



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Beatriz Soares Pires

ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO À CLÍNICA
TERRITORIAL

*NURSING IN MENTAL HEALTH: FROM THE PSYCHIATRIC HOSPITAL TO THE
TERRITORIAL CLINIC*

CAMPINAS

2019

BEATRIZ SOARES PIRES

ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO À CLÍNICA
TERRITORIAL

*NURSING IN MENTAL HEALTH: FROM THE PSYCHIATRIC HOSPITAL TO THE
TERRITORIAL CLINIC*

Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional apresentado à
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de
Especialista em Saúde Mental

*Final project of the program of Multiprofessional Residency, presented
to the Faculty of Medical Sciences of the University of Campinas, as a
partial requirement to qualify for the title of specialist in mental health*

ORIENTADOR: Prof. Dr. Bruno F. Emerich

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DO TRABALHO FINAL DE RESIDÊNCIA APRESENTADO PELA
ALUNA BEATRIZ SOARES PIRES E ORIENTADO PELO
PROF. DR. BRUNO F. EMERICH

CAMPINAS

2019

RESUMO

Este trabalho versa sobre a assistência de Enfermagem nas ações de Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde, e para tanto, faz um histórico resgatando as origens da atuação da Enfermagem no campo da Saúde Mental desde as instituições asilares até a clínica territorial, princípio da Atenção Primária à Saúde. O trabalho traz como temática transversal a inserção das práticas de Saúde Mental neste campo como política de formação de Rede. Objetiva refletir sobre a prática de enfermagem na composição da Rede de Atenção Psicossocial, em um Centro de Saúde por meio da articulação teórico-prática a partir do Relato de Experiência de uma Residente do Programa multiprofissional em Saúde Mental. Destaca neste cenário ações de grande relevância cuja enfermeira e sua equipe estão inseridas: Acolhimento; elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares e Consultas de Enfermagem em Saúde Mental. Evidenciou-se que o modelo de acolhimento atual, embora se configure como um espaço potente, se encontra ainda restrito à atuação uniprofissional da equipe de enfermagem, e com falhas em sua proposição, fazendo-se necessária uma revisão deste dispositivo no interior dos serviços para melhor adequá-lo aos usuários e aumentar a resolubilidade da APS bem como a garantia de acesso ao Sistema de Saúde Brasileiro. Avalia-se ainda que a história da Enfermagem marcada no paradigma biomédico traz para a assistência desta equipe limites alicerçados na prática individualista. Entretanto, no processo de mudanças no paradigma de cuidado, oriundas da Reforma Psiquiátrica, a participação específica do enfermeiro na composição da equipe multiprofissional tem se constituído como uma influência transformadora na prática da clínica ampliada e compartilhada, dentre as quais, destaca-se a construção do Projeto Terapêutico Singular. O trabalho evidenciou ainda que há potência a ser explorada na metodologia das consultas de Enfermagem em Saúde Mental, uma ferramenta ainda pouco utilizada pelas enfermeiras. O estudo traz experiências exitosas da Residente na RAPS em um contexto da APS e aponta neste contexto a relevância da pós-graduação e ações de Educação Permanente como catalisadoras do processo. O trabalho recomenda – em um eixo de formação profissional – mudanças no currículo de graduação, bem como aumento das ofertas de pós-graduação de enfermagem em Saúde Mental. E no eixo assistencial, que a equipe de enfermagem, advertida de sua história, esteja atenta ao reconhecimento das subjetividades de sujeitos e coletivos e trabalhe na perspectiva da garantia de acesso aos usuários, desburocratização de processos, e também aposte em uma reinvenção cotidiana da prática, que rompa com o modelo asilar totalitário e cultive ações que fortaleçam vínculo e responsabilização como estratégia de cuidado compartilhado em Saúde Mental no território.

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Primária à Saúde. Cuidados de Enfermagem. Acolhimento.

ABSTRACT

This study discusses nursing assistance in actions regarding mental health care in primary care units. In order to do so, we retrieved in the literature the origins of nursing within the field of mental health: from resting homes to local clinics, which is a principle of Primary Healthcare (PH). This study brings as a theme the incorporation of mental health practices in this setting as networking formation politics. It aims to give thorough thoughts on the practice of nursing as part of the psychosocial care network, in a basic care unit through the application of theory and practice reported by a resident of a multiprofessional program in mental health. It highlights in this scenario actions in which the nurse and the team are part of: welcoming; individual therapeutic plans and nursing rounds in mental health. We put into evidence that the model currently used despite potent, still is limited to singular professional performance in the nursing team, with flaws in its proposal. It is then necessary to make changes in the services provided in these settings that better suit the users and increase effectiveness in the PH, as well as the assurance of access to the Brazilian healthcare system. We analyze yet that the history of Nursing stigmatized in the biomedical paradigm brings to the assistance of the health team limitations solely founded by individualistic practice. Nonetheless, in the changing process in this paradigm, originated from the psychiatric remodeling, the particular role played by the nurse in the multiprofessional team has been instated as a transforming influence in the amplified and shared clinical practice. Such influence presents itself as the development of Individual Therapeutic Plans. This study highlighted the potential et to be explored in the methodology of nursing rounds in mental health, a tool still underused by nurses. This study brings successful experiences of the resident in the psychosocial care unit in the context of primary care, and points out the relevance of graduate school and actions of permanent education as accelerators of this process. This work recommends – regarding professional formation – changes in the undergrad coursework, as well as the increase of graduate studies scholarships for nurses in mental health. Regarding the assistance field, may the nurses be aware of the subjectivities of individuals and groups, and work towards the perspective of access assurance to users, decreased bureaucracy, and also believe in the reinvention of a daily practice, breaking the pure rest home model, and keep practices that can strengthen the bond and responsibility as a care strategy in mental health in the territory.

Key-words: Mental Health. Primary Health Care. Nursing Care. User Embrace.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos usuários dos Serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial do município de Campinas e aos trabalhadores comprometidos com políticas de Saúde Pública, gratuita e de qualidade.

(Há) braços companheiros!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. CONTEXTUALIZAÇÃO E DISCUSÃO.....	10
2.1 Trajetória da Enfermagem na Saúde Mental.....	10
2.2 Transtorno Mental na Atenção Primária à Saúde: Epidemiologia e manejos clínicos.....	12
2.3 Apostas e co-construções como enfermeira na abordagem psicossocial na dinâmica da Atenção Primária à Saúde.....	13
2.3.1 Enfermagem e Acolhimento: Repensando ampliação de acesso e organização dos serviços.....	14
2.3.2 Participação da Enfermagem na composição do Projeto Terapêutico Singular (PTS): O trabalho multiprofissional que produz intervenções em Saúde Mental na APS.....	16
2.3.3 Consulta de Enfermagem em Saúde Mental.....	20
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
4. REFERÊNCIAS.....	27

1. INTRODUÇÃO

As mudanças históricas nas concepções de Saúde-Doença-Cuidado em Saúde Mental convocam os profissionais deste campo a uma reinvenção de seus processos de trabalho para conseqüente adequação ao modelo assistencial adotado em cada período. Vimos que no Brasil até meados da década de 70 a proposta de tratamento em Saúde Mental adotava um modelo estritamente baseado na institucionalização dos sujeitos em espaços isolados do convívio social e tendo negadas suas identidades:

“Eram um não ser. Pela narrativa eles retornam, como Maria de Jesus, internada porque se sentia triste, Antônio da Silva, porque era epilético. Ou ainda Antônio Gomes da Silva, sem diagnóstico, que ficou vinte e um dos trinta e quatro anos de internação mudo porque ninguém se lembrou de perguntar se ele falava”.

(Brum, 2013, p.13)

A medida em que se modificam as compreensões de sujeito e de seu sofrimento psíquico, questiona-se o modelo asilar e suas “tecnologias” de cuidado, confrontando-as às reais necessidades dos usuários enclausurados nos serviços psiquiátricos. Neste cenário, à luz do raciocínio ético, clínico e político considera-se um novo elemento como relevante na composição do sujeito e seu sofrimento: o meio de convívio social em que está inserido. Tal compreensão diminui o individualismo no processo de adoecimento e amplia, por consequência, as formas de intervenção para promoção e recuperação do bem-estar biopsicossocial de sujeitos e coletivos, que passam a ser enxergados para além de suas doenças e limitações, heranças do paradigma biomédico.

Desde então, propostas de Reforma e substituição do modelo de atenção vêm surgindo como apostas de cuidado integral, estando algumas destas em fase de implementação, como é o caso da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (1) no Sistema Único de Saúde (SUS) que propõe a estruturação de uma malha coesa de serviços que atendam pessoas em diferentes graus de sofrimento mental, em diversos pontos de articulação sendo esses interconectados. A

espinha dorsal desta estrutura é a oferta de cuidado no território baseado no convívio social e na sustentação das diferenças.

É importante salientar que esta oferta em Saúde Mental tem como proposta a redemocratização do cuidado que, por meio da criação de vínculo, convida o sujeito à participação ativa e co-responsabilização das ações que serão construídas (em parceria com ele) na elaboração de seus projetos de vida, considerando as implicações subjetivas e concretas que o viver encerra.

Para tanto, deve-se estruturar as ofertas dos serviços e profissionais de saúde conforme as demandas e necessidades de cuidado trazidas pelos usuários, familiares e comunidade de modo a garantir o acesso da população e a alta resolubilidade dos casos, sem perder de vista as ações de promoção à Saúde Mental.

Dentre os serviços da Rede sobressaem-se os Centros de Saúde (Atenção Primária à Saúde) dada sua proposta de cuidado longitudinal na clínica da Saúde Coletiva e estratégia de Saúde da família, adotada no Brasil. Destaca-se sua estratégica localização territorial que favorece a proximidade com os usuários, bem como a intersecção com outros serviços e divisões setoriais na composição da Rede e oferta de assistência (2) .

Neste contexto em que abordamos a construção das ofertas de cuidado em Saúde Mental salienta-se o trabalho da equipe de enfermagem e seu enredo histórico: ainda que detentora das chaves, a equipe, trancafiada nas instituições totalitárias, mantinha-se cerrada à uma prática clínica biologicista de assistência ao corpo do doente mental, limitando-se a questões burocráticas e cuidados básicos de vida diária. Atuava como intermediário entre o médico e o paciente e tinha por objeto de trabalho o controle do que o primeiro prescrevia para o segundo (3).

Em detrimento das intervenções invasivas e mutiladoras promovidas durante décadas nas instituições psiquiátricas, pretende-se instalar um novo modelo que movimente os corpos, derrube os muros e nos encaminhe a uma versão, menos individualizada, da compreensão de sujeito, doença e cuidado.

É evidente que o movimento da Reforma Psiquiátrica convoca a equipe de enfermagem a um deslocamento frente à mudança no paradigma do cuidado, questionando os muros que orientam sua prática, convidando-a a um fazer em

enfermagem que vai ao encontro do outro em seu território existencial (geográfico e simbólico) e é sensível às subjetividades dos sujeitos e coletivos.

Considerando os Centros de Saúde como um ponto estratégico da RAPS para acesso e cuidado longitudinal dos usuários e, a equipe de enfermagem como historicamente presente em tal processo de cuidado (2), pergunta-se: Quais são as potências clínicas da equipe de enfermagem na abordagem do sujeito em sofrimento mental em um Centro de Saúde?

Este trabalho tem por objetivo refletir sobre a prática de enfermagem na composição da Rede de Atenção Psicossocial em um Centro de Saúde a partir das experiências de formação de uma enfermeira na Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

O método utilizado para construção deste trabalho é a articulação teórico-prática a partir do relato de experiência.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO E DISCUSSÃO

2.1 Trajetória da Enfermagem na Saúde Mental:

Registros de 1873 datam que Linda Richards, enfermeira graduada em Boston, teria ensaiado discursos sobre o tratamento dos enfermeiros na abordagem da Saúde Mental que pedia para que o indivíduo mentalmente doente fosse pelo menos tratado tão bem quanto o fisicamente doente (4) denunciando a diferença e hierarquia entre os tipos de adoecimento (físico e mental).

Em 1882 acontece o primeiro treinamento para enfermeiros no tratamento de doentes mentais, a assistência era baseada em custódia, higiene, nutrição e atividade. Com o passar dos anos e com as terapias somáticas de abordagem aos transtornos psiquiátricos a enfermagem aumenta sua função desenvolvendo habilidades da área médico-cirúrgica na administração de insulina para terapias de convulsões induzidas por hipoglicemia, no preparo e acompanhamento do paciente em cirurgias lobotomizantes e terapias de eletrochoque (4).

O primeiro manual de enfermagem psiquiátrica é de 1920, mas só em 1950 a Liga Nacional de Enfermagem Norte Americana exige a inclusão de experiência em psiquiatria nos cursos credenciados (4).

Dentre as teóricas destaca-se Hildegard Peplau que descreve as etapas da relação terapêutica entre enfermeira e paciente (4,5).

No Brasil, a primeira Escola Profissional de Enfermeiros foi criada em 1890, no Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, sendo assim registra-se no início da sistematização da profissão essa marca, a assistência psiquiátrica intramuros. A proximidade com o Hospital tornava-o como campo de formação prática e os instrumentos ensinados às alunas eram o controle e disciplina do doente mental (4). Fica evidente que o papel do enfermeiro neste modelo é dedicar-se à vigilância dos sujeitos e manter a ordem no espaço asilar com recursos terapêuticos pobres e equipe despreparada (5).

No final da década de 1960, no Brasil, surgem enfermeiras docentes das áreas de Psiquiatria e Saúde Mental com propostas de se criar uma perspectiva teórica que ampliasse a visão biomédica, propunham uma enfermagem

humanizada baseada na interação enfermeiro-paciente, fundamentavam-se em Hildegard Peplau, Sigmund Freud, Carl Rogers e Joyce Travelbee (5). Essas propostas provocam modificações na prática dos enfermeiros que, e em alguns serviços, começam a participar das atividades terapêuticas compreendendo os motivos de sua realização, bem como percebem informações relevantes acerca do comportamento dos pacientes, registrando de maneira objetiva, verbal e por escrito contribuições sobre o estado de saúde em que se encontravam (5).

No estado de São Paulo até meados da década de 90, a enfermagem desempenhou funções de assistência em Saúde Mental majoritariamente em instituições hospitalares, até que neste período foi inserida nas equipes dos Ambulatórios da Coordenadoria do Estado, e então conjuga-se aos consagrados conhecimentos de Saúde Pública também a assistência psiquiátrica (6).

A partir desse momento, a equipe de enfermagem pode desempenhar ações neste campo conforme a capacitação de cada profissional, associada ou não a um técnico especializado. Tinha como atribuição o treinamento da equipe e ações integradas nos programas de acompanhamento da saúde da criança; gestantes; vigilância epidemiológica (hanseníase e tuberculose); Saúde do adulto bem como outros grupos da comunidade (6). É possível perceber na descrição das atividades que na transição há uma adaptação que transfere parte do modelo de assistência de enfermagem psiquiátrica desenvolvida no âmbito hospitalar para as ações de Saúde Mental no território. Todavia, a clínica de Saúde Mental na Atenção Primária não deve ser adaptacionista nem ortopédica, ao contrário, deve respeitar o movimento que se transforma na cultura, na vida e no convívio fora de espaços convencionais e evidentemente com outras formas de abordagem terapêutica, uma clínica pluridimensional não colonializadora (7).

Atualmente vem se discutindo a necessidade de um reposicionamento dos profissionais de saúde frente à mudança do paradigma de cuidado de Saúde Mental, sendo a enfermeira e sua equipe convidadas à revisão de seus referenciais teóricos com vistas a recriar processos de trabalho que considerem radicalmente aspectos da subjetividade e coletividade dos sujeitos (8,9).

Entretanto, esses processos estão acontecendo de maneira lenta e gradual. Em alguns serviços da Rede de Atenção Psicossocial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enfermeiros alegam não ter bem esclarecida sua função por serem tais serviços recentes e se encontrarem em processo de

construção. Ainda neste ponto evidencia-se a necessidade de repensar a atuação do enfermeiro não de maneira isolada, mas na composição da equipe multiprofissional (9). Outro ponto relevante neste quesito dá-se pelo aumento significativo das pesquisas na psiquiatria biológica, tornando predominante a compreensão da etiologia orgânica aos transtornos mentais (5). Fica evidente quando pensamos na variação de drogas que são ofertadas para o tratamento psiquiátrico.

Entre a assistência de enfermagem pautada no modelo biomédico e a sistematização da assistência como forma de organização e taxonomia da prática encontram-se também as estratégias de escuta e consultas de enfermagem como ferramentas de atuação na clínica em Saúde Mental (9,10,11,5).

É notório, observando alguns cenários da prática e também em boa parte das produções científicas que a equipe de enfermagem brasileira ainda conserva em sua assistência o modelo tradicional e, para provocar o rompimento desse cuidado hospitalocêntrico e baseado na atenção curativista, se faz necessário a formação de sujeitos sociais críticos e reflexivos que operem na lógica da Reforma Psiquiátrica em qualquer ponto da RAPS (8).

2.2 Transtorno Mental na Atenção Primária à Saúde: Epidemiologia e manejos clínicos

“A inclusão da saúde mental na atenção básica é uma estratégia para adoção de novas práticas de atenção e de cuidado em saúde mental, capaz de orientar a construção de outros modos de cuidar da loucura no território. Esta articulação configura-se como novas formas de cuidado em saúde mental, pautadas na solidariedade, na autonomia e cidadania dos usuários[...], e pode ser uma poderosa alavanca para a efetivação do cuidado na rede territorial da saúde da família e da saúde mental na concretização de uma antiga utopia: termos um dia um sistema de saúde universal, inclusivo e interdisciplinar” (Pitta, 2015).

No Brasil, a prevalência de Transtornos Mentais Comuns na população geral tem variações dependentes de fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais (12), estando em aproximadamente 20% (13) na

população geral, mas podendo ultrapassar 50% para algumas populações específicas (14).

A inclusão da Saúde Mental na Atenção Primária tem sua dimensão clínica manifesta do cuidado direto ao usuário e também sua dimensão política, como sustentação da Reforma Psiquiátrica. Um dos maiores desafios da Reforma Psiquiátrica e seus desdobramentos, além de tratar o sujeito de maneira integral e construir o fim dos manicômios, é também preparar a sociedade para conviver com a loucura (7).

A Atenção Primária tem estruturado como ações de Saúde Mental a visita domiciliar ao sujeito com sofrimento mental e sua família; a construção do vínculo; grupos terapêuticos e operativos; oficinas e articulação com serviços especializados (15,16). Contudo, tais ações não são prevalentes em toda extensão territorial brasileira, sendo ainda muito comuns as práticas centralizadas no tratamento psicofarmacológico e na manutenção do estigma da doença mental em detrimento das estratégias de inclusão e convivência em sociedade (16).

2.3 Apostas e co-construções como enfermeira na abordagem psicossocial na dinâmica da Atenção Primária à Saúde

“Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica é uma especialidade centrada no cuidado à saúde mental da pessoa e da família, em todos os níveis de assistência – promoção, manutenção e recuperação, bem como na prevenção secundária e no preparo para a reintegração ou reabilitação social da pessoa, com respeito aos seus direitos e deveres de cidadão”
(Stefanelli; Arantes; Fukuda, 2011, p.31) (17)

Durante este segundo ano da Residência pude experimentar um lugar distinto como enfermeira na Atenção Primária à Saúde, utilizando a lente da abordagem psicossocial na composição da equipe e no desenvolvimento de ações de cuidado para sujeitos e comunidade.

Estive no Centro de Saúde Atílio Vicentin em Barão Geraldo, uma unidade composta por quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família, com aproximadamente 44 mil habitantes em seu território, sendo este de considerável

diversidade. Pode-se dizer que, muito embora estando em um distrito que concentra renda per capita e nível de escolaridade maior que a maioria dos bairros da cidade, paradoxalmente existem pontos de alta vulnerabilidade social, com ocupações de espaço em situações irregulares (estrutural e legalmente), dominados pelo tráfico e usuários com dificuldade no acesso à unidade (causas geográficas, financeiras e burocráticas), além das áreas rurais que também são um desafio.

Foi possível notar que há intersecção entre as recomendações teóricas da assistência de enfermagem em saúde mental e os trabalhos que de fato puderam ser desenvolvidos neste período.

Reúno neste trecho as atividades que se destacaram em tais ações para serem observadas com maior dedicação, pois considero terem sido consideravelmente relevantes no meu processo formativo:

2.3.1. Enfermagem e Acolhimento: Repensando ampliação de acesso e organização dos serviços

É comum que se caracterize o Centro de Saúde como a “porta aberta do SUS” e que, para dentro dos serviços, esta porta seja nomeada por “acolhimento”, pois, via de regra, este é o espaço responsável por atender às demandas trazidas diretamente pelos usuários ao Sistema de Saúde.

Desde 2001 a cidade de Campinas conta com o modelo Paideia de assistência à saúde na APS, proposta que estrutura-se com objetivo de reformular a prática médico-hegemônica e hospitalocêntrica fortemente instituída na história da Saúde Pública no país (18). Para fortalecimento da clínica humanizada o Paideia propõe o acolhimento como forma de vínculo e responsabilização, bem como ampliação do acesso aos usuários ao Sistema de Saúde (18). Entretanto, na aplicação prática desta proposta, observa-se ao longo da história algumas controvérsias acerca do modelo proposto e a experiências concretas nas unidades de saúde (19).

Outro ponto relevante neste assunto, e também motivo pelo qual ele é descrito neste trabalho, é o fato de no Centro de Saúde a oferta de Acolhimento é uma atribuição da equipe de enfermagem, sobretudo técnicos e auxiliares, que se dispõem à escuta inicial e direcionam o usuário para possibilidades de

seguimento de cuidado (muitas vezes sem reconhecer que este primeiro momento já é potencialmente uma intervenção em saúde).

O acolhimento deve ser compreendido como um dispositivo que se propõe à formação de vínculo entre usuários e profissionais bem como oferta prática de cuidado que pode contribuir para o aumento da resolubilidade da APS (2,20,21). É digno de nota salientar que as práticas de Saúde Mental em uma unidade de Saúde não deverão ser restritas a funcionários especializados, mas difundidas por toda equipe e unificadas pela ampla apropriação e compreensão do território e suas relações (20).

Na vivência prática me soou expressivo e legítimo o incômodo da equipe de técnicos de enfermagem para com a sobrecarga gerada pelos acolhimentos diários. A principal questão apontada é o volume de demandas, por vezes alcançando o número de 30 pessoas por período, (segundo relatos da equipe) para uma profissional, de sua respectiva equipe de referência, atender em escuta inicial. Com cálculos simples notam-se resultados interessantes sobre o produto desta oferta: compreende-se que período funcional de acolhimento na unidade em questão é de três horas, um total de 180 minutos, que divididos pelo número de usuários atendidos (considerando uma média de 30 pessoas) obtém-se o resultado: 6 minutos por atendimento.

Diante desses dados é descabido não considerar que há um comprometimento da qualidade da escuta, o que juntamente com outros fatores, gera cansaço e esgotamento dos profissionais, sobretudo para as questões de Saúde Mental que frequentemente surgem nos Acolhimentos, fazendo com que os mesmos, por diversas vezes, recorram às Residentes multiprofissionais ou psicólogas da unidade, solicitando auxílio para dar devida atenção à “escutatória” ou “escutamento” (nas palavras de alguns profissionais) na condução do caso.

Há de se deixar bem elucidado, que o ponto aqui não é discutir numericamente a funcionalidade do Acolhimento, reconhecendo-se a profunda necessidade de se pensar qualitativamente neste processo, neste sentido, intervenções para as inseguranças que esta escuta traz ao profissional, (desmitificando os produtos do imaginário sobre o sofrimento mental) e também a estruturação de processos formativos de variadas concepções pedagógicas podem ser formas coadjuvantes de qualificação do espaço.

Contudo, esta não é uma preocupação inédita. Na literatura há registros de tentativas de reformulação deste quadro, como a separação do acolhimento de Saúde Mental em dia e horário diferenciado dos demais acolhimentos, o que criou uma marca ratificando uma suposta cisão entre as necessidades corporais e mentais dos indivíduos, o que depõe contra o princípio da integralidade do cuidado. Em detrimento desta proposta, opta-se por capacitar a equipe para o acolhimento por meio de Apoio Matricial e discussões de casos em grupos, que impulsiona a corresponsabilização e desdobra-se em ações mais efetivas para os usuários (20).

Outro ponto de considerável relevância é a utilização do Acolhimento como ferramenta analisadora e de reorganização do serviço, uma vez que, embora exija uma expertise técnica do profissional para análise e classificação de riscos, também fornece dados que caracterizam a unidade, como perfil de demandas e horários de maior procura por atendimentos, podendo ter tais dados utilizados no planejamento e revisão do processo de trabalho (21).

Ao longo do ano a equipe problematizou superficialmente, por algumas vezes, o fato dos agendamentos de consultas médicas (concentrados em datas específicas), estarem misturados com as necessidades de atendimento de ordem espontânea – para o desespero das profissionais do acolhimento – mas é necessário que se aprofundem essas questões e, que se façam à luz das expectativas e à sombra das possibilidades, dadas as condições de trabalho com o subfinanciamento da Saúde Pública.

2.3.2. Participação da Enfermagem na composição do Projeto Terapêutico Singular (PTS): O trabalho multiprofissional que produz intervenções em Saúde Mental na APS

A utilização da ferramenta PTS é uma recomendação do Ministério da Saúde que vem sendo desenvolvida no SUS desde os anos 90 e é fortemente recomendada para atenção à Saúde Mental, sobretudo dos casos mais graves (22). Recentemente foi publicada uma Norma Técnica em que o Conselho Federal de Enfermagem atribui como função do Enfermeiro que atua em saúde mental, a construção do PTS (23).

Compreende um conjunto de propostas terapêuticas, cujas ações são elaboradas e executadas em equipe interdisciplinar, com participação ativa de usuário e familiares/comunidade em todas as etapas. O PTS pressupõe a ampliação da clínica para além das visões orgânicas e reducionistas da existência e sofrimento humano (24) e apresenta um caráter dinâmico, uma vez que, bem como outros elementos, a própria relação entre o terapeuta e o usuário estão em constantes modificações (2).

Um recente estudo brasileiro relaciona o PTS com o Processo de Enfermagem (PE) com vistas a demarcar intersecções entre essas duas ferramentas de trabalho. A hipótese se dá pela forma de trabalho para construção de ambas ferramentas em que, de maneira dialogada, se estruturam os saberes associados ao diálogo e à escuta para determinação das ações. No caso do PE as intervenções são restritas à equipe de Enfermagem enquanto no PTS há um compartilhamento e descentralização das ações na lógica da atenção multiprofissional, possibilitando uma maior integração entre profissionais e usuários. Esse compartilhamento está em fase de construção e a Residência Multiprofissional contribui significativamente para que PE e PTS se entrelacem. O estudo aponta ainda que existe a necessidade de tornar o PE mais contemporâneo, de maneira a atender às expectativas do trabalho em equipe bem como as necessidades dos usuários e essas modificações devem ser agregadas as bases de formação do Enfermeiro (22).

É comum que na formação do enfermeiro generalista haja um grande investimento em processos restritos ao exercício da profissão, apenas tangenciando temas que cruzem fronteiras com outras áreas, neste sentido, a pós-graduação em uma perspectiva multiprofissional, como é o caso da Residência, se mostra como potente espaço formativo que amplia os saberes e transforma os modos de trabalho dos profissionais de saúde.

Durante a prática pude compor o Núcleo de Educação Permanente (EP) em Saúde (NEPS/Distrito de Saúde Norte), entendendo a EP com uma importante contribuição do Enfermeiro na qualificação do trabalho ofertado pela equipe.

Nos debruçamos na temática do PTS e, após encontros preparatórios, ofertamos aos profissionais da Rede um momento para reflexão, discussão e elaboração de um PTS em equipe (grupos menores – até 7 pessoas). A oferta

foi criada em parceria com a gestão dos serviços o que possibilitou uma satisfatória representação dos mesmos (com diversidade de formação profissional), aumentando as possibilidades de capilarização das ações de Educação em Saúde.

Durante a atividade os profissionais compartilharam suas experiências no cotidiano de trabalho, com sucessos e dificuldades na implementação do PTS; outros ainda relataram o desconhecimento da ferramenta, fato que possibilitava a troca de saberes e experiências entre os trabalhadores, sendo necessárias poucas intervenções por parte da Comissão Organizadora.

Após o encerramento, avaliamos que fomos capazes, enquanto grupo de proposição formativa, de provocar movimentos direcionados ao reconhecimento e valorização desta prática de elaboração de cuidado, por meio da avaliação dos próprios funcionários.

Diante deste cenário, deve ser reconhecida a potência formativa das ações estruturadas pelo PTS, que são transversais às práticas assistenciais neste modelo de clínica ampliada e compartilhada. E neste enquadramento, destaca-se a formação do Enfermeiro como agente de transformação social, corresponsável pela estruturação das ações de Educação em Saúde de sua equipe (considera-se neste quesito, a equipe multiprofissional a qual integra).

Retornando ao âmbito da assistência em saúde, já foi dito no início desta seção que o PTS se origina nos serviços especializados em Saúde Mental. Contudo, fica evidente que uma mera transposição metodológica da aplicação das etapas no contexto da Atenção Primária não é suficiente para alcançar a complexidade que tal proposta encerra. Porém, se construído de maneira atenta e cuidadosa às especificidades do cuidado territorial pode-se obter resultados bastantes satisfatórios no gerenciamento dos casos em conjunto com os usuários e comunidade.

O PTS pode ser uma fonte de enucleação profissional (desapego aos saberes uniprofissionais) e projeção para o campo da Saúde Mental, uma vez que visa proporcionar uma democrática relação entre trabalhadores e usuários, frisando que nesta construção todas as pessoas envolvidas têm igual relevância nas contribuições e responsabilidades.

Trago aqui a ilustração de um PTS elaborado com a participação da equipe de Referência, alunos do quinto ano de graduação em medicina, eu

residente, a usuária e seus familiares. Preservo a identidade da usuária, cuja família aciona o CS e solicita avaliação da mesma relatando que se encontra agressiva e com postura ameaçadora para os membros da família e também vizinhos. Avaliou-se que seu estado de saúde atual devido sua crise psíquica a colocava em risco e também a outras pessoas e, após articulação de Rede, a usuária foi internada na enfermaria de Psiquiatria de um Hospital Geral. A equipe da APS percebe-se a necessidade de elaboração de um PTS que atenda suas necessidades de saúde bem como sócio familiares, que se encontravam frágeis naquele momento.

Com a estabilização do quadro, a usuária recebe alta hospitalar e, após persistentes visitas domiciliares, (importante ferramenta no cuidado em Saúde Mental na APS) foi possível dar início a uma relação de vínculo e confiança e, a partir desta relação, seguiram-se as discussões em equipe de referência ESF e CAPS, supervisões clínicas do caso, acolhimentos e reuniões familiares (e também com vizinhança do bairro).

É interessante perceber que parte das ações de elaboração e intervenções compreendidas no PTS acontece simultaneamente, dado seu processo dinâmico. Neste caso, especificamente, a construção do PTS possibilitou que a mulher com histórico de repetidas internações psiquiátricas desde a juventude pudesse ser acolhida e devidamente assistida com as tecnologias de cuidado da APS. Movimento esse que torna possível a ampliação das ofertas de cuidado, por meio da revisão sistemática do PTS, dados interesses e necessidades que vão surgindo, e atualizações no estado relacional com os atores de seu convívio social. Como proposta de estreitamento de vínculo e relação de confiança surgem as consultas de Enfermagem em Saúde Mental, que aconteciam periodicamente no CS, bem como, em espaços públicos fora da unidade, rompendo com protocolos historicamente construídos.

Participei ao longo deste ano da construção, execução, avaliação e manutenção de um PTS que contribuiu para a retomada da autonomia, que dentre outros aspectos, devolveu à usuária a possibilidade de frequentar sozinha lugares que havia deixado de ir dada sua dificuldade de deslocamento durante o período de crise.

Uma vez implementado na Saúde Mental o PTS reitera a clínica da Integralidade, princípio base do Sistema de Saúde brasileiro, contudo, ainda há

dificuldades de inserção do usuário e familiares na elaboração do PTS (25), cabendo a nós profissionais de saúde o aprofundamento na radicalidade da participação dos usuários em sua construção, uma vez que se trata de um deslocamento do sujeito em sua clínica, que para ser mantido é necessário constante exercício.

Outra situação para a qual devemos estar atentos deriva do tempo que essas ações necessitam. Recomenda-se que haja espaços na reunião de equipe destinados e revisão dos PTS em curso e elaboração de novos quando necessários, o que é um desafio pois a reunião costumeiramente dispõe de pautas que não são tratadas dentro do tempo estipulado, comprometendo o desempenho da equipe e ocasionando a percepção de sobrecarga de trabalho. Em diversas situações, tal sobrecarga é oriunda de uma prática fragmentada de assistência centrada no modelo biomédico que cultiva expectativas curativistas simples para resolução de problemas de saúde complexos (26).

Em alguma medida, quando se trata da implementação de novas abordagens clínicas não raro se ouve que é “perda de tempo”, em um movimento de resistência à modificação de fazeres consagrados por anos de prática. Destaca-se neste ponto a importante função do gestor e do enfermeiro da equipe em problematizar essas dificuldades, rever os processos de trabalho e promover momentos de reflexão e circulação da palavra a respeito dos problemas apresentados pela equipe.

Um dos desdobramentos do PTS foi oferta de atendimentos de Enfermagem em Saúde Mental, um recurso pouco explorado por mim e também por colegas deste núcleo. Registro aqui meu agradecimento pois, nossos encontros me auxiliaram na ampliação das possibilidades de intervenção clínica. Me fizeram crescer profissionalmente com menor ansiedade e maior investimento na minha pergunta do primeiro ano de Residência sobre: qual seria minha clínica neste universo de experiências que me tocam? Acredito que um estilo próprio e um referencial metodológico são imprescindíveis, entretanto sem o devido reconhecimento do outro, faz-se vazia toda tentativa de desenho clínico, pois seria um desenho parcial daquilo que pode vir a ser a clínica do encontro.

2.3.3 Consulta de enfermagem em Saúde Mental

Além do arcabouço de princípios científicos que subsidiam a prática de enfermagem, o enfermeiro que estiver disposto a se lançar aos cuidados específicos em Saúde Mental deve recorrer a outras teorias para desempenhar sua função de terapeuta. Até o momento, a literatura nos remete a algumas possibilidades, dentre elas: a Psicanálise – Freud, a Comunicação Terapêutica – Ruesch, a Terapia Centrada da Pessoa – Rogers, a Terapia Cognitiva – Beck, a Terapia Comportamental – Skinner, Terapia de Grupo – Moreno e Revière e a Interação terapêutica, descrita por enfermeiras – Orlando, Peplau e Travelbee, esta última aponta que a relação terapêutica de um Enfermeiro em Saúde Mental deve ter a supervisão de um Enfermeiro devidamente qualificado para tal (5).

Nas recomendações aos Enfermeiros de Saúde mental para o Relacionamento Terapêutico encontram-se a necessidade de: habilidade de comunicação e aceitação do paciente sem julgamentos (compreensão intelectual e não moral de seu comportamento). Também compõem as recomendações: manter uma meta de objetividade e uma vestimenta discreta e de “bom gosto” (5), sublinharia nestes dois últimos itens uma marca da enfermagem tradicional normatizadora, cuja qual tentamos escapar mas que insiste em se manter presente, questiono aí a necessidade de uma meta objetiva, uma vez que é de subjetividades que sujeitos e encontros se dão, e também a adequação da vestimenta discreta e de “bom gosto”, universalizando um modelo sintético como padrão de estética e aparência. Algumas clínicas podem se valer mais de indiscrições expressivas do que tecidos silenciados no “bom gosto”.

Durante a minha prática notei que deve haver espaço na clínica em Saúde Mental para a exploração da criatividade e do imprevisível diante das situações cotidianas pois essas podem suscitar outros pensamentos e agregar novos objetos no enredo do sofrimento e deslocar o eixo de sua apresentação pelo processo de recriação de si.

Na unidade de Saúde em que estive utilizei os atendimentos de Enfermagem na Abordagem de Saúde Mental como estratégia de cuidado de usuários com Transtornos Mentais Graves e Persistentes, bem como oferta de Acolhimento, na perspectiva da desmedicalização da saúde.

Em ambas as perspectivas busquei fazer da escuta terapêutica uma ferramenta para o vínculo, manejo e intervenção. Tal atividade, considerada uma prática avançada de enfermagem em Saúde Mental (3) se deu sob a

possibilidade de supervisão clínica individual e em grupo guiada pelo referencial teórico psicanalítico.

Na perspectiva de acolhimento, se dava como oferta de escuta para pessoas que por algum acontecimento ou ruptura na vida cotidiana vinham por demanda espontânea procurar ajuda na unidade. Em sua maioria pessoas que apresentavam um sofrimento intenso e dificuldade de organização psíquica naquele momento, nem sempre moradoras do território ou conhecidas pelos profissionais da unidade. O fluxo se dava via demanda espontânea, e após primeiro acolhimento da equipe de enfermagem, era levantada a hipótese ou claramente considerada a necessidade de um espaço de cuidado pela via da escuta e da palavra e não procedimentos ou técnicas tradicionais. Nestes casos, após discussão, eu lhes oferecia uma continuidade do acolhimento como suporte e manejo que possibilitasse suportar a existência em momentos em que esta parecia insustentável dado seu sofrimento.

É sabido que a abertura das portas da Atenção Primária para demandas gera angústia na equipe, mas é por este contexto também que pode se fortalecer o vínculo entre serviços de saúde e seus usuários. Para que esta condição seja possível é necessário que haja cuidado também com a equipe, para que esta esteja preparada para lidar com o sofrimento da população brasileira com criatividade para acolher sem medicalizá-lo, um desafio na nossa realidade (27).

No cuidado longitudinal de pessoas com transtorno mental grave e persistente, as consultas de enfermagem se estruturam como fortalecimento de vínculo e manejo em que o Enfermeiro pode ser tornar um profissional de referência para o usuário e também sua família. Esta oferta permite a manutenção do cuidado de casos graves no território que também se configura como um desafio que, uma vez possível, reforça a potência e a alta resolubilidade da APS (20,21).

Muito embora para muitos enfermeiros o atendimento de enfermagem esteja relacionado à triagem e avaliação, a enfermagem na atuação pós Reforma Psiquiátrica vem revisando suas bases teóricas para estabelecimento de uma relação terapêutica satisfatória na condução dos casos de Saúde Mental (9).

As diretrizes que norteiam a prática da consulta de enfermagem em Saúde Mental ainda conservam o modelo biomédico. Outro referencial estruturante de tal prática é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que, por

meio de uma taxonomia comum tentam padronizar, com instrumentos e materiais acessórios, a terminologia utilizada na leitura dos casos clínicos e em seus registros. Entretanto, é necessário ressaltar que até o momento as taxonomias existentes tendem a simplificar problemas complexos, e, desconsiderando subjetividades, se tornam ações potencialmente reducionistas (9,10). Além do que em diversas situações alguns profissionais apresentam dificuldades para estruturação das consultas de enfermagem em Saúde Mental por não haver instrumentos que guiem essa prática de maneira satisfatória (9,28). Vale a recordação de que historicamente os instrumentos que estruturam o Processo de Enfermagem (PE) são heranças do modelo Cartesiano de compreensão do sujeito, ou seja, limitados quanto ao apontamento de suas subjetividades.

Neste sentido, para a mudança do paradigma em evidência, considera-se a necessidade de reinvenção de uma escuta qualificada capaz de transpor a doença e contribuir para que emergja um sujeito ativo na construção de sua autonomia (9,11) bem como formas adequadas para o registro destas intervenções preservando a riqueza com que elas se apresentam.

Durante os encontros da Residência colocamos em questão por diversas vezes a importância de se nomear sentimentos e ações como estratégia de apropriação de uma determinada situação. Dada a maneira atual como se estrutura a Sistematização da Assistência de Enfermagem, o fato de não se nomear com propriedade as ações de Saúde Mental pode ser um dos fatores que prejudicam as fronteiras de atuação neste campo, gerando uma crise de identidade profissional (28). Em contrapartida, o processo de nomeação deve ser cuidadoso e gentil com a pluralidade de existências e não um enquadramento normatizador que estabelece quem está dentro e quem está fora de sua própria razão.

Diante do exposto fica evidente a necessidade de se romper com as heranças das práticas colonizadoras, incluir variáveis no padrão, e exceções às regras de Enfermagem. Para o cuidado em Saúde Mental é necessário abrir mão do total controle e estabelecer uma relação terapêutica em que o sujeito possa livremente construir autonomia em suas relações de co-dependência, sendo assistido por uma perspectiva ética, clínica e política embasada em referenciais teóricos e não em um tratamento moral.

A consulta de Enfermagem em Saúde Mental deve estar a serviço do fortalecimento das relações de vínculo e confiança com os usuários e assegurar a continuidade do cuidado longitudinal, bem como sua integralidade, uma vez que favorece a integração física e mental por meio de investigações clínicas e a análise sócio histórica da pessoa (29).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da temática discutida, fazem-se necessárias algumas observações sobre a formação e assistência de enfermagem em Saúde Mental, com vistas a promover um trabalho coeso que atenda sujeitos e coletivos reconhecidos por cidadania, direitos e subjetividades.

Em um eixo de formação, são sugeridas mudanças no currículo dos cursos de graduação em Enfermagem no âmbito do conhecimento em Saúde Mental e Coletiva (16), e também ampliação da oferta na pós-graduação, uma vez que a experiência formativa da Residência Multiprofissional se configura como um potente espaço de formação crítico-reflexiva e de ampliação da clínica de enfermagem em Saúde Mental.

Além disso, são necessários investimentos na Educação Permanente de profissionais que atuam nesta área para qualificar a assistência ao passo que tal ação diminui a sensação de impotência, sentimento comum nas situações de solidão e abandono da equipe.

Outro eixo destacado compete à assistência, para o qual se designa o fortalecimento das ações em equipe multiprofissional, dentre elas, a construção do PTS como estratégia de cuidado integral à pessoa em sofrimento mental no território.

Nuclearmente, a enfermeira pode desenvolver estratégias de acompanhamento dos usuários por meio das consultas estruturadas a partir da lapidação das demandas trazidas pela unidade. Esta prática pode compor a estratégia de cuidado continuado dos usuários em sofrimento ou somar-se às possibilidades de acolhimento na perspectiva da Atenção à Saúde Mental.

Ainda sobre a assistência e acolhimento, nota-se a necessidade de refletir sobre a ampliação do acesso aos usuários por meio da revisão e desburocratização dos processos de trabalho em cada unidade de saúde, sobretudo na Atenção Primária sob a qual se produz as experiências desta reflexão.

É imprescindível que se reinvente cotidianamente no trabalho de Enfermagem uma prática de rompimento com a concepção neurobiologicista de “Saúde e Doença Mental”, bem como sua perspectiva reducionista. Paralelamente a este rompimento deverá se fortalecer, na Atenção Primária à Saúde, a proposta de acolhimento e vínculo como ferramentas terapêuticas e apostas na dimensão clínica e política da estruturação da Reforma Psiquiátrica, ainda em curso no Brasil e sob ameaças.

Trago desta experiência a esperança de que possamos, ainda que com os retrocessos nas políticas públicas de Saúde Mental, resistir e reafirmar a potência do trabalho da equipe de enfermagem na Rede de Atenção Psicossocial. Nesta toada, agrego ainda a expectativa de que para além dos hospitais psiquiátricos, rompamos também com os muros de nossas práticas clínicas e ampliemos as maneiras de compreensão do sujeito e seu sofrimento mental no cotidiano. Enfim, fortaleçamos uma enfermagem que se posicione contra as injustiças sociais e que, sobretudo em tempos de proposições políticas de aniquilação das subjetividades, lute por uma sociedade sem manicômios.

4. REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N 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)..
2. Brasil. Ministério da Saúde. [Online]. Brasília; 2013 [cited 2018. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>.
3. Campos CMS, Barros S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. Rev. Esc. Enf. USP. 2000 setembro; 34(3).
4. Videbeck SL. Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria. 5th ed. São Paulo: Artmed; 2012.
5. Mello IM. Bases Psicoterápicas da Enfermagem. 2nd ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
6. Barros S. Trabalho de equipe multiprofissional em Saúde Mental em Centros de Saúde - Contribuições do Enfermeiro. Rev. Esc. Enf. USP. 1987 dez; 21(3).
7. Souza AC. Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
8. Silva ATMC, Silva CC, Filha MOF, Nóbrega MML, Barros S, Santos KKG. A Saúde Mental no PSF e o trabalho de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005 jul-ago; 58(4).
9. Silveira LC, Aguiar D, Palácio PDdB, Duarte MKB. A clínica de enfermagem em Saúde Mental. Revista Baiana de Enfermagem. 2011 maio/agosto; 25(2).
10. Bolsoni EB, Heusy IPM, Silva ZF, Rodrigues J, Peres GM, Morais R. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: revisão integrativa. Rev. Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog. 2016 Out-Dez; 12(4).
11. Lima DWC, Vieira AN, Silveira LC. A escuta terapêutica no cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. Texto Contexto Enferm. 2015 jan-mar; 24(1).
12. OPAS. Organização Mundial da Saúde. [Online].; 2018 [cited 2018 dezembro 23. Available from: .

- 13 Souza LPS, Barbosa BB, Silva CSO, Souza AG, Ferreira TN, Siqueira LG.
. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2017 Dez; 18.
- 14 Silva PAS, Rocha SV, Santos LB, Santos CA, Amorim CR, Vilela ABA.
. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. *Ciênc. saúde colet*. 2018 Fev; 23(2).
- 15 Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2011 mar; 45(6).
- 16 Barros S, Cortes JM, Santos JC, Barros LM. Estratégia de saúde da família e saúde mental: inclusão social no território? *J Nurs Health*. 2015; 5(2).
- 17 Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC(). *Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais Barueri: Manole*; 2088.
- 18 Secretaria de Saúde Campinas. Projeto PAIDEIA de Saúde da Família. 2001..
- 19 Sucigan DH, Toledo VP, Garcia APRF. Acolhimento e Saúde Mental: Desafio profissional na Estratégia Saúde da Família. *Rev Rene*. 2012; 13(1).
- 20 Minóia NP, Minozzo F. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2015 Setembro; 35(4).
- 21 Barros MMAF, Mendes MdLC, Frota LMA, Almeida JRS. ACOLHIMENTO EM UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS. *SANARE, Sobral*. 2018 Dezembro; 17(2).
- 22 Rocha EN, Lucena AF. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018; 39.
- 23 Conselho Federal de Enfermagem. RESOLUÇÃO COFEN Nº 0599/2018. NORMA TÉCNICA PARA ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA. 2018..
- 24 Brasil. Ministério da Saúde.. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2nd ed. Brasília: MS; 2008.
- 25 Rodovalho ALP, Pegoraro RF. Revisão integrativa de literatura sobre a construção de Projetos Terapêuticos Singulares no campo da saúde mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2016 Out-Dez; 12(4).

- 26 Silva EP, Melo FABP, Sousa MM, Gouveia A, Tenorio AA, Cabral FF, et al.
. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. R bras ci Saúde. 2013; 17(2).
- 27 Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(Supl 3).
- 28 Almeida PAd, Mazzaia MC. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental: vivência de enfermeiros da rede. Rev. Bras. Enferm. 2018 fev; 71(Supl 5).
- 29 Bolsoni EB, Heusy IP, Silva ZF, Padilha MI, Rodrigues J. Consulta de Enfermagem em Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2015 out-dez; 11(4).