



INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR “PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES”

BRUNO LUIZ MACIEL

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO CAPS DIANTE DO PACIENTE EM CRISE
PSIQUIÁTRICA**

SÃO JOÃO DEL REI
2016

BRUNO LUIZ MACIEL

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO CAPS DIANTE DO PACIENTE EM CRISE
PSIQUIÁTRICA**

Artigo científico apresentado ao Curso de Enfermagem do Instituto de Ensino Superior Presidente Tancredo de Almeida Neves – IPTAN como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.^o Esp. Marcio Antonio Resende.

SÃO JOÃO DEL – REI

2016

BRUNO LUIZ MACIEL

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO CAPS DIANTE DO PACIENTE EM CRISE
PSIQUIÁTRICA**

Banca Examinadora:

Prof. Esp. Marcio Antonio Resende
Orientador

Prof^a Ms. Regina Aparecida Melo Bagnolli

SÃO JOÃO DEL – REI
2016

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DO CAPS DIANTE DO PACIENTE EM CRISE PSIQUIÁTRICA

MACIEL, Bruno Luiz

Graduando do curso de enfermagem do Instituto Presidente Tancredo de Almeida Neves-
IPTAN

RESUMO: A reforma psiquiátrica brasileira possibilitou o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) criados para promover acolhimento digno, humanizado e de qualidade aos pacientes portadores de transtornos mentais. Nos CAPS, além do envolvimento do paciente, a família também foi inserida no contexto do tratamento psiquiátrico, por se entender que o convívio familiar e seus vínculos afetivos são partes importantes do restabelecimento psíquico do paciente. No contexto dos CAPS, a enfermagem está inserida na equipe multiprofissional como parte essencial do atendimento/tratamento dos usuários, justamente por sua arte de cuidar e por contar com conhecimentos técnicos e científicos imprescindíveis para reinserção social do indivíduo portador de doença mental. Este artigo tem o objetivo de discutir a atuação da enfermagem diante do paciente em crise psiquiátrica no CAPS. Espera-se com esta revisão, que estudantes de enfermagem, técnicos e enfermeiros já habilitados, possam ser ajudados no aprimoramento de seus conhecimentos e técnicas de atuação nas várias categorias de CAPS que hoje existem no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Paciente Psiquiátrico; Reforma Psiquiátrica; Centro de Atenção Psicossocial; Crise Psiquiátrica; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil iniciou-se no final dos anos setenta com o objetivo de propiciar direitos aos pacientes psiquiátricos. Mas considera-se que a reforma psiquiátrica propriamente dita tenha ocorrido em duas fases. Inicialmente, entre 1978 e 1991, considerada a primeira fase, fez-se um movimento de forte crítica ao modelo hospitalocêntrico que era empregado no Brasil desde a chegada da família real em 1808. As críticas eram direcionadas contra aqueles modelos clássicos conhecidos como hospícios ou manicômios, em que ficavam internadas as pessoas com transtornos mentais sendo tratadas com métodos agressivos como eletrochoque, camisas de força e altas dosagens de medicamentos. A segunda fase, iniciada em 1992 e ainda hoje em transformação, deu-se pela implantação, em todo território nacional, de vários serviços extra-hospitalares para o atendimento a portadores de transtornos mentais. A reforma, em si, ficou conhecida como Movimento de Luta Antimanicomial e, em sua complexidade, sempre foi pautada por tensões, impasses, conflitos e desafios (MESQUITA, 2008; MESQUITA *et al*, 2010).

E foi justamente no contexto das importantes transformações ocorridas com a reforma psiquiátrica no Brasil que surgiram os primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do país, um modelo extra-hospitalar considerado como referência no tratamento de

pacientes psiquiátricos. Na esteira do surgimento dos CAPS montou-se, também, toda uma rede de cuidados em saúde mental para atender pacientes com transtornos psíquicos (SILVA *et al*, 2012). Os CAPS foram criados para reduzir o número de internações psiquiátricas, visando oferecer dignidade e respeito ao paciente e reinseri-lo na sociedade como indivíduo capaz de se reestruturar e ter uma vida considerada normal (SOUZA, 2007). Para o atendimento nos CAPS, necessitam-se de profissionais qualificados e sintonizados com os cuidados prestados, pois fatores intrínsecos e extrínsecos aos pacientes podem desencadear períodos de crises (SILVA *et al.*, 2012).

Em psiquiatria, a palavra crise é designada para definir as urgências e emergências psiquiátricas como, por exemplo, tentativas de suicídio, depressões, neuroses graves; psicoses e síndromes cerebrais orgânicas. E, conforme as diretrizes da reforma psiquiátrica, os pacientes em crise podem ser atendidos pelos CAPS, pelas emergências em hospitais psiquiátricos, emergências em hospital geral e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011). Diante disso, verifica-se a necessidade do enfermeiro se qualificar nessa área para entender os cuidados adequados que devem ser dispensados ao paciente psiquiátrico em crise e aos seus familiares (SOUZA, 2007).

O enfermeiro, por sua vez, ao desempenhar suas funções no CAPS, encontra-se diante de grandes desafios, pois aquela antiga postura de agente de custódia, que era exercida nos hospitais psiquiátricos, evoluiu para uma abordagem mais psicológica e social. Nesse novo contexto, o enfermeiro atua no ambiente em que vive o paciente e influi nas relações paciente-família, o que lhe exige melhores qualificações para explorar trabalhos de alta complexidade (DAMÁSIO *et al*, 2008).

O objetivo deste artigo é abordar a atuação do enfermeiro no CAPS diante do paciente em crise psiquiátrica, bem como descrever a melhor forma de se fazer abordagem a esse paciente e seus familiares.

1. Os Centros de Atenção Psicossocial

A partir do final da década de setenta e início dos anos oitenta, com o advento da reforma psiquiátrica, a assistência aos transtornos mentais tomou novos rumos. Foram fechados hospitais psiquiátricos e criados serviços substitutivos com a expansão de uma importante rede de atenção psicossocial, baseada num modelo muito distinto do modelo que vigorou no Brasil até meados dos anos oitenta. Nesse novo modelo, o paciente psiquiátrico passou a ser tratado com dignidade, respeito, convivendo com seus familiares e com amigos, longe do isolamento social praticado pelo modelo anterior (AMARANTE, 2000). E

foi justamente com essa reforma que os CAPS surgiram com importantes objetivos: tratar os transtornos mentais sob o prisma das novas diretrizes de saúde mental, substituir os hospitais psiquiátricos, romper com as formas agressivas de tratamentos tradicionalmente conhecidas, conferir dignidade e respeito aos pacientes com transtornos psíquicos e reinseri-los na sociedade (SOUZA, 2007; CFP, 2013). Antes da reforma psiquiátrica, os pacientes com transtornos psíquicos não tinham seus direitos respeitados e, quando internados, eram mantidos em confinamento, longe do convívio familiar e de amigos. A assistência a esses pacientes era caracterizada pela repressão violenta e métodos agressivos de tratamentos como o eletrochoque e altas doses de medicamentos psicoativos. A dignidade humana era negligenciada e a ética não fazia parte das atividades dos profissionais de saúde que atuavam nos moldes hospitalares manicomiais (CASTRO, 2007; TOWNSEND, 2002).

Estudos mais recentes mostram as reais necessidades da assistência em saúde mental no Brasil, colocando o CAPS como o meio mais adequado e digno para tratamento dos transtornos mentais. Neste contexto, dados de 2011 mostraram que, naquele ano, 3 a 5% da população brasileira apresentavam transtornos mentais severos e/ou persistentes, mais de 6% apresentavam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, 12% necessitavam de algum atendimento em saúde mental e 2,3% do orçamento anual do Sistema Único de Saúde era destinado para essa área (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011).

Os CAPS são centros terapêuticos intermediários entre a hospitalização e a vida em comunidade, capazes de garantir cuidados às pessoas com problemas psíquicos graves, egressos de internações psiquiátricas ou encaminhados de outros serviços de mesma natureza (PITTA, 1994; WETZEL; KANTORSKI; SOUZA, 2008). Dentro das categorias dos CAPS também foram criados os CAPSi, para o serviço de atenção diária destinada às crianças e adolescentes com graves transtornos psíquicos e os CAPSad, estes criados a partir de 2002 para o atendimento aos pacientes com transtornos psíquicos graves decorrentes do uso de álcool e drogas. Porém, todos os CAPS são independentes de qualquer ambiente hospitalar e contam com equipe multiprofissional para atendimento dos pacientes. No repertório de seus serviços, eles oferecem várias possibilidades, tais como atendimentos individualizados e em grupos com a finalidade de reinserir o usuário na sociedade onde ele vive. O acolhimento inicial nos CAPS se dá por demanda espontânea ou indicação e é o momento de escuta do paciente e/ou sua família, bem como momento de iniciar o vínculo terapêutico. Os atendimentos ao paciente, quando individualizados, visam os cuidados propriamente ditos e acompanhamento clínico da saúde dele. Quando em grupos, as ações são desenvolvidas para promover socialização, intermediar relações, trocas

afetivas, promover autoestima, exercitar a autonomia e a cidadania. Os atendimentos à família visam compartilhamento de informações e garantir corresponsabilização quanto aos cuidados com o paciente. Os profissionais dos CAPS também realizam visitas domiciliares com a finalidade de compreensão do contexto social do paciente e de seus familiares. Dentro do espaço físico dos CAPS, promovem-se oficinas terapêuticas, práticas corporais para induzir a percepção da autoimagem e aprimorar a psicomotricidade. Ainda, realizam-se práticas comunicativas para aumentar o repertório comunicativo dos pacientes. As ações de reabilitação psicossocial visam articular iniciativas nos campos do trabalho, habitação, educação, cultura e quaisquer ações que possam resultar em projetos de vida melhor para o paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os CAPS, em si, são apenas locais de passagem e configuram apenas uma etapa transitória na vida do paciente para que, depois ele possa retomar sua vida normal de trabalho, amizades, namoros, casamentos e família. Cabe ressaltar que os CAPS são serviços abertos, não possuem grades ou muros, mas estabelecem um elo de afinidade com o usuário, propiciando-lhe espaço social sem tecnologias hospitalares (SOUZA, 2007).

Os CAPS, por vezes, foram classificados em cinco modalidades por meio da portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II – infantil e CAPSad II (para dependentes de substâncias psicoativas). Esta classificação permitiu diferenciar todos os CAPS entre si quanto ao tamanho do equipamento, que compreende tamanho da estrutura física de cada um, quantidade de profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas. Ainda, são diferentes quanto à especificidade da demanda, podendo ser destinados a crianças e adolescentes usuários de álcool e drogas ou aos adultos com transtornos psíquicos graves. Sendo assim, os CAPS I são destinados ao atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes em cidades com população entre 20 a 70 mil habitantes, funcionando das 8 às 18 horas de segunda a sexta-feira. Os CAPS II são destinados também ao atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, mas são destinados a cidades com população entre 70 a 200 mil habitantes, funcionando das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira e podendo ter um terceiro período de funcionamento que vai das 18 às 21 horas. Os CAPS III têm a mesma finalidade de atendimento em saúde mental que os dois anteriores, mas são destinados a cidades com população acima de 200 mil habitantes e funcionam 24 horas por dia, compreendendo feriados e finais de semana. Já os CAPSi são destinados aos atendimentos às crianças e adolescentes com comprometimentos psíquicos graves e funcionam em cidades com mais de 200 mil habitantes, das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira e pode ter um terceiro turno funcionando das 18 às 21 horas. Os CAPSad, por sua vez, são CAPS

destinados ao tratamento de pessoas com transtornos psíquicos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Neles há, inclusive, leitos de repouso com a finalidade de tratamento de desintoxicação. Estes são CAPS passaram a existir a partir de 2002 e funcionam em municípios com população acima de 100 mil habitantes, das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira e pode ter um terceiro turno funcionando até às 21 horas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Todo serviço dos CAPS é estruturado por uma equipe multiprofissional, composta por profissionais de nível superior como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física e outros necessários ao funcionamento adequado dos centros. Os profissionais de nível médio podem ser técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores, artesãos, equipes de limpeza e de cozinha. Nesse sentido, todas as categorias de CAPS apresentam exigências específicas de uma equipe mínima que neles deve atuar, tais como se seguem: CAPS I, são exigidos 1 médico psiquiatra ou 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro, 3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais, como psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social; 4 profissionais de nível médio, como técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Nos CAPS II, são necessários, obrigatoriamente, 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 4 outros profissionais de nível superior (aqui se acrescenta o professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto assistencial do CAPS), 6 profissionais de nível médio. Nos CAPS III são necessários 2 médicos psiquiatras, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 5 outros profissionais com nível universitário de outras categorias já descritas acima e 8 profissionais de nível médio. Nos CAPSi são obrigatórios: 1 médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, 1 enfermeiro, 4 outros profissionais de nível superior dentre os já descritos anteriormente - e aqui se inclui a possibilidade do fonoaudiólogo e 5 profissionais de nível médio. Nos CAPSad são obrigatórios 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 médico clínico responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento clínico das intercorrências, 4 outros profissionais de nível superior dentre os já supracitados e 6 profissionais de nível médio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Quando o paciente psiquiátrico se encontra em crise, o serviço multiprofissional existente nos CAPS o acolhe corretamente para suavizar sua desorganização psíquica momentânea e sua agitação psicomotora, e procura sanar os conflitos domésticos e sociais que geraram a crise. Algumas vezes os pacientes em crise precisam permanecer no serviço por um tempo que vai além do necessário para a medicação de urgência, seja por algumas

horas, seja realizando permanência-dia e/ou permanência-noite, até que a crise seja amenizada e passe. Todavia, o indivíduo não permanece nas dependências do CAPS por um período considerado longo, mas o tempo suficiente para que ocorra sua reabilitação e ele possa retornar para seu convívio familiar. Justamente porque a proposta do CAPS é que o paciente se mantenha o menor tempo possível longe de seu ambiente familiar. E, para que isso seja possível, quando o indivíduo se encontra aos cuidados da equipe do CAPS, ele deve se sentir seguro e respeitado, deve obter cuidados constantes propiciados pelo profissional de referência e, nesses atendimentos, ele deve se sentir à vontade para poder falar, sem constrangimentos, tudo o que se passa com ele e, por vezes, entender o que está acontecendo em sua vida naquele momento (SOUZA, 2007). Nesse contexto, quando possível, a família é inserida no tratamento, pois sua participação é fundamental para a recuperação e reinserção do paciente no meio onde ele vive (SPADIN & SOUZA, 2004).

Ao se conhecer e pensar o contexto dos CAPS, percebe-se que a reforma psiquiátrica ampliou os horizontes dos transtornos mentais e propiciou dignidade aos doentes. Todavia, é preciso garantir que a história das antigas práticas manicomiais agressivas nunca seja esquecida. Garantindo o conhecimento da história, garante-se também que os objetivos propostos pela reforma psiquiátrica nunca irão retroceder, mas progredir para a humanização e valorização da vida dos pacientes psiquiátricos (GUIMARÃES *et al*, 2013).

2. Crises Psiquiátricas

Independente da doença mental do indivíduo, as crises psiquiátricas podem ocorrer em quaisquer fases de sua vida devido a várias situações de estresse, como perdas, ameaças ou o próprio agravamento agudo da doença mental. Durante essas crises, o paciente pode apresentar perda do contato com a realidade, alucinações, delírios, agitações, agressividade e até tentativa de suicídio. E são justamente nesses momentos que o indivíduo mais precisa da compreensão dos familiares e da equipe terapêutica que o assiste (RODRIGUES, 1996).

Ao contrário do antigo modelo manicomial, em que se empregavam várias formas punitivas e agressivas para conter as crises do paciente, como as camisas de força, o choque cardiazólico (terapia convulsiva induzida por injeção endovenosa do medicamento cardiazol), o choque insulínico, a eletroconvulsoterapia, a praxiterapia (uso do trabalho como terapia – era trabalho forçado) e os confinamentos em celas minúsculas, o novo modelo aboliu tais práticas e preconiza que todo paciente em crise deve ser internado, apenas se necessário, em hospitais gerais (SILVA, 2013), porém são os CAPS que devem acolher e manter o paciente em crise nas suas dependências, mas de forma criteriosa e

apenas pelo tempo necessário de sua recuperação. Atualmente, para controlar as crises, utilizam-se medicamentos de forma controlada e em alguns casos, quando estritamente necessário, ainda se utiliza a contenção, mas de forma criteriosa e sem causar danos ao paciente (GUIMARÃES *et al*, 2013).

Ao contrário do pensamento que existia nos tempos do antigo modelo manicomial, o paciente psiquiátrico, como qualquer ser humano, sente medos, angústias, frustrações e deve ser visto e atendido com a mesma honestidade e dignidade com que se atende qualquer ser humano considerado normal. E justamente por isso, a abordagem e avaliação do paciente psiquiátrico em crise necessitam da adoção de medidas rápidas, eficazes e capazes de garantir a segurança dele. No momento da abordagem, devem-se identificar comorbidades clínicas e uso de álcool e/ou outras drogas. Também, deve-se ter atenção ao fato de que muitos pacientes psiquiátricos, além da doença mental, podem apresentar outras doenças que podem estar agravando seu distúrbio psíquico naquele momento (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011).

3. O Enfermeiro do CAPS e sua Assistência ao Paciente em Crise

Frente à nova política de saúde mental, em que se busca um atendimento diferencial ao portador de transtorno psíquico, centrado nos direitos humanos, o enfermeiro se insere como agente profissionalmente competente, atualizado em conhecimentos técnicos e científicos, questionador de suas próprias atitudes, um agente consciente e diferenciado daquele enfermeiro que existia no antigo modelo das práticas manicomiais. Ao contrário daqueles velhos moldes, o enfermeiro de hoje age pautado nas novas diretrizes da reforma psiquiátrica (LEITE, 2002). Nesse novo modelo, além de conhecer o tratamento necessário ao doente mental, o enfermeiro também reconhece o valor que a família representa na vida do paciente e a inclui na recuperação dele, esclarecendo dúvidas e dando suportes básicos necessários à superação do momento de crise (SPADINI & SOUZA, 2006; LOPES, 2012).

No atendimento ao paciente com sofrimento mental, é imperativa a participação da enfermagem, pois é a profissão que mais está habilitada na arte do cuidar. A enfermagem possui um olhar holístico e humanizado que envolve o paciente em todo o seu contexto físico, emocional, familiar e social (ALENCAR & FERNANDES, 2010). No contexto da reforma psiquiátrica, a qualidade do atendimento da enfermagem passou a ser facilmente percebida durante uma abordagem ao paciente com distúrbio mental, de modo que, hoje, percebe-se respeito, atendimento digno, humanizado, e capacidade inovadora dos profissionais de enfermagem frente aos pacientes psiquiátricos (BRUSAMARELLO *et al*, 2009).

No contexto do atendimento ao paciente em crise psiquiátrica, múltiplos fatores podem desencadeá-la, tais como questões familiares simples ou complexas, uso incorreto de medicações e abstinência de álcool e/ou drogas. Por sua vez, o enfermeiro, com sua competência técnica, deve manter equilíbrio psicológico para atuar e obter o êxito de reestabelecer o equilíbrio mental do paciente durante uma crise (SILVA *et al.*, 2012). Nesse momento, devem ser observados os distúrbios psíquicos capazes de gerar risco social grave ou risco à própria vida. Assim, durante uma crise psiquiátrica, mesmo não sendo possível um diagnóstico completo da condição mental do paciente por parte do médico, o enfermeiro deve contribuir na coleta de informações que possam ajudar a fazer um diagnóstico diferencial do tipo de transtorno psíquico apresentado, que pode ser uma crise convulsiva, intoxicação aguda ou abstinência de substâncias psicoativas, transtornos psicóticos, crises de ansiedade generalizada, pânico ou transtornos de personalidade. Deve-se observar, também, se o paciente está portando armas ou outros objetos perigosos, se apresenta agitação psicomotora, se faz ameaças verbais ou físicas, se conversa em tons altos e rápidos ou se grita, se apresenta irritabilidade, agressividade, se apresenta bom senso alterado e incapacidade de discernimento, se está predisposto ao suicídio, se está inclinado a praticar algum crime contra terceiros, ou se apresenta sinais de atos recentes de violência (GONÇALVES, 2010).

Diante do exposto acima, deve-se destacar que, durante a abordagem inicial ao paciente que se encontra em crise psiquiátrica, segue-se uma estratégia geral que propõe a seguinte sequência: autoproteção, prevenção quanto ao perigo, descartar transtornos mentais orgânicos e a possibilidade de psicose iminente e, excepcionalmente, promover contenção mecânica ou contenção química. E neste caso, a lei nº 004/2004, do COREN-MS, elucida que é de competência técnica e legal do enfermeiro, constituindo atividade compartilhada com o médico, a prescrição da contenção quando o paciente representa perigo para si e para os outros, independente da presença do médico (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ, 2016). Todavia, ao atender um paciente em crise, a primeira coisa que a equipe multiprofissional deve fazer é deixá-lo falar livremente, não se deve confrontá-lo diretamente, não se deve realizar movimentos bruscos diante dele, a abordagem verbal deve ser clara, firme, e deve-se ter em mente que o diálogo deve ser sempre a primeira atitude a ser tomada. A enfermagem deve, além de participar de todo o processo, deve atuar paralelamente junto à família do paciente, coletando informações a respeito dos fatores que geraram as crises e orientando quanto ao prognóstico e condutas a serem praticadas (GONÇALVES, 2010).

Os atendimentos a pacientes em crise psiquiátrica, mesmo quando não estejam agressivos, sempre deve ser realizado de forma isolada e por profissionais especializados em transtornos mentais, já que os atendimentos a esses pacientes são difíceis e requerem qualificação especializada. E quando são necessárias as medidas de contenção durante as crises, utilizam-se meios físicos e/ou farmacológicos controlados apenas para evitar que os pacientes possam agir de forma destrutiva contra terceiros ou contra si próprios. Essas medidas de contenção são reversíveis e devem ser suspensas de modo gradual na medida em que o paciente se recupera (SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011). A Resolução do COFEN 427/2012 também elucida a questão da contenção enfatizando a competência do enfermeiro e a forma humanizada e controlada que ela deve ser usada por esse profissional.

Enfim, diante do exposto, o paciente psiquiátrico em crise pode ser considerado uma ameaça à integridade física das pessoas que os cercam. Por isso, sofrem muito preconceito e são estigmatizados pela sociedade. Além disso, muitos profissionais da área da saúde ainda são despreparados para o atendimento desses pacientes. Mas nesse ambiente de inovação do CAPS, proposto e colocado em prática pela reforma psiquiátrica, a enfermagem qualificada em saúde mental exerce papel essencial, cuidando e ajudando os pacientes na identificação de seus recursos individuais capazes de reinseri-los de forma digna na sociedade, permitindo-os convívio familiar adequado, inserção adequada no ambiente de trabalho, desfrute do lazer e o exercício de seus plenos direitos civis (ZERBETTO, 2011; SANTOS; COIMBRA; RIBEIRO, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O advento da reforma psiquiátrica trouxe uma nova diretriz no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais, os antigos hospitais psiquiátricos foram substituídos pelo novo modelo de atenção psicossocial, os CAPS, que surgiram com o compromisso de devolver aos usuários a cidadania e dignidade perdidas. Os tratamentos que antes eram violentos, baseados em crueldades, transformaram-se em atendimentos respeitosos, baseados na dignidade e no reconhecimento de que pacientes com transtornos mentais são também cidadãos portadores de todos os direitos previstos em lei. A reforma psiquiátrica, que permitiu o surgimento dos CAPS, propiciou uma visão holística e integral dos órgãos competentes de saúde sobre os pacientes psiquiátricos.

Um dos princípios do CAPS é a valorização da família, por ser ela a responsável pelo suporte social e estímulo ao restabelecimento psíquico do paciente. Nesse sentido, a atuação da enfermagem na interface família-paciente é de fundamental importância para reintegração do paciente ao seu convívio diário na sociedade em que ele vive. Para tanto, o

enfermeiro deve estar sempre atualizado dos novos conhecimentos técnicos e científicos e ter em mente que, ao lidar com um paciente psiquiátrico em crise, é preciso saber abordá-lo de maneira correta, conhecer quais os tipos de contenções são possíveis e os momentos de utilizá-las, precisa saber reconhecer as emergências e urgências psiquiátricas e conhecer quais medicações são viáveis para cada tipo de crise psiquiátrica.

Enfim, cuidar dos pacientes em crise para evitar danos a ele próprio e à sociedade, fazer acolhimento humanizado e eficiente, agir com ética e dignidade, respeitando as necessidades de cada paciente, fazer intermediação paciente-família para desenvolver programas de reintegração do doente mental na sociedade em que ele vive, são os papéis do enfermeiro ao atuar nos Centros de Atenção Psicossocial.

REFERENCIAS

ALENCAR, Any Karoline Bezerra de; FERNANDES, Tiótrefis Gomes. Assistência de Enfermagem aos indivíduos com transtornos mentais: uma revisão de literatura por Metassíntese. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.1, n.1, p.148-153, 2010. Disponível em < <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/399> > Acesso em 17-06-2016.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

BRUSAMARELLO, Tatiana; *et al.* Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. **Cogitare enferm.** 2009;14(1):79-84. Disponível em < <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/14523/9756> >. Acesso em 26-08-2016.

CASTRO, Tatiana Malfará. **Atuação do Enfermeiro no Centro de Atenção Psicossocial**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em < www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../TATIANAMALFARADECASTRO.pdf >. Acesso em 06-05-2016.

Conselho Federal de Psicologia. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial / Conselho Federal de Psicologia**. -Brasília: CFP, 2013. 132 p. Disponível em < crepop.pol.org.br/novo/wp-content/.../MIOLO_TECNICAS_DE_ATUACAO2.pdf >. Acesso em 03-10-2016.

DAMÁSIO, Virginia Faria; MELO, Viviane da Costa; ESTEVES, Carla Bernardes. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Rev enferm UFPE on line**, 2008 out/dez.; 2(4):425-33. Disponível em < www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/.../pdf_404 >. Acesso em 21-10-2016.

GONÇALVES, Márcia. **Urgência psiquiátricas no pronto socorro geral agressividade e agitação psicomotora**. Psychiatry on line. Brasil. Vol 15, n 09. Setembro de 2010. Disponível em < <http://www.polbr.med.br/ano10/prat1010.php> >. Acesso em 25-08-2016

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg; *et al.* Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.** vol.22 no.2 Florianópolis Apr./June 2013. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200012>. Acesso em 03-10-2013.

LEITE, S. M. S. **Equipe de enfermagem: percepções sobre o paciente psiquiátrico, a doença mental e a assistência de enfermagem.** Dissertação (Mestrado de Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

LOPES, Mariana Aparecida Carvalho. **Os possíveis papéis do enfermeiro no campo da saúde mental no contexto da estratégia de saúde família no Brasil.** Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, UFMG, para obtenção do certificado de especialista. Lagoa Santa, 2012. Disponível em < www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3409.pdf>. Acesso em 03-10-2016.

MESQUITA, José Ferreira. **Quem disse que lugar de louco é no hospício? Um estudo sobre os serviços residenciais terapêuticos** Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populares, ABEP, realizado em Caxambu-MG-Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008. Disponível em < www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1810.pdf>. Acesso em 20-10-2016.

_____.; NOVELINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. **A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental.** Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populares, ABEP, realizado em Caxambu-MG-Brasil, de 20 a 24 de setembro de 2010. Disponível em < www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf >. Acesso em 20-10-2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e unidade de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios.** Brasília, 2013. Disponível em < 189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual_ambientes_caps_ua.pdf >. Acesso em 15-10-2016.

_____. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004. Disponível em < www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em 10-10-2016
PITTA, A.M.F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 43; n 12, p. 647-54, 1994.

Resolução do COFEN 427/2012. **Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.** Brasília/DF, 7 de maio de 2012. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4272012_9146.html>. Acesso em 08-12-2016.

RODRIGUES, Antônia Regina Furegato. **Enfermagem psiquiátrica- Saúde mental: prevenção e intervenção.** São Paulo, 1º ed. Ed EPU, 1996

SANTOS, Marina Scheer dos; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; RIBEIRO, Juliane Portella. O atendimento de urgência psiquiátrica realizado pelo enfermeiro do serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev enferm UFPE** online. 2011 nov;5(9):2197-205. Disponível em <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/.../pdf_689>. Acesso em 08-05-2016.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. **Crise e urgência em saúde mental**. Disponível em <www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0caps/crise_e_urgencia_saude_mental.pdf>. Acesso em 26-08-2016.

SILVA, Caroline Hepp da. **Crise na saúde mental: visão da equipe multiprofissional**. Monografia apresentada na disciplina de trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Enfermagem, do Centro Universitário Univates, Curso de Enfermagem; Lajedo, 2013. Disponível em <<https://www.univates.br/bdu/handle/10737/353>>. Acesso em 05-05-2016.

SILVA, Heloísa Helena de Sousa; *et al.* Intervenção de enfermagem ao paciente em crise psiquiátrica nos centros de atenção psicossocial. **Cogitare Enferm**. 2012 Jul/Set; 17(3):464-70. Disponível em <revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/29286/19036>. Acesso em 26-08-2016.

SOUZA, Marta Elizabeth. **Atenção em Saúde Mental**. Secretaria de Estado de Saúde, MG. 2ª Ed. Belo Horizonte, 2007.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev Esc Enferm USP** 2006; 40(1):123-7. Disponível em <www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41519> Acesso em 17-06-2016. TOWNSEAD, Mary C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002

ZERBETTO, Sonia Regina; *et al.* O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2011 jan/mar;13(1):99-109.: Disponível em< <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.9079>>. Acesso em 10-05-2016.

WETZEL, Christine; KANTORSKI, Luciane Prado; SOUZA, Jacqueline de. Centro de Atenção Psicossocial: trajetória, organização e funcionamento. **R Enferm UERJ**, Rio de janeiro, 2008 Jan/mar; 16(1): 39-45. Disponível em <www.lume.ufrgs.br > Produção Científica > Artigos de Periódicos > Ciências da Saúde >. Acesso em 20-10-2016