um modelo de atenção diversificada, de base territorial comunitária. Porém ainda não se encontra plenamente refletido no conjunto da atenção em saúde mental do SUS, que permanece dispendendo parcela significativa de seus recursos com a área hospitalar.

A Política Nacional de Saúde Mental amparada pela Lei nº 10.216/02, tem como objetivo, consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e comunitária, com centros mais especializados como o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e Cultura além de Hospitais Gerais, e o Programa de Volta para Casa. O CAPS é um dos principais centros especializados, e sua expansão é demonstrada na Figura 1 (BRASIL, 2009).

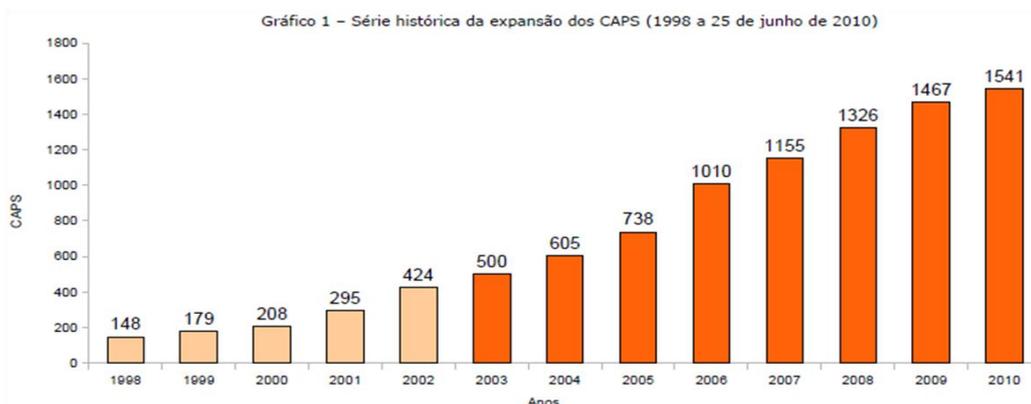


Figura 1 – Expansão do CAPS de 1998 a 2010

Fonte: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/smdados.pdf>>. Acesso em 18 de Abril de 2011.

Até a década de 70, a saúde mental no Brasil era exercida de forma privatizante, hospitalocêntrica e cronificadora do sofrimento psíquico. O paciente/cliente diante de tal situação, não conseguia evoluir de maneira produtiva pelo fato de, permanecer muito tempo internado o que acabava dificultando seu tratamento e até mesmo, a criação de vínculos afetivos com a família e, principalmente, com a comunidade. Nesse período até a década de 80, mas precisamente em 1987 durante a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental, houve a consolidação da reforma psiquiátrica que tinha como objetivo a reintegração dos pacientes/clientes com transtornos mentais à comunidade (BRASIL, 2008).

Na década de 90, aconteceu a divulgação do diagnóstico da assistência para a sociedade, onde se fortalecia a necessidade de mudança do modelo assistencial, a declaração de Caracas, a pactuação social estabelecida na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no ano de 1992 e a reformulação da assistência com o estabelecimento das portarias que foi assumida pelo Ministério da Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2008);

A reforma psiquiátrica é um movimento que revolucionou a forma de tratamento em relação à Saúde Mental do Brasil. Houve uma redemocratização com a retirada dos manicômios e que tinha como objetivo a igualdade entre a sociedade (OLIVEIRA e ALESSI, 2003).

E com isso, estabeleceu-se a criação do Programa de Reestruturação Hospitalar Psiquiátrica (PRH) que frisava a importância de se reduzir o número de leitos em hospitais psiquiátricos. Esse programa faz parte da Política Nacional de Saúde Mental que proporciona aos pacientes/clientes com transtornos mentais a oportunidade de ter uma vida extra-hospitalar (FERNANDES et al., 2008).

O manejo e tratamento de transtornos mentais no contexto da atenção primária é um passo fundamental que possibilita ao maior número possível de pessoas ter acesso mais fácil e rápido aos serviços (...). Isso não só proporciona uma atenção melhor como também reduz o desperdício resultante de exames supérfluos e tratamentos impróprios ou não-específicos (OPAS/OMS apud Espírito Santo, 2008. p.148).

A atenção primária à saúde além de nível de atenção é organizadora do sistema de serviços da saúde. As ações de saúde mental na atenção primária à saúde (APS), devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e

de outras políticas específicas para que busquem vínculos e acolhimento. Destacam-se os seguintes princípios: noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania e construção da autonomia possível de usuários e familiares (BRASIL, 2005).

Nesse arranjo, se enquadra as equipes de saúde mental e da APS que procuram alternativas através de discussões conjuntas para que consigam intervenções junto às famílias e comunidades ou em atendimentos unificazes melhorando assim, a assistência em saúde mental (BRASIL, 2005).

1 JUSTIFICATIVA

Nos tempos atuais, vivemos sob constantes desafios que são impostos a sociedade em geral, o que muitas vezes acaba gerando e desgastando a saúde mental dos outros. Por isso, precisamos estar preparados e ao mesmo tempo ter a sabedoria para exercer tarefas de forma correta a fim de, não prejudicar a saúde mental que, por sua vez, pode levar a danos irreversíveis. O enfermeiro do trabalho é um importante aliado, pois, atua trabalhando na promoção e prevenção da saúde das pessoas. E, neste caso, usa estratégias que ensinam os trabalhadores de uma empresa, por exemplo, a exercerem sua função que na maioria das vezes tem um impacto psicológico bastante alto e assim, possa melhorar seu rendimento e, como consequência, contribuir para o crescimento da empresa em que trabalha.

O profissional enfermeiro que trabalha no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, mostra de maneira explícita a realidade acima citada, pois, muitos dos usuários desenvolveram transtornos por trabalharem de forma desumana e sem qualquer tipo de orientação para ter uma saúde mental saudável.

Em muitos casos, porém, é o profissional que não sabe atuar frente a esses acontecimentos. Não apresentam qualquer domínio ou conhecimento em saúde mental o que acaba contribuindo muitas vezes, para o lado oposto do objetivo principal, ou seja, acaba prejudicando ainda mais estas pessoas já estão lá porque

querem ajuda e necessitam de um tratamento cauteloso para que possam progredir e viver normalmente como qualquer outro (ROCHA, 2005).

Em relação aos benefícios para o profissional e, neste caso, aos que trabalham no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, será de grande valia uma vez que, mostrará caminhos mais fáceis ou pelo menos formas inovadoras de se trabalhar com os usuários além de, não afetar o perfil dos profissionais com relação às estratégias utilizadas que irão garantir a evolução e tornando os resultados mais satisfatórios e com mais qualidade.

A comunicação é muito importante quando se trabalha em equipe, na medida em que a interação dos profissionais e das ações, bem como a integração dos saberes, ocorre mediada simbolicamente pela linguagem, pois, é através dela que os membros da equipe podem trocar informações, questionamentos, elaboração de projetos visando um objetivo comum que é a qualidade do serviço prestado aos usuários do CAPS. Dentro desse contexto, destaca-se o atendimento individual, seja ele, medicamentoso, psicoterápico, orientação entre outros. Não podendo esquecer o atendimento em grupo com as mesmas ramificações bem como, as oficinas terapêuticas voltadas não somente ao paciente e sim, às famílias, as visitas domiciliares, atividades comunitárias que enfocam a integração social que muitos deles deixaram de exercer, são fatores imprescindíveis no que diz respeito ao acolhimento e estímulo para viver de maneira autônoma e feliz (ROCHA, 2005).

Como notado, o foco principal é o usuário do CAPS, que por sua vez, procura o serviço por estar necessitando de algum tipo de ajuda, seja ela direta ou indiretamente. Os profissionais que trabalham no CAPS devem estar cientes da importância e da responsabilidade que lhe são impostos frente às diversidades de casos que terão desempenhar, dando assim, uma nova expectativa de vida de cada paciente que ali se encontra.

Com a assistência correta, os usuários do CAPS, poderão retornar a ter uma vida plena e saudável conseguindo assim, executar todas as suas atividades de vida diária de forma consciente e orientada e, com isso, restabelecer o cotidiano natural de vida de cada um, reintegrando-os à sociedade.

2 OBJETIVO GERAL

Estabelecer os cuidados que serão manifestados pelo enfermeiro, frente a manutenção da saúde dos profissionais que trabalham no CAPS I do município de Brasil Novo.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Listar tarefas que servirão de auxílio para o profissional enfermeiro desempenhar um papel satisfatório como promotor da saúde.
- 2 Definir as ações que nortearão o enfermeiro a ter sucesso no desenvolvimento de seu trabalho.
- 3 Destacar a importância do enfermeiro, de estar sempre se especializando e/ou atualizando, com o intuito de aperfeiçoar suas técnicas, para que possa assim, promover uma saúde mental de qualidade.

3 ENFERMAGEM E SEU INÍCIO

Tudo começou no século XIX, a história da Enfermagem vincula-se às atividades domésticas realizadas pelas mulheres de família, por monjas e/ou escravas. Já para os homens, eram os “nobres” que se encarregavam de cumprir as tarefas. Nos anos de 1.200 – 800 a. C., a comunidade primitiva associava a doença como fenômenos sobrenaturais, sendo utilizado para a cura destas doenças elementos mágicos, religiosos e empíricos nos templos pelos sacerdotes, considerados como os primeiros médicos gregos (SILVA, 1989).

No pré-capitalismo, as comunidades primitivas reconheciam as enfermidades como “espírito do mal”. A religião era muito forte e os doentes eram cuidados pelos religiosos (monjes) ou ainda pela magia vinda dos feiticeiros, mas quem ficava o tempo todo perto dos enfermos, eram as mulheres da família, por serem as responsáveis pelo cuidado das crianças e idosos. Os monjes e feiticeiros eram os praticantes da medicina, e curavam as pessoas através do uso de raízes, ervas, frutas, feitiços ou ainda as magias. Aproximadamente 460 a.C., Hipócrates revelou a atenção a saúde e teve um maior destaque, pois a observação ficou maior ao doente, atentando a dados clínicos, assim a medicina deu mais um passo e chegou à conclusão de que a doenças originava-se do “desequilíbrio dos humores”, e assim, iniciou-se a prática da sangria e a formulação de dietas específicas para o doente. O médico hipocrático da época era um artesão, seu treinamento vinha de outro médico. Como existiam poucos médicos na época na Grécia, este médico hipocrático viajava de cidade em cidade para tratar dos enfermos. Roma contribuiu bastante com a evolução desse processo, pois várias enciclopédias foram criadas (SILVA apud SILVA, 1989).

No Cristianismo, surgiu um novo conceito de doença: “castigo divino”. As pessoas que cuidassem dos doentes teriam a oportunidade de salvar sua própria alma. Entre os anos de 1340-1360, muitas epidemias surgem na Europa, como exemplo a Peste Negra. Isso fez com que a medicina repensasse antigos conceitos e então aceitaram o fato de que algo externo poderia prejudicar o organismo humano. Vale enfatizar, que a medicina na Idade Média era realizada por monges e as cirurgias por leigos, sendo que desde o início para rabalhar na medicina

precisava-se de conhecimento especializado. As monjas realizavam o cuidado de enfermagem sem nenhum conhecimento especializado (SILVA apud SILVA, 1989).

No século XII e XIII, o homem foi colocado como centro do universo, esse período foi considerado como a fase progressista da Baixa Idade Média e os cuidados de enfermagem continuavam decadentes em relação ao passado. O emprego como enfermeiras neste período era para mulheres analfabetas, imorais e bêbadas que não conseguiam trabalhar em indústrias. O saber de enfermagem ainda não era especializado e nem valorizado. Os hospitais apresentavam péssimas condições de infra-estrutura, atendimento, organização e higiene. Neste período que a enfermagem e a medicina desligam-se do caráter religioso e mantêm a força de trabalho saudável (LUCAS apud SILVA, 1989).

A enfermagem surge como profissão de paramédica, assalariada e atividades centradas ao hospital no Capitalismo Liberal. A profissão então era uma ocupação manual, despreparada e realizada por domésticas, donas de casa etc. Mas em 1850 surge um projeto de profissionalização para dar fim a esta imagem da enfermagem. Em 1890 foram criados cursos de parteiras no Rio de Janeiro na escola de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital dos Alienados. Nove anos depois, em 1899 na cidade de São Paulo, criou-se o curso de Obstetrícia, e logo em seguida, em 1901 e 1902 fundaram a Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano e a Escola de Parteiras respectivamente. No Rio de Janeiro surge escola da cruz Vermelha (LUCAS apud SILVA, 1989).

Durante o Cristianismo, nasceu uma organização dos serviços prestados a classe de enfermagem com a instituição do diácono. No século XIX, surge a profissão de enfermagem moderna na Inglaterra, tendo como precursoras mediatas, as irmãs da Igreja Católica da França, escolas de parteiras pela Europa, Fundação de Diaconistas na Alemanha, entre outras. Mas foi com Florence Nightingale e sua equipe de enfermeiras na Guerra da Criméia, através da assistência a saúde realizada aos soldados feridos que teve imediata repercussão (ROCHA apud SILVA, 1989).

No Brasil em 1922, a profissão se desvincula da religião, não sendo lideradas somente por irmãos de caridade ou por leigos, mas por profissionais que tivessem um conhecimento aperfeiçoado da saúde. Em seguida, no ano de 1923, o Diretor do departamento Nacional de Saúde Pública trouxe enfermeiras norte americanas com formação em escolas regidas pelo regime de Ana Neri, que seguiu os passos de

Florence Nigtingale e tinha caráter de: honestidade, sobriedade, lealdade, pontualidade, seriedade, espírito de organização, correção e elegância. Desta forma, foram crescendo cada vez mais as escolas de formação do profissional de enfermagem. No final da década de 50 havia no Brasil, 39 escolas de enfermagem e 37 cursos de auxiliar de enfermagem (GAUER apud SILVA, 1989).

Atualmente, existe no Brasil, a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício do profissional de enfermagem com suas devidas atribuições entre outras competências. Profissionais estes que passaram por muitas dificuldades desde sua origem, pelo que vimos na sua história, sofreram preconceitos e conquistaram seu espaço. A cada dia que passa vem crescendo a luta pela valorização de suas ações, sendo então um constante desafio para a categoria. Muitas leis, resoluções e decretos comprovam o reconhecimento do profissional de enfermagem, mas constata-se ainda a desunião da categoria, pois muitas destas normatizações ficam no papel e o próprio profissional deixa de realizar seus deveres (GAUER apud SILVA, 1989).

4 CONHECENDO UM POUCO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Foi aprovada em 1802 a primeira lei de proteção aos trabalhadores, criada por Robert Peel “Lei da Saúde e Moral dos Aprendizes”, que estabeleceu a carga horária e turno de trabalho, bem como boas condições no ambiente de trabalho. Já em 1833, surgiu outra lei, mas esta legislação foi mais eficiente e importante no mundo. Como se pode constatar ambas as leis de proteção aos trabalhadores surgiram na Inglaterra, iniciando então o cuidado a saúde destes (SILVA apud LORO, 2003).

Segundo (LUCAS apud CRUZ, 2004) o cuidado da saúde do trabalhador teve início no Brasil no final do século XIX, além de ocorrerem diversas iniciativas relacionadas à questão, nas áreas da Medicina Legal e da Higiene. Com isso, houve diversas teses apresentadas após o ano de 1850 no Rio de Janeiro sobre a “saúde dos empregados” tendo destaque o cuidado com o mesmo por algumas empresas/instituições de grande porte, mas o interesse era o lucro, e logo começou a contratação de médicos para avaliar o “físico do empregado”, onde o médico

avaliava se o mesmo tinha condições físicas de trabalhar, pois quanto mais saudável maior era o rendimento no trabalho e conservação do mesmo, pois se ficavam doentes o médico tratava da doença.

De acordo com (SILVA apud LORO, 2003), entre 1890 - 1920 a saúde pública ganha destaque nos portos e que mais um pesquisador e grande profissional ganha destaque na saúde do trabalhador, Osvaldo Cruz, médico sanitário que descobriu a cura de várias doenças epidemiológicas e ocupacionais. No ano de 1917 ocorreu a mudança na história evolutiva da saúde do trabalhador, os operários de diversas empresas em São Paulo - SP realizaram uma mobilização coletiva a favor de um trabalho mais digno, com melhor remuneração, melhor ambiente de trabalho, entre outros, enfim, o controle social foi tão forte que deu origem a diversas Leis, Portarias, Decretos e Normativas de proteção à saúde do trabalhador. Com a conquista destas leis, expandiu-se a contratação de médicos nas empresas.

A harmonia saúde – trabalho – doença é entendida pela forma das ações do homem mediante a natureza através do seu trabalho e grau de desenvolvimento das relações sociais de produção, fazendo com que suas ações ao meio ambiente sejam determinantes na vida do ser humano e dos animais. Por isso a necessidade de lutar pelas causas justas, como a valorização do trabalho e respeito à natureza, é essencial ao bem estar biopsicossocial do indivíduo. A Lei 8.080/90, art V, retrata bem o que é saúde do trabalhador bem como sua importância para manutenção e/ou prevenção de cada um de forma individual e/ou coletiva:

“Saúde do Trabalhador é um conjunto de atividades que se destinam através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (SILVA apud art. V da Lei 8.080/90).

Portanto, se faz necessário enfatizar a maior conquista dos trabalhadores, que foi com o surgimento em 1972 do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), onde se inicia a obrigatoriedade das empresas regidas pelo regime celetista (CLT) a contratação de profissionais da saúde que fazem parte deste serviço, criado pelo Ministério do Trabalho. Para tal, o enfermeiro do trabalho está incluso, obedecendo ao dimensionamento de trabalhadores nas instituições (LUCAS apud LORO, 2003).

5 BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL E DEMAIS PAÍSES

A história da saúde mental pode ser definida como a história das diversas interpretações da loucura que são levadas ao fim nas distintas épocas de acordo com os diferentes modelos vigentes de saúde naquele momento, tanto no que se refere a sua descrição e aplicação como em seu tratamento (GAUER apud VIDAL-ALARCON, 1986).

A loucura vem sendo estudada desde a Grécia, onde os pacientes com transtornos mentais eram vistos como possuidores de poder divino, apesar de tal concepção, estudiosos da época como Hipócrates considerava casos como epilepsia como uma enfermidade natural com origem no cérebro e admitia que a maioria das doenças pertencia ao corpo e/ou espírito e eram resultados de transtornos dos humores. Hipócrates classificou então os tipos humanos constitucionais em quatro categorias: sanguíneos, melancólicos, coléricos e fleumáticos; de acordo com predomínio ou deficiência dos chamados quatro humores no organismo: sangue, linfa, biliar e fleuma (GAUER, 2011).

O livro dos Reis, referindo Saul, o primeiro rei de Israel, sofria de estados depressivos, que atribuía ao fato de se encontrar portador de um espírito maligno. Na tentativa de combater, o rei pedia a David que tocasse harpa para distrair. Durante a Idade Média, considerada a Idade das Trevas, persistia a ligação com a idéia do místico, tendo destaque estudos de Santo Agostinho que não demonstraram maior efetividade pelo forte apego religioso do mesmo (GAUER, 2011).

Contudo ao final do primeiro milênio, influenciados pela medicina árabe com profissionais como Rhazés, Avicena e Averroes que valorizavam não só a cura como a preservação da saúde, o bem-estar físico e o psíquico numa concepção global, tem-se uma visão considerada holística atualmente. Um dos primeiros foi a Colônia de Gheel na Bélgica e o priorado de Santa Maria de Belém, em Londres em 1403. As reformas trazidas do século XVIII para o XIX, levam a outras formas de pensar psiquiatria com Philippe Pinel iniciava a defesa do tratamento agora realizado nas clínicas algo já feito então tempos atrás pelos árabes e resgatado por este, sendo papel da enfermagem os cuidados com os clientes, deixando a margem da sociedade. No século XX surge Freud com a psicanálise considerada marco na história da saúde mental, porém práticas como eletrochoque, a malarioterapia e

insulinoterapia persistiam na assistência. Surge na década de 60, Kaplan e a psiquiatria preventiva e a experiência das comunidades terapêuticas da Inglaterra começam a formular os novos paradigmas da saúde mental, o lema passa a ser então: “Cuidar, sim, excluir, não” (ESPÍRITO SANTO, 2008).

No Brasil, o primeiro hospício chamado Centro Psiquiátrico Pedro II foi construído em 1841, atual Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira. Seguindo as novas formas de atuação em saúde mental, a instituição passou por reformas criando um local chamado Casa d’Engenho em 1990. Pela fala de um cliente do então instituto, compreende-se a sensação dentro do que antes era o hospício. “O muro é bonito para quem está do lado de fora, mas para quem está aqui, é horrível. Este muro serve para fechar nossa vida para o lado de fora, nós nunca poderemos ser considerados gente com um muro desses tampando a nossa visão” (ESPÍRITO SANTO, 2008).

Também no Brasil, a Portaria nº 336/02, trata da implantação dos Centros de Atenção Psicossocial I, II e III devendo prestar atendimento ao público de saúde mental dentro da lógica encontrada em cada local sendo um serviço de atenção diária, além destes, os CAPS’s infantil e de álcool e drogas, respectivamente, CAPSi e CAPSad para recuperação dos usuários (SAÚDE, 2009).

6 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil deu-se nos anos 70 e é um contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário” em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (SAÚDE, 2005).

A transição de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado num perfil hospitalocentrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da

Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (SAÚDE, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, formado por atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (SAÚDE, 2010).

O ano de 1978 costuma ser lembrado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir o período de revoltas e denúncias quanto à violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (SAÚDE, 2005).

Na Itália, a desinstitucionalização psiquiátrica e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. O II Congresso Nacional do MTSM em Bauru – SP, em 1987, adota o *lema* “*Por uma sociedade sem manicômios*”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental na cidade do Rio de Janeiro (MAGALHÃES, 2006).

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, com localização em São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos – SP em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco de extrema importância no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, era cada vez mais clara e possível para a reintrodução dos pacientes à sociedade (MAGALHÃES, 2006).

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Com isso, deu-se início as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde” (ROCHA, 2005).

A partir de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei do deputado acima citado, é que se consegue aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (MAGALHÃES, 2006).

A política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos. É na década de 90, marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, não instituíam uma linha específica de financiamento

para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (ROCHA, 2005).

Após 12 anos, no ano de 2001, é aprovado um modelo substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental e oferece tratamento em serviços de base comunitária além de proteger os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 proporciona um novo fôlego e ritmiza o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Daí em diante, é que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade. Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental passa a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente (ROCHA, 2005).

O processo de desinstitucionalização de pessoas internadas por período prolongado é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos (SILVA, 2007).

Em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reuniu dois mil trabalhadores e usuários de CAPS e caracterizou-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, para efetivar a transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção comunitária. O período atual caracteriza-se assim por dois processos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar; e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. É neste período que a

Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal. Existem em funcionamento hoje no país 689 Centros de Atenção Psicossocial (SILVA, 2007).

7 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

Dando continuidade ao processo de reforma que revolucionou o modo de acompanhamento e tratamento dos pacientes com transtornos mentais, surge o CAPS que, por sua vez, organizam a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios (ROCHA, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Eles têm a função de prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (ROCHA, 2005).

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico, cabendo-lhes o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (GAUER, 2011).

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Figura 1 – CAPS e serviços interligados.

Fonte: Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.

A figura acima retrata o conjunto de serviços que estão diretamente interligados ao CAPS e vice-versa. Dentre elas, destaca-se o Programa de Saúde da Família e os Centros de Atenção psicossocial específicos – CAPSi e o CAPSad. Juntos, o processo evolutivo dos pacientes que freqüentam é significativo e primordial para a qualidade de vida destas pessoas.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Existem atualmente os CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Os CAPS I são os de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes - cerca de 19% dos municípios brasileiros, onde residem por volta de 17% da população do país. Deve ser composta por no mínimo de 9 profissionais, entre nível médio e nível superior, e têm como clientela adultos com transtornos mentais severos e persistentes e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês (FERNANDES, 2008).

Segundo (FERNANDES, 2008), os CAPS do tipo II são serviços de médio porte, e dão cobertura a municípios com mais de 50.000 habitantes - cerca de 10% dos municípios brasileiros, onde residem cerca de 65% da população brasileira. A clientela típica destes serviços é de adultos com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPS II têm equipe mínima de 12 profissionais, entre profissionais de nível médio e nível superior, e capacidade para o acompanhamento de cerca de 360 pessoas por mês. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana.

Os CAPS III são os serviços que atendem o maior número de pessoas. Foram criados para dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes, e estão presentes hoje na maioria das grandes metrópoles brasileiras. Os CAPS III são de grande complexidade, uma vez que funcionam durante 24 horas em todos os dias da semana e em feriados. Com no máximo cinco leitos, o CAPS III realiza, quando necessário, acolhimento noturno (internações curtas, de algumas horas a no máximo 7 dias). A equipe mínima deve contar com 16 profissionais, entre os profissionais de nível médio e superior, além de equipe noturna e de final de semana. Estes serviços têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 450 pessoas por mês (FERNANDES, 2008).

Os CAPSi, são especializados na assistência de crianças e adolescentes com transtornos mentais, são equipamentos geralmente necessários para dar resposta à demanda em saúde mental em municípios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima compreende numa quantia de 11 profissionais de nível médio e superior (SAÚDE, 2010).

Existem ainda os CAPSad, especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são planejados para cidades com

mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPSad é composta por 13 profissionais de nível médio e superior (SAÚDE, 2010).

A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços (SAÚDE, 2010).

8 ENFERMEIRO DO TRABALHO: ATRIBUIÇÕES E/OU OCUPAÇÕES

O enfermeiro generalista tem em suas funções a dispensação cuidados de enfermagem bem como a orientação para a aplicação dos mesmos em hospitais, clínicas e outros estabelecimentos de assistência médica, pode atuar ainda em clubes esportivos, escolas, centros de higiene materno-infantil e creches, presta cuidados aos trabalhadores no local de trabalho, além de orientar sobre questões de cirurgia, terapia, puericultura, pediatria, psiquiatria, obstetrícia e outras (BUSS, 2009).

Dentre tantas as áreas de atuação do profissional de enfermagem, existe o enfermeiro do trabalho que, por sua vez, atua dando condições de segurança e periculosidade da empresa, observa os locais de trabalho e discute em equipe para identificar as necessidades no campo da segurança, higiene e melhoria do trabalho; também elabora e executa planos e programas de proteção à saúde dos empregados, participando de grupos que realizam inquéritos sanitários, estudam as causas de absenteísmo, fazem levantamentos de doenças profissionais e lesões traumáticas, procedem a estudos epidemiológicos, coletam dados estatísticos de morbidade e mortalidade de trabalhadores, investigando possíveis relações com as atividades funcionais, para obter a continuidade operacional e aumento da produtividade; executa e avalia programas de prevenções de acidentes e de doenças profissionais ou não-profissionais, fazendo análise da fadiga, dos fatores de

insalubridade, dos riscos e das condições de trabalho do menor e da mulher, para propiciar a preservação de integridade física e mental do trabalhador; presta primeiros socorros no local de trabalho, em caso de acidente ou doença, fazendo curativos ou imobilizações especiais, administrando medicamentos e tratamentos e providenciando o posterior atendimento médico adequado, para atenuar conseqüências e proporcionar apoio e conforto ao paciente; elabora e executa ou supervisiona e avalia as atividades de assistência de enfermagem aos trabalhadores, proporcionando-lhes atendimento ambulatorial, no local de trabalho, controlando sinais vitais, aplicando medicamentos prescritos, curativos, inalações e testes, coletando material para exame laboratorial, vacinações e outros tratamentos, para reduzir o absenteísmo profissional; organiza e administra o setor de enfermagem da empresa, prevendo pessoal e material necessários, treinando e supervisionando auxiliares de enfermagem do trabalho, atendentes e outros, para promover o atendimento adequado às necessidades de saúde do trabalhador; treina trabalhadores, instruindo-os sobre o uso de roupas e material adequado ao tipo de trabalho, para reduzir a incidência de acidentes; planeja e executa programas de educação sanitária, divulgando conhecimentos e estimulando a aquisição de hábitos saudáveis, para prevenir doenças profissionais e melhorar as condições de saúde do trabalhador; registra dados estatísticos de acidentes e doenças profissionais, mantendo cadastros atualizados, a fim de preparar informes para subsídios processuais nos pedidos de indenização e orientar em problemas de prevenção de doenças profissionais (SILVA, 2011).

8.1 NORMAS REGULAMENTADORAS

As Normas Regulamentadoras - NR, relativas à segurança e medicina do trabalho, são de caráter obrigatório pelas empresas privadas e públicas, além dos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos poderes legislativo e judiciário, que possuam empregados regidos pela consolidação das leis do trabalho – CLT. A desobediência do não-cumprimento das disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho, desencadeará ao empregador a aplicação das penalidades previstas na legislação pertinente (SILVA,

2007). Constitui ato faltoso a recusa injustificada do empregado ao cumprimento de suas obrigações com a segurança do trabalho.

Abaixo estão listadas algumas das NR existentes:

- NR 01 - Disposições Gerais.
- NR 02 - Inspeção Prévia.
- NR 03 - Embargo ou Interdição.
- NR 04 - Serviços Especializados em Eng. de Segurança e em Medicina do Trabalho.
- NR 05 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.
- NR 06 - Equipamentos de Proteção Individual – EPI.
- NR 07 - Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional.
- NR 08 – Edificações.
- NR 09- Programas de Prevenção de Riscos Ambientais.
- NR 10 - Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade.
- NR 11 - Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais.
- NR 12 - Máquinas e Equipamentos.
- NR 13 - Caldeiras e Vasos de Pressão.
- NR 14 – Fornos.
- NR 15 - Atividades e Operações Insalubres.
- NR 16 - Atividades e Operações Perigosas.
- NR 17 – Ergonomia.
- NR18 - Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção.
- NR19 – Explosivos.
- NR 20 - Líquidos Combustíveis e Inflamáveis.
- NR 21 - Trabalho a Céu Aberto.
- NR 22 - Segurança e Saúde Ocupacional na Mineração.
- NR 23 - Proteção Contra Incêndios.
- NR 24 - Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho.
- NR 25 - Resíduos Industriais.
- NR 26 - Sinalização de Segurança.
- NR 27 - Registro Profissional do Técnico de Segurança do Trabalho no MTB.
- NR 28 - Fiscalização e Penalidades.
- NR 29 - Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho Portuário.

- NR 30 - Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho Aquaviário.
- NR 31 - Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura, Pecuária Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura.
- NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde.
- NR 33 - Segurança e Saúde no Trabalho em Espaços Confinados.
- NR 34 - Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção e Reparação Naval.
- NRR 3 - Comissão Interna De Prevenção De Acidentes Do Trabalho Rural.
- NRR 4 - Equipamento De Proteção Individual – EPI.
- NRR 5 - Produtos Químicos.

Entre estas, a norma regulamentadora NR 05, correspondente à comissão interna de prevenção de acidentes, é sem dúvida umas das mais importantes e primordiais para o rendimento de uma obra, por exemplo, seja efetuada de forma plena e que mantenha a integridade física, mental e social dos empregados (SILVA, 2007).

A CIPA foi publicada pela portaria GM n.º 3.214, de 8 de junho de 1978 e, desde então, vem sofrendo alterações que visam sempre ao aprimoramento do serviço. Diante disto, seu objetivo é de prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador (SILVA, 2007).

Além destes, a CIPA é uma comissão que presta serviços que diz respeito à prevenção e/ou minimização de riscos aos trabalhadores. Eis alguns: identifica os riscos do processo de trabalho, e elabora o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores; elabora plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho; participa da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho; realiza, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores; avalia o cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas; divulga aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho; participa, com o SESMT, onde houver, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos

de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores; requer ao SESMT, quando houver, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores; colabora no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho; divulga e promove o cumprimento das normas regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho; participa, em conjunto com o SESMT, onde houver, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados; requisita ao empregador e analisa as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores; requisita à empresa as cópias das CAT emitidas; promove, anualmente, em conjunto com o SESMT, onde houver, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT; participa, anualmente, em conjunto com a empresa, de Campanhas de Prevenção da AIDS (MAGALHÃES, 2006).

8.2 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI

Toda empresa e/ou órgãos afins, devem estabelecer um protocolo com medidas que irão garantir a segurança necessária aos trabalhadores. Esta etapa é extrema importância, pois, previne grandes complicações além de, contribuir ao bom funcionamento do funcionário, seja ela física ou mental (CPNSP, 2011).

Uma das formas para atingir essa meta, é o uso dos equipamentos de proteção individual e coletivo. Segundo a norma regulamentadora nº 6, EPI é todo dispositivo capaz de exercer proteção individual para o empregado, frente a eventos adversos que possam ameaçar a saúde e a segurança daquele ser humano (CPNSP, 2011).

Os materiais são de total responsabilidade da empresa responsável para tal serviço. A mesma deve fornecer EPI adequado e de qualidade e, em perfeito estado de conservação e funcionamento, a fim de suprir as necessidades de segurança de cada um. Dentre as obrigações, cabe ao empregador: Adquirir o EPI adequado ao risco de cada atividade, exigir o seu uso, fornecer ao empregado somente EPI's

aprovados pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho, orientar e capacitar o empregado quanto ao uso adequado, acondicionamento e conservação, substituir imediatamente, quando danificado ou extraviado; responsabilizar-se pela higienização e manutenção periódica; comunicar ao MTE (Ministério do Trabalho e Emprego) qualquer irregularidade observada. No mesmo sentido, cabe ao empregado: Utilizar apenas para a finalidade a que se destina; responsabilizar-se pelo acondicionamento e conservação; comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para uso; cumprir as determinações do empregador sobre o uso adequado (CPNSP, 2011).

Os EPI além de essenciais à proteção do trabalhador, visando a manutenção de sua saúde física e proteção contra os riscos de acidentes do trabalho e/ou de doenças profissionais e do trabalho, podem também proporcionar a redução de custos ao empregador (DYMONTTE, 2009).

Existem casos de empresas que desenvolvem atividades e que o nível de ruído está muito acima dos limites de tolerância previstos na Norma Regulamentadora nº 15. Neste caso, a empresa deveria pagar o adicional de insalubridade de acordo com o grau de enquadramento, podendo ser de 10%, 20% ou 40%. Com o uso do EPI, a empresa pode eliminar ou neutralizar o nível do ruído já que o dano que o ruído poderia causar à audição do empregado, será eliminado. A eliminação do ruído ou a neutralização em nível abaixo do limite de tolerância livra a empresa do pagamento adicional e, ainda pode evitar quaisquer possibilidades futuras de pagamento de indenização de danos morais ou materiais (CPNSP, 2011).

Entretanto, é importante estabelecer que não basta o fornecimento do EPI ao empregado por parte do empregador, pois o mesmo deve fiscalizar o empregado para que haja a garantia de que o equipamento esteja sendo utilizado, pois, não são raros os casos de empregados que, usam de desculpas para não usar o EPI e, isso atrapalha o exercício da função levando à diminuição do rendimento produtivo da empresa (DYMONTTE, 2009).

Em tais ocorridos, o empregador deve obrigar o empregado a utilizar o equipamento, sob pena de advertência e suspensão num primeiro momento e, havendo resistência, sofrer punições mais severas como a demissão por justa causa (DYMONTTE, 2009).

8.3 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA – EPC

Os EPC são equipamentos instalados no local de trabalho, que servem para proteger mais de uma pessoa ao mesmo tempo e são utilizados para prevenir e/ou amenizar acidentes. Os mesmos devem ser construídos com materiais de qualidade e instalados nos locais necessários logo após detectado o risco (CPNSP, 2011).

Entre os que mais acontecem, estão o enclausuramento acústico de fontes de ruído, ventilação dos locais de trabalho, extintor de incêndio, proteção de partes móveis de máquinas e equipamentos, cabine de segurança biológica, capelas químicas, e cabine para manipulação de radioisótopos (GONÇALVES, 2008).

São muitos os EPC que são utilizados nos diferentes serviços das empresas. Existe o cone de sinalização que está presente quase que freqüentemente aos nossos olhos e que tem como finalidade, alertar as áreas de trabalho e obras em vias públicas ou rodovias e orientar o trânsito de veículos e de pedestres, podendo ser utilizado em conjunto com a fita zebra, sinalizador strobo que atua identificando serviços, obras, acidentes, rodovias e muito mais; bandeirola entre outras. A fita de sinalização ajuda na delimitação e isolamento das áreas de trabalho. A grade metálica dobrável, além de também contribuir para sinalizar áreas de trabalho, contribui ainda na sinalização de poços de inspeção, entrada de galerias subterrâneas e situações afins (GONÇALVES, 2008).

Os EPC vêm sendo melhorados e fitas de demarcação, sirene e outros que são desenvolvidos conforme as necessidades, e os riscos aos quais os funcionários estão dependendo do setor e tipo de atividade expostos, além de se modernizarem de acordo com as necessidades das funções. O objetivo maior dos EPC é prevenir e devem ser desenvolvidos pelas equipes de acidentes de trabalho, cabendo aos engenheiros e técnicos, para que a integridade física e mental dos modernos laboratórios de pesquisa ou trabalhadores seja mantida. Para que esse quadro saia da parede é necessário a atuação dos responsáveis pela área de solicitações do SESMT e CIPA – Comissão segurança e saúde no trabalho e Interna de Prevenção de Acidentes. Os membros da CIPA da empresa se reúnem e discutem fatos que condizem com a necessidade dos serviços adotados, incluindo medidas de proteção coletiva, efetuação que devem constar no documento LTCAT – Laudo, estudos, pesquisas, sugestões etc. (GONÇALVES, 2008).

9 O ENFERMEIRO DO TRABALHO COMO PROMOTOR DA BOA SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES

Os seres humanos vivem num ambiente propício a mudanças e alterações que muitas vezes é percebida como situações de desafios, ameaças ou que podem causar lesões ao equilíbrio dinâmico que acaba ocasionando o estado de estresse. A adaptação compreende em como a pessoa irá enfrentar tal problema, exigindo uma modificação na estrutura organizacional do mesmo (SAÚDE, 2005).

De acordo com Batista apud Zakabi (2004), a revista Veja mostra que os trabalhadores da área de saúde é uma das profissões campeãs do stress ocupando o terceiro lugar, ficando atrás somente dos controladores de voo, motoristas de ônibus urbano e dos policiais e seguranças privados que ocupam segundo e primeiro lugares respectivamente. As provisões da área de saúde em geral sofrem pressões de todos os lados, tanto dos clientes, pacientes ou subordinados. Aponta ainda que um Instituto especializado estima que o nível de stress na população brasileira esteja 50% mais elevado que há quarenta anos, tornando assim, muito difícil encontrar uma pessoa que nunca sentiu sintomas típicos da tensão (SAÚDE, 2005).

O estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem é um fator importante e rotineiro e que necessita de uma atenção maior para ser compreendido, uma vez que a profissão é caracterizada gira em função da intensa carga emocional decorrente da relação paciente - enfermeiro, e responsabilidades atribuídas a estes profissionais (GUEDES apud GUIMARÃES & GRUBITS,1999).

Estudos mostram que apesar das situações de controvérsias, há uma satisfação pessoal, de reconhecimento por aquilo que se está fazendo e uma força maior da pessoa para suportar as adversidades. Esta abordagem faz com que o trabalho seja um gerador de prazer, pois deixa de ser uma obrigação para ser algo que dá sentido a vida (GUEDES apud GUIMARÃES & GRUBITS,1999).

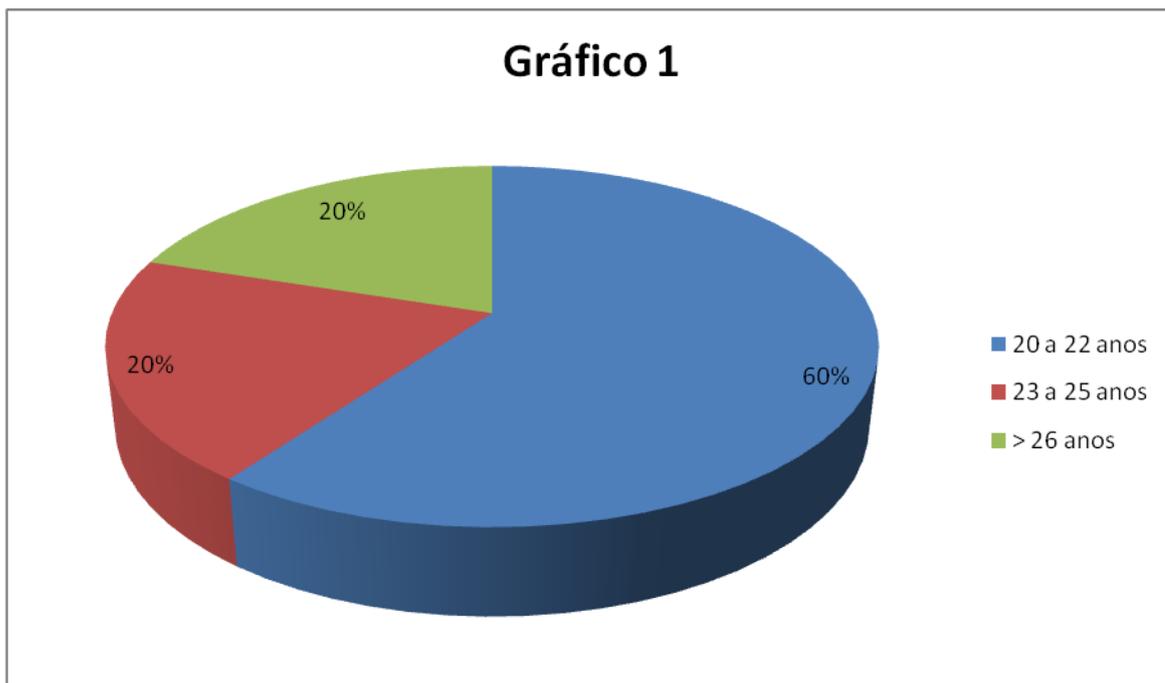
10 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

Estudo exploratório de abordagem qualitativa entre os trabalhadores e/ou funcionários do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I do município de Brasil Novo – PA. Visando as estratégias que são utilizadas principalmente, pelo Enfermeiro para proporcionar um ambiente de trabalho capaz de contribuir para a manutenção da boa saúde mental tanto dos usuários quanto dos funcionários. Foi aplicada uma entrevista coletando dados sócio-demográficos informados sobre a formação profissional. Este roteiro (Anexo II) compreende informações sobre o conceito de saúde mental, o que cada profissional faz para cuidar da sua saúde mental dentro do CAPS, além dos riscos físicos e mentais que lhe são impostos durante o dia-a-dia de trabalho. Também retrata uma pergunta específica ao profissional enfermeiro que informa que estratégias são utilizadas para a boa saúde mental dentro do CAPS. Tal atividade foi realizada entre os dias 05 a 12 de Setembro de 2011.

O CAPS I – Brasil Novo contém 9 funcionários, porém foram entrevistados apenas 7 o que perfaz 77,77 %. São eles: o Enfermeiro, a Psicóloga, a Técnica de Enfermagem, as 2 Agentes Administrativas, a Assistente Social e a Fisioterapeuta.

A idade e o tempo de trabalho são fatores diferenciais na assistência prestada aos usuários do CAPS, pois, afeta diretamente a maneira como são tratados. Podemos destacar que o trabalho do profissional de saúde possui informações no que se refere ao processo de longitudinalidade.

Segundo STARFIELD (2002), longitudinalidade “no contexto da atenção primária, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde”. Visto isso, o gráfico abaixo mostra o tempo de formação e idade dos profissionais entrevistados, sendo assim um reflexo da longitudinalidade na comunidade. Diante disso, retrata-se a participação de 5 dos 7 entrevistados, os faltosos não conseguiram realizar o questionário há tempo e/ou perderam contato com o entrevistador. Alguns dados são informados nos gráficos abaixo:



Idade dos profissionais que compõem o CAPS I – Brasil Novo

Nota-se que no gráfico acima, a maioria dos trabalhadores que atuam no CAPS I Brasil Novo compreendem na faixa etária igual ou abaixo de 22 anos de idade correspondendo a 60% da amostra, sendo 20% de 23 a 25 anos e obedece a mesma percentagem com os funcionários acima de 26 anos.

Assim, pode-se afirmar que o setor público e, principalmente o CAPS, absorvem grande parte dos recém formados, e a permanência deles favorece à longitudinalidade e, conseqüentemente aproveita uma assistência que saiba lidar com os diferentes tipos de casos e, ao mesmo tempo aprendem as maneiras mais corretas de se trabalhar com um usuário portador de algum transtorno mental.

Após ter conhecimento do perfil sócio demográfico dos profissionais do CAPS I do município de Brasil Novo, perguntou-se o que seria saúde mental para cada um deles e, houve respostas do tipo:

“É o bem-estar espiritual com o corpo” (J.L.C.).

“É a pessoa que tem dificuldade em desenvolver suas atividades diárias” (J.S.S).

Existiram algumas respostas mais técnicas:

“Saúde Mental é uma qualidade de vida cognitiva, é apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre a saúde mental, social e espiritual” (T.Y.O.S.).

Percebe-se que alguns não sabem de forma convicta do que realmente é saúde mental, e acabam por registrar sua própria realidade diante de tal situação. Isso também revela um problema que é a falta de especializações na área pelos profissionais, mesmo trabalhando e aprendendo com o dia-a-dia de trabalho, podem aparecer limitações relacionadas à maneira de como lidar diante dos diferentes casos que surgem freqüentemente neste tipo de estabelecimento. Portanto, é extremamente importante especializações para poder doar um tratamento com mais qualidade e eficácia aos usuários.

Diante do questionamento sobre o cada um fazia para cuidar da própria saúde mental dentro do CAPS, foram descritas respostas que demonstrava quase que unanimamente a preocupação em manter um bom relacionamento com os colegas de trabalho e usuários e, com isso, aprender a refletir sobre a doença de cada um deles, favorecendo assim, uma melhor assistência. Outros retrataram respostas que à primeira impressão, revelam talvez falta de concentração no momento do questionário por estar fazendo outra atividade no momento. Eis algumas das opiniões:

“Procuro gostar do meu trabalho, dos meus colegas e refletir a doença de cada paciente” (T.Y.O.S).

“Procuro estar sempre tendo boas relações com o grupo de colegas de trabalho e com os pacientes, com isso vou estar cuidando da saúde da minha mente” (K.C.D.R).

“Me divirto muito” (J.L.C.).

Uma entrevistada se manifestou dizendo que apesar de todos os problemas pessoais, tinha que esquecê-los e tentar ser o mais profissional possível:

“Procuro ter uma vida saudável, descansar muito e apartir daí, conviver com os usuários e deixar a minha vida lá fora e o mais profissional possível” (E.S.L.B.)

De acordo com sua função, o que é feito para contribuir para saúde mental dos usuários? Essa foi a pergunta elaborada aos trabalhadores do CAPS para saber quais ações estavam desenvolvendo com o intuito de promover a saúde mental de maneira igualitária com um todo. A maioria descreveu o que fazia de acordo com a

função e, outros, focaram a total dedicação para com os usuários com o objetivo de alcançar a afinidades por parte dos mesmos. Abaixo estão descritas algumas:

“Procuro exercer a minha função com toda dedicação fazendo-os com que se sintam à vontade com minha pessoa, ou seja, para que tenham afinidade comigo” (E.S.L.B.).

“Eu faço a produção do CAPS, produzo a APAC para trazer verba e, com isso manter suas necessidades” (J.S.S.).

“Para contribuir para a saúde mental dos usuários, é feito uma assistência de enfermagem voltada para os sinais e sintomas de cada um deles, bem como palestras sobre as Doenças Mentais entre outras” (T.Y.O.S.).

A quarta pergunta dizia para que os funcionários comentassem que riscos (físicos e mentais), eles corriam dentro do CAPS. Existiram respostas diversas, porém com o mesmo sentido. Houve manifestações do tipo:

“Excesso de trabalho, um paciente surta e acaba me agredindo fisicamente” (J.S.S.).

“Os riscos físicos é, por exemplo, algum paciente em crise me agredir etc. Os riscos mentais é me deixar influenciar pelos problemas emocionais dos pacientes” (K.C.D.R.).

Deixa claro que, eles tinham uma preocupação maior com os riscos físicos, pelo fato de alguns usuários, freqüentemente, desenvolverem surtos.

Ao final da entrevista, foram executadas dois tipos de perguntas. A primeira foi feita para cada profissional, e queria o relato de como estava à saúde mental dele (a) atualmente. Esta por sua vez, é sempre bem interessante, pois, as pessoas demonstram bastante sinceridade e até se confundem como uma forma de desabafar diante dos problemas existentes sejam eles profissionais e/ou pessoais. Eis algumas delas:

“Apesar de todos os abalos e perdas e muito mais que tenho enfrentado, uma das causas, foi o falecimento do meu pai, apesar da tristeza que tanto me sufoca, procuro ocupar o meu tempo com coisas que me faz esquecer tudo que passei, pois, nossa vida é uma caixinha de surpresa. Por isso devemos nos preparar para o que vem adiante, estamos nesse mundo para sorrir e chorar, enfim, somos seres mortais” (E.S.L.B.).

Outros foram bem enfáticos e objetivos:

“Saudável” (J.S.S.).

A segunda pergunta foi relacionada exclusivamente ao profissional enfermeiro e, dizia o seguinte: Como Enfermeiro, que estratégias você deve elaborar para manter a boa saúde mental tanto com os funcionários do CAPS quanto aos usuários? O enfermeiro adaptou sua resposta às atividades que eram feitas no CAPS, acreditando que assim, estaria contribuindo para saúde mental de ambos os públicos como demonstrado abaixo:

“Para manter a boa saúde mental tanto dos funcionários do CAPS quanto dos usuários, é feito reflexões diárias, bem como relaxamentos, palestras educativas e reuniões mensais com o propósito de unir a equipe de saúde do CAPS” (T.Y.O.S.).

Deste modo, percebe-se que o CAPS bem como seus clientes/usuários, devem ser tratados de maneira igualitária respeitando as limitações de cada um. Cada usuário deve ter seu projeto terapêutico para que haja evolução no seu quadro e, com isso, possa alcançar seu objetivo maior que é a reintrodução à sociedade. Para isso, os profissionais responsáveis devem estar preparados para atuar sabendo respeitar as limitações dos usuários e, assim promover uma assistência capaz de suprir todas as potencialidades físicas, sociais, intelectuais e, principalmente, mentais.

Afinal, portadores de transtornos mentais podem viver normalmente como qualquer outro ser humano. Basta que se tenha um pouco mais de seriedade e respeito para que se possam desatar as correntes dos preconceitos e, assim, proporcionar uma vida mais digna e satisfatória almejando uma saúde mental mais saudável para todos, e não somente para os portadores de transtornos mentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, foi avaliado o papel do enfermeiro como cuidador para a manutenção da boa saúde mental dos profissionais que atuam no CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial do município de Brasil Novo – PA, uma vez que esta é uma área ainda pouco conhecida e estudada e, que aos poucos vem ganhando espaço pelo fato dos números crescentes de pessoas que vem desenvolvendo algum tipo de transtorno mental por diferentes fatores, pois, a mesma não escolhe classe e todas as pessoas estão sujeitas a adquirir. Por isso, tal assunto merece total importância e, principalmente de profissionais bem habilitados para que possa cuidar da saúde mental dos outros como de si próprio (a) de uma forma saudável.

Contudo explanou-se ainda o verdadeiro papel do profissional enfermeiro no que diz respeito à manutenção da saúde mental dos seus colegas de trabalho assim como os clientes portadores de transtornos mentais, demonstrando suas ações desempenhadas neste setor. Além disso, enfocou-se a assistência completa de enfermagem dando importância a atenção primária.

No decorrer desta pesquisa, notou-se que os entrevistados encontram dificuldades no que diz respeito ao que fazer diante de alguns casos que lhes são impostos, pois, relatam que possuem poucas alternativas além do estresse causado por alguns pacientes. Foram manifestadas também, certas incomodações por parte de conversas mal intencionadas que surgiam de outros setores da saúde. Alguns funcionários já desenvolveram estresse por se sentirem menosprezados por alguns profissionais que atuam no CAPS I de Brasil Novo como, por exemplo, a técnica de enfermagem que, freqüentemente, manifesta descontrole por tal motivo. Percebeu-se também que entre os planos de cuidados para o usuário de transtorno mental, é feito a triagem que é entrevista onde serão coletados os sintomas principais, a história como um todo, se faz uso de medicação, se é portador de alguma outra doença que não esteja relacionada à integridade mental etc., logo depois, o mesmo é encaminhado aos serviços com os profissionais especializados (Enfermeiro, Psicólogo e Assistente Social e, se necessário, Psiquiatra). Dando seqüência, é elaborado o projeto terapêutico que seleciona as atividades mais adequadas para aquele (a) paciente. No geral, o modelo atual de trabalho do CAPS I do município de Brasil Novo, encontra-se as terapias com orientações aos pacientes em que dizemos

que perfazem 50% do tratamento e os outros 50% diz respeito, ao cuidado com a medicação.

Então, pode-se considerar que é extremamente necessário que os profissionais saibam elaborar estratégias para que a manutenção da saúde mental tanto dos pacientes como as suas, seja preservada para que se possam desempenhar as devidas funções com qualidade. O enfermeiro é primordial nesse contexto, pois, sabe melhor do que ninguém a arte do cuidado e deve estar preparado para atuar com calma, sinceridade e a fim de proporcionar o carinho necessário para o bom andamento do serviço sempre de maneira pró-ativa. Assim, estará contribuindo para um mundo um pouco melhor e mais cordial. A aquisição de conhecimento é importante para que tais objetivos sejam alcançados, pois, na maioria das vezes, os profissionais se acomodam e deixam de se aperfeiçoar e, com isso, retransmitem a assistência que deveria ser prestada sempre com novidades.

Por isso, é importante a conscientização destes profissionais e também da instituição responsável em oferecer treinamentos a fim de obter um nível de conhecimento maior por parte dos profissionais, para assim desenvolver uma melhor assistência juntamente com a equipe que compõe o CAPS I e demais serviços. Afinal, o foco primordial deve ser sempre o cuidado ao paciente, e não se pode deixar que os problemas pessoais e/ou profissionais atrapalhem neste processo. É necessário aprender a cuidar da saúde mental própria para poder cuidar da saúde mental das outras pessoas.

REFERÊNCIAS

BATIZ, Eduardo Concepción. 2003. *Fisiologia do trabalho*. Disponível em: <http://www.higieneocupacional.com.br/download/fisiologia-trabalho-eduardo_c_batiz.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2011.

BRASIL, Diretoria de Atenção Básica. **Superintendência de Atenção Integral à Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ndc62nTD1LcJ:www.saude.ba.gov.br/dab/nasf.asp+minist%C3%A9rio+da+sa%C3%BAde%2Bnasf&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&lr=lang_pt>. Acesso em: 02 ago 2010.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. ed. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/legislacao_1990_2004.pdf>. Acesso em: 13 de Ago. de 2010.

_____, _____. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*.

Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2011.

_____, _____. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134>. Acesso em: 26 Jul. 2011.

_____, _____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>>. Acesso em: 14 jun 2010.

_____, _____. **Saúde da Família**. Brasília, 2002. Disponível em:

<<http://74.125.113.132/search?q=cache:cafHqq7-gh0J:dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php+Estrat%C3%A9gia+de+Sa%C3%BAde+da+Fam%C3%ADlia%2BMinist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 09 nov. 2009.

BUSS, Paulo Marchiori. *Promoção da saúde e Qualidade de Vida. Ciênc. saúde coletiva* vol.5 no.1. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://74.125.155.132/scholar?q=cache:RR_xWs_f5wwJ:scholar.google.com/+Defin e:+Promo%C3%A7%C3%A3o+da+Sa%C3%BAde&hl=pt-BR&lr=lang_pt>. Acesso em: 29 out. 2009.

CPNSP, 2011. *Equipamento de Proteção Individual – EPI. Comissão tripartite permanente de negociação do setor elétrico no Estado de SP*. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/dominios/ctn/anexos/cdNr10/Manuais/M%C3%B3dulo02/5_8%20-%20EQUIPAMENTOS%20DE%20PROTE%C3%87%C3%83O%20INDIVIDUAL.pdf>. Acesso em: 02 Ago. 2011.

DEPPE, Hans Ulrich. *Novas técnicas, medicina do trabalho e saúde. Cadernos de saúde pública*. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Dg4xpqxSkyQJ:www.scielo.br/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS0102-311X1990000400005+FISIOLOGIA+E+ERGONOMIA/TOXICOLOGIA+E+DOEN%C3%87AS+OCUPACIONAIS+E+SUA+APLICABILIDADE+NA+PRATICA&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&source=www.google.com.br>. Acesso em: 10 ago. 2011.

DYMONTE. *História da Segurança do Trabalho*. Disponível em: <<http://www.temseguranca.com/2009/03/historia-da-seguranca-do-trabalho.html#>>. Acesso em: 23 Jul. 2011.

ESPÍRITO SANTO. **Coleção uma nova saúde:** diretrizes clínicas, saúde mental. n. 8. Vitória: Secretaria de estado da saúde do Espírito Santo, 2008.

FERNANDES, Ana Luiza Magnanelli et al. Integralidade na Saúde Mental: Estratégias e mecanismos de integração dos diferentes níveis de atenção. In: SAITO, Raquel Xavier de Souza. **Integralidade da Atenção: Organização do trabalho no Programa de Saúde da Família na perspectiva Sujeito-Sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008. 160 p.

GAUER, Gabriel José Chittó. *Breve Histórico: Saúde Mental e Bioética*. Disponível em: <<http://www.sorbi.org.br/revista5/breve-historico.pdf>>. Acesso em: 26 Jul. 2011.

GOMIDE, Angélica Barbosa Lopes. *Universidade estadual paulista “júlio de mesquita filho”. Faculdade de arquitetura, artes e comunicação. Programa de pós-graduação em design. Análise da carga física de trabalho para prevenção da fadiga-um*

estudo de casooperador de checkouts. Disponível em:

<<http://www.faac.unesp.br/posgraduacao/design/dissertacoes/pdf/AngelicaGomide.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2011.

GONÇALVES, Marcos Fernandes. *Equipamentos de proteção individual e coletiva.* **Juzlaboral.net – Direito individual e coletivo do trabalho, processo e temas especiais trabalhistas. 2008.** Disponível em:

<<http://www.juslaboral.net/2008/03/utilizacao-de-equipamento-de-proteo.html>>. Acesso em: 03 Ago. 2011.

MAGALHAES, Evilazio Júnior. *Acidente de trabalho: a importancia da higiene e segurança do trabalho, na prevenção de acidentes. 2006.* **Revista científica eletônica de ciências contábeis.** Disponível em:

<<http://www.revista.inf.br/contabeis07/pages/artigos/cc-edic07-anoIV-art01.pdf>>. acesso em: 25 Jul. 2011.

MENDES, Isabel A. C. *Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma Ata e movimentos posteriores.* **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.12 no.3 Ribeirão Preto May/June 2004. Disponível em:

<<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:gWz7dUsAcyYJ:scholar.google.com/+Declara%C3%A7%C3%A3o+de+Alma+Ata&hl=pt-BR>>. Acesso em: 30 out. 2009.

ROCHA, Ruth Mylius.O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto contexto - enferm. vol.14 no.3 Florianópolis July/Sept. 2005.** Disponível em:

<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:x0RYzWwsnc8J:scholar.google.com/+o+enfermeiro+do+trabalho+no+CAPS&hl=pt-BR&lr=lang_pt&as_sdt=0,5>. Acesso em: 25 Jul. 2011.

ROZENDO, Célia Alves et al. *Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde.* **Rev. Latino-Am. Enfermagem v.7 n.2 Ribeirão Preto abr. 1999.** Disponível

em:<http://74.125.155.132/scholar?q=cache:1d6HDbThD04J:scholar.google.com/+did%C3%A1tica+do+ensino+superior+em+enfermagem+do+trabalho&hl=pt-BR&lr=lang_pt&as_sdt=0,5&as_vis=1>. Acesso em: 08 jun. 2011.

SILVA, Rosane Neves da. 2007. *Disciplina de ética profissional.* **Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Psicologia.** Disponível em: <http://www6.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/psico-pol-publicas-texto.html>. Acesso em: 15 ago. 2011.

SILVA, Daiane Miranda da. et al. *Enfermeiro do Trabalho: estudo de sua origem e*

atuação na saúde do trabalhador. Disponível em:

<http://www.cpgls.ucg.br/ArquivosUpload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Enfermeiro%20do%20Trabalho%20_%20Estudo%20de%20Sua%20Origem%20e%20Atuao%20na%20Sade%20do%20Trabalhador..pdf>. Acesso em: 27 Jul. 2011

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

COHEN, Simone Cynamon et al. *Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente*. vol. 9, n. 3, p. 807-813. **Ciênc. saúde coletiva** , 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a26v09n3.pdf>>. Acesso em: 01 de Out de 2010.

NUNES, Luiz Antonio et al. **SUS: o quê você precisa saber sobre o sistema único de saúde**. São Paulo: Atheneu, 2006. 247p.

NATALINI G. SUS: O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde. In: OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de. ALESSI, Neiry Primo. *O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.11 n.3 Ribeirão Preto maio/jun, 2003. Disponível em: <http://74.125.155.132/scholar?q=cache:bqTlquJA3soJ:scholar.google.com/+Hist%C3%B3ria+da+Sa%C3%BAde+mental&hl=pt-BR&as_sdt=2000>. Acesso em: 29 nov. 2009.

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO

Estou ciente de que **Climerson Bergamim Monteiro Félix**, enfermeiro pós-graduando em Enfermagem do Trabalho nas Faculdades Integradas de Jacarepaguá – FIJ, está desenvolvendo um TCC – Trabalho de Conclusão de Curso, com o tema: **Ações de Saúde Mental: O Enfermeiro como cuidador para a manutenção da boa saúde mental dos profissionais que atuam no CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial do município de Brasil Novo – PA** sob orientação do (a) professor (a) **Marcos Eduardo Pereira de Lima**, do qual estarei participando fornecendo informações através de entrevistas, realizadas no horário que melhor lhe convier, de forma a não atrapalhar o transcorrer de suas atividades. Os dados obtidos serão utilizados e divulgados com garantia de anonimato. Caso desista de sua participação, isto será respeitado a qualquer momento. Autorizo a utilizar os dados fornecidos em sua monografia e em quaisquer publicações futuras. Após ter tomado conhecimento do conteúdo deste termo, aceito participar de pesquisa proposta voluntariamente.

Atenciosamente,

Assinatura do Cliente

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Brasil Novo - PA, ____ de _____ de _____

3 – De acordo com sua função, o que é feito para contribuir para saúde mental dos usuários?

4 – Quais os riscos (físicos e mentais) que afeta sua segurança dentro do sistema?

5 – Como Enfermeiro, que estratégias você deve elaborar para manter a boa saúde mental tanto com os funcionários do CAPS quanto aos usuários?

5 – Como está a sua saúde mental atualmente?
