

FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE

PAULA FRANCINETE CRUZ SILVA

REFORMA PSIQUIÁTRICA E ENFERMAGEM: NOVOS DESAFIOS

NATAL/RN
2009

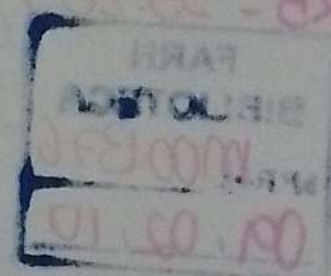
PAULA FRANCINETE CRUZ SILVA

REFORMA PSIQUÁTRICA E ENFERMAGEM: NOVOS DESAFIOS

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN - como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Izete Soares da Silva Dantas Pereira

NATAL/RN
2009



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Silva, Paula Francinete Cruz

Reforma psiquiátrica e enfermagem: novos desafios / Paula Francinete Cruz Silva. – Natal: FARN, 2009.
71f.

Orientador: Izete Soares da Silva Dantas Pereira (Dr^a.)
Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Enfermagem – Psiquiátrica – Monografia. 2. Saúde Mental – Monografia. 3. Doença Mental – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 61:616.89



PAULA FRANCINETE CRUZ SILVA

A monografia intitulada: REFORMA PSIQUIATRICA E ENFERMAGEM: NOVOS DESAFIOS, apresentada pela aluna Paula Francinete Cruz Silva do 8º período do Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte foi considerada aprovada pela Banca abaixo designada:

Natal, 25 de novembro de 2009

Profª Drª Izete Soares da Silva Dantas Pereira
Orientadora

Profª Maria Lucia Costa do Nascimento
Banca Examinadora

Profª Mariluce Oliveira de Araújo
Banca Examinadora

Profª Germiniana Pacheco
Banca Examinadora

Dedicação

Agradeço a Deus, pai de todos, que me deu esta vida maravilhosa e me fez ter
 muitos bons amigos e pessoas boas.
 A minha mãe, que me deu a vida, me ensinou as primeiras palavras, como ler e
 escrever, e me ensinou a ser uma pessoa boa.
 A minha avó, professora de escola, que me ensinou a ser uma pessoa boa e
 a ser uma pessoa que gosta de aprender.
 A minha "mãe de leite", que me ensinou a ser uma pessoa boa e a ser uma
 pessoa que gosta de aprender.
 Ao professor João Paulo e Paulo Carlos, que sempre estiveram ao meu
 lado, ensinando-me a ser uma pessoa boa.
 A minha amiga Valéria, que desde o primeiro dia de vida me ensinou a ser
 uma pessoa boa e a ser uma pessoa que gosta de aprender.
 As minhas colegas de trabalho, Wilmar, Mara e Luciana, pelas horas de trabalho.
 As amigas Cláudia e Eliete, pela amizade e confiança.
 A irmã Caminha e Ode, pelos conselhos.
 Ao amigo Carlinhos, pela paciência, carinho e compreensão.
 As amigas Kátia, Jôia e Larissa, da turma A, pelas alegrias que me
 proporcionaram.
 A Paulo Eduardo, namorado e companheiro, que compreende meus momentos de
 angústia e inquietação.
 Aos amigos do H.M., que colaboraram com a minha pesquisa.
 À UNIC, em especial à professora Lúcia, exemplo de pessoa e professora que
 me ensinou a ser uma pessoa boa e a ser uma pessoa que gosta de aprender.
 Enfim, a todos os que contribuíram para a minha vida.

Dedico à minha mãe, que me deu a vida e com sua
 simplicidade me ensinou a viver com dignidade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, antes de tudo, que em sua infinita sabedoria me fez trilhar caminhos onde conheci pessoas tão maravilhosas.

À minha mãe, que me deu a vida, me ensinou os primeiros passos. Suas lições me serviram de alicerce para me tornar quem sou.

À minha orientadora, professora Izete, que com sua paciência me ensinou os caminhos do trabalho acadêmico.

À minha "grande família", a base, a estrutura de tudo que sou.

Às enfermeiras Lucia Freire e Paulina Caldas, que sempre atenderam aos meus pedidos, colaborando com as escalas.

À minha amiga Valquíria, que desde o primeiro dia de aula sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, compartilhando alegrias e tristezas.

Às minhas colegas de trabalho, Wilmar, Mara e Luciene, pelas trocas de horário.

Às amigas Clarinha e Sueli, pela amizade e confiança.

À irmã Carminha e Cida, pelos conselhos.

Ao amigo Canindé, pela paciência, carinho e compreensão.

Às amigas Kézia, Joice e Larissa, da turma A, pelas alegrias que me proporcionaram.

A Paulo Eduardo, namorado e companheiro, que compreende meus momentos de angústia e inquietação.

Aos colegas do HJM, que colaboraram com a minha pesquisa.

À UMFC, em especial à enfermeira Ligia, exemplo de pessoa e profissional que prontamente me atendeu e supervisionou meu estágio.

Enfim, a todos os que contribuíram nessa caminhada, obrigada!!!

RESUMO

A saúde mental está passando por um período de transição no que diz respeito ao tratamento dispensado aos portadores de transtorno mental. No passado, eram vistos como pessoas doentes e como tal o tratamento era isolando-os do convívio social. Em meados da década de 70 do século passado, surge o movimento dos trabalhadores em saúde mental que posteriormente foi denominado de "Movimento Nacional de Luta Antimanicomial", denunciando a violência, a hegemonia da rede privada, criticando o modelo hospitalocêntrico e o saber psiquiátrico. Ao final da década de 1980, surge o projeto de lei 3657/89, que fala da extinção progressiva dos manicômios e da criação de recursos assistenciais substitutivos. Após 10 anos de tramitação, foi aprovado um substitutivo, Lei 10216 de 06 de abril de 2001. A enfermagem, nesse sentido, também passa por transformações e desafios que vêm desde a criação do Hospício D. Pedro II, com a disputa entre os médicos e as irmãs de caridade pelo domínio do hospital, a criação da 1ª Escola de Enfermagem ligada ao Hospital de Alienados, à construção e reconhecimento de um saber em enfermagem psiquiátrica especializado. Com objetivo de conhecer a visão da enfermagem a respeito da Reforma Psiquiátrica e como se dá a interação com o paciente, identificando suas ações e os novos desafios nesse novo contexto, realizou-se um estudo exploratório-descritivo de campo no Hospital Colônia João Machado com os profissionais de enfermagem. A coleta de dados foi realizada através de questionários semi-estruturados. A partir dos dados colhidos, constatou-se que a equipe não tem informação suficiente sobre o processo da reforma, a visão que se tem do paciente ainda é a do modelo biomédico. O enfermeiro que muitas vezes na graduação não recebe a formação específica na área surpreende-se com a própria falta de conhecimento. Conclui-se que o momento atual da enfermagem em saúde mental é de transição, saindo de uma prática de cuidados hospitalares para a incorporação de novos princípios.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Enfermagem, Desafios

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA – ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS	13
3	NOVOS SERVIÇOS E EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS	30
3.1	CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	30
3.1.1	CAPS – EXEMPLO DE INTERDISCIPLINARIDADE	32
3.2	SERVIÇO DE RESIDÊNCIA TERAPÊUTICA	34
3.3	PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA	35
3.4	HOSPITAL DIA	35
3.5	EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS	36
3.5.1	CAMPINA GRANDE - PB	36
3.5.2	CARMO (RJ)	37
4	PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	38
5	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	53
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	53
5.2	RESULTADOS	54
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	Referências	65
	Apêndices	

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental vem passando nos últimos anos por um período de transição no que diz respeito ao tratamento dispensado aos portadores de transtorno mental. No passado, essas pessoas eram vistas como doentes incapazes de viver em sociedade e, como tal, o tratamento era isolá-los do convívio social em asilos, em condições subumanas.

No ano de 1978, inicia-se o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. O movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) foi formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações. É este movimento que protagoniza e constrói, a partir deste período, a denúncia da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência, desenvolvendo coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Em meados da década de 80 do século passado, teve início o movimento da Reforma Psiquiátrica, tendo como marco a noção de desinstitucionalização, seguido pela construção de novas possibilidades terapêuticas e de qualidade de vida para as pessoas portadoras de sofrimento psíquico: novos sujeitos de direito e cidadania (CANDIDO ; FUREGATO, 2005).

A esse respeito, Soares (2004) diz que em meados da década de 70 do século passado surge o combate ao Estado autoritário, crítica ao sistema de saúde vigente e denúncias de abandono e maus tratos a que eram submetidos os doentes mentais. É neste momento que surge o Movimento dos trabalhadores em saúde mental, movimento precursor da Reforma Psiquiátrica, consolidando o pensamento crítico ao saber psiquiátrico.

O referido movimento foi mais tarde denominado de "Movimento Nacional de Luta Antimanicomial". Nesse período, o doente mental começou a deixar de ser considerado como ser possuído por "demônios" e passou a ser visto com mais humanidade. Ainda nesse período, o Ministério da Saúde, por meio da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), iniciou um movimento de humanização dos hospitais. Tal iniciativa passou a ser incorporada por várias secretarias estaduais,

que implantaram os programas de expansão da rede ambulatorial (SIQUEIRA; LARANJEIRA, 2008).

Nos anos 80, com a Reforma Sanitária, privilegia-se no campo da saúde mental a discussão e adoção de um movimento de humanização da assistência ao doente mental. Esse movimento, que até então se restringia à humanização dos hospitais psiquiátricos, amplia-se com a discussão sobre as possibilidades de atendimento fora do hospital, surge o movimento chamado de desinstitucionalização (OSCAR; COSTA; VIANA, 2005, p 66).

Conforme o exposto, os autores recordam que neste mesmo período ocorreu a implantação do SUS, como tentativa de instituir uma rede de atenção que levasse em consideração princípios e diretrizes como universalidade, descentralização e a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, exceto na saúde mental.

Se um dos pontos fortes do SUS é a universalidade da assistência, como se concebe a existência de tal princípio em um modelo de atenção tão excludente e segregador como é o hospital psiquiátrico? Vale lembrar que também o hospital psiquiátrico é incompatível com o segundo princípio do SUS, que é o da atenção destinada à prevenção, tratamento e recuperação; com isso, conclui-se que o modelo atual, baseado na internação, não atende a essas três dimensões, está longe de prevenir e muito mais de recuperar (SOARES, 2004).

Convém observar que o modelo assistencial em saúde mental, infelizmente, ainda tem sua atenção voltada para a hospitalização psiquiátrica, muito embora haja tentativas de levar a ação para dentro da sociedade, pois é aí que se encontra a origem da exclusão e segregação do doente mental (OSCAR; COSTA; VIANA, 2005).

A reforma psiquiátrica sugere pontos importantes que reforçam o exercício da cidadania. Essa propõe modelos organizacionais participativos, envolvendo atores de diferentes esferas, não somente os profissionais da área de saúde mental, como também os familiares, o próprio usuário, a comunidade, espaços culturais e de lazer (SOARES, 2004 p.3).

Na saúde mental, o redirecionamento do modelo assistencial objetivando o resgate da cidadania aos que estão em sofrimento psíquico possibilitou a construção de novas práticas, sustentadas a partir do comprometimento, do compromisso e da implicação. Estas práticas pressupõem que cuidar de alguém é muito mais que construir um objetivo, é intervir sobre ele, é ser capaz de acolher, dialogar, produzir novas subjetividades, exercitar a capacidade crítica, transformar

criativamente os modos de ver, sentir, pensar, já estabelecidos (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009).

Os trabalhadores em saúde mental são os responsáveis diretos pela estimulação de seu pacientes em recuperar as diversas dimensões da vida e cidadania, dessa forma parte de seu trabalho ultrapassa sua capacidade técnica e profissional (SOARES, 2004).

O Cuidado de enfermagem em saúde mental também vem passando por transformações nas últimas décadas, com isso novas práticas estão sendo incorporadas por esse novo profissional, como tentativa de aperfeiçoar a assistência ao doente mental diante das novas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (MOREIRA, et al, 2008).

A enfermagem, nesse momento, deve rever o seu papel diante do novo e buscar alternativas para ser uma agente de reinserção do paciente na sociedade e na própria família. Para isso, é necessário criar mecanismos de ajuste a essa nova realidade, e é esse "novo" que assusta, pois muitos enfermeiros não estão suficientemente preparados e informados para as mudanças que vêm ocorrendo, ao mesmo tempo em que são desafiados a todo o momento pelo próprio modelo de assistência vigente, o qual ainda carrega o peso do preconceito.

Segundo Oslowsky et al, (2005 apud MOREIRA et al 2008), os profissionais de enfermagem em saúde mental têm sentido necessidade de refletir sobre suas ações, pois o processo de trabalho é constituído de conflitos e resistências, necessitando ser repensado no cotidiano em que se constrói. Assim, é necessário implementar algumas ações e garantir a qualificação dos profissionais de saúde mental, tendo como diretrizes para as suas intervenções o acolhimento, vínculo, responsabilidade, interdisciplinaridade, integralidade e humanização da atenção, resolutividade para as demandas dos serviços de saúde e o permanente repensar das práticas assistenciais e das relações estabelecidas na equipe com os usuários de diferentes redes de apoio.

É diante de tais transformações que o presente estudo ganha sentido, assim objetivando conhecer a visão do enfermeiro a respeito da Reforma Psiquiátrica, verificar como se processa a interação enfermagem/paciente psiquiátrico, identificar as ações da enfermagem e conhecer os desafios da enfermagem nesse novo contexto.

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de campo desenvolvida no Hospital Colônia Dr. João Machado, que utilizou como instrumento de coleta de dados o questionário semi-estruturado.

Participaram desse estudo 27 profissionais da equipe de enfermagem, dos quais 4 são enfermeiros e 23 técnicos e auxiliares de enfermagem, distribuídos nos turnos diurno e noturno. Após receberem informações sobre a finalidade da pesquisa, os participantes assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 3), atendendo às exigências éticas na resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Foram utilizados questionários para enfermeiros (apêndice 2) e para técnicos e auxiliares o (apêndice 1).

Para a coleta de dados, foram aplicados na própria instituição questionários semi-estruturados com questões abertas e fechadas, com itens relativos a: tempo de serviço na instituição, tempo de formado, treinamento ao ingressar na instituição, experiência profissional anterior na enfermagem psiquiátrica, conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e sua influência na assistência, interação com o paciente e maior desafio enfrentado no contexto da reforma. Foi ainda deixado um espaço para que se tecessem comentários.

O trabalho se encontra estruturado em quatro capítulos. O primeiro faz referência aos aspectos históricos básicos, para que se compreenda a reforma psiquiátrica em seu surgimento, contextualização e influência. O segundo apresenta os novos serviços e experiências bem sucedidas no contexto da reforma. No terceiro capítulo, é abordado o papel do enfermeiro psiquiátrico, do surgimento da enfermagem psiquiátrica e os novos desafios. O último capítulo apresenta e discute os dados da pesquisa realizada, considerando o universo dos profissionais de enfermagem do Hospital Dr. João Machado, objetivando identificar as dificuldades nesse novo contexto. Encerra-se apresentando as considerações finais, nas quais se retomam os resultados para consolidar uma reflexão e fazer sugestões.

2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

Para que se possa entender a Reforma Psiquiátrica Brasileira, é necessário que se compreenda como esse processo ocorreu, as determinações gerais e específicas, bem como aquilo que a influenciou.

No Brasil ocorreu uma reprodução do que se observou no cenário internacional, uma história fundamentada na prática asilar e medicalização social. Foi com a chegada da Família Real (1808) que se iniciaram as práticas de intervenção voltadas a recolher os que perambulavam pelas ruas. Em 1830, com o diagnóstico da Sociedade Brasileira de Medicina no Rio de Janeiro, que criticava o abandono dos loucos a própria sorte, é proposta a construção de um hospício para os alienados nos moldes europeus, em substituição às salas insalubres dos hospitais e dos castigos corporais por asilos higiênicos, arejados e com tratamento moral (os isolamentos, a organização do espaço terapêutico, a vigilância e a distribuição do tempo), iniciando assim o processo de medicalização da loucura (ALVES, et al, 2009).

No que se refere à crítica da psiquiatria brasileira e ao modelo asilar, pode-se considerar o escritor Machado de Assis como pioneiro na contestação desse modelo, em seu texto *O Alienista*, cuja primeira publicação se deu em 1881, antes mesmo que esta disciplina médica entrasse no Asilo de Alienados. Já no século XX, temos Lima Barreto relatando de forma crítica e pungente a sua própria experiência de interno em Cemitérios dos Vivos (YASUI, 2006).

O autor recorda que houve ainda centenas de experiências pontuais, localizadas e efêmeras, espalhadas pelo país, que tiveram lugar ao longo do século XX, visando humanizar o atendimento ou contrapondo-se ao modelo vigente. Estas pouco ou quase nada conseguiram mudar, mas contribuíram para lançar sementes e produzir pequenos brotos.

A história ainda nos mostra que, no início do século XIX, as pessoas com comportamentos inadequados ou associados a desordens mentais, os chamados loucos, eram recolhidos à cadeia. Um fato comum nas grandes cidades brasileiras era que tais pessoas fossem recolhidas para as Santas Casas de Misericórdia. Já na metade do século XIX, surge um local exclusivo para doentes mentais. Assim, após o decreto 82 de 1841, nasce o hospício, além da província do Rio de Janeiro. Nos

anos posteriores, surgem em outras províncias hospícios de alienados, como em São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Paraíba, Rio Grande do Sul e Ceará; na realidade esses hospícios tinham muito mais características de casa de detenção do que local de tratamento especializado, o que mostra a íntima relação entre prisão e internação (SOARES, 2004).

Só a partir da segunda metade do século XIX é que se identificam as primeiras intervenções específicas no campo da saúde mental no Brasil. Em 1952, é inaugurado no Rio de Janeiro o Hospício D. Pedro II. A partir daí diversas transformações ocorreram no tratamento dos alienados (ALVES, et al, 2009, p91).

No século XX, mais exatamente em 1903, foi promulgada a primeira lei referente à assistência psiquiátrica, seguindo-se a de 1934. Atualmente, a que se encontra em vigor é a lei nº 10216, datada de 06 de abril de 2001, que teve como base o projeto de lei 3657/1989 (SOARES, 2004).

Nos anos 60, passa-se a observar um outro fenômeno, que é o declínio da psiquiatria pública em detrimento do crescimento da psiquiatria privada em convênio com o Estado. É a institucionalização do lucro, como novo mediador entre as relações de cuidado em saúde mental, o que vai se tornar um dos mais importantes elementos no movimento de degradação e desumanização da assistência aos doentes mentais. Assim, diante de tal situação, se fez necessário o surgimento de novas propostas que viessem a melhorar o processo de tratamento ao doente mental no Brasil (ALVES, et al, 2009).

Pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se iniciou na década de 70, durante a ditadura militar. Nessa época, a medicalização era o ponto forte da intervenção. A centralização no hospital psiquiátrico e o elevado número de internações foram considerados as causas estruturais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos. O período foi marcado por uma forte recessão no país, ocasionada pela política econômica que obedecia às normas dos grupos internacionais, tendo como consequência a precariedade do trabalho, baixa renda e o crescente índice de miséria exigindo maior atenção no setor saúde. Ao mesmo tempo, notava-se a falta de investimento na rede privada, levando ao desmonte do poder legislativo em valorizar as políticas sociais (FERREIRA, 2006).

Em 1973, o Ministério da Previdência aprovou o *Manual para Assistência Psiquiátrica*, que serviu de base para a Portaria n.º 32 do Ministério da Saúde de 1974. Esses dois documentos enfatizavam princípios que orientavam para a psiquiatria de comunidade, como por exemplo, incrementar a criação de unidades de saúde mental nas cidades com mais de 100.000 habitantes; dar prioridade ao tratamento ambulatorial e prioridade para hospitalização curta, de preferência em hospitais gerais e estabelecer uma relação de 1 leito para 1.000 habitantes nas zonas urbanas e 1 leito para 2.000 habitantes nas zonas rurais; capacitação de recursos humanos, promoção de investigações epidemiológicas e atividades de pesquisa em geral. Tanto o *Manual* quanto a Portaria n.º 32, segundo Cerqueira (1984), foram sabotados desde seu primeiro dia (YASUI, 2006 p.29).

Conforme se pode observar, estes documentos trazem em seu conteúdo algumas semelhanças com as propostas da Reforma Psiquiátrica, nomeadamente a crítica ao modelo hospitalocêntrico, participação da comunidade nos serviços, revisão na legislação psiquiátrica, criação e diversificação de novos serviços e ampliação da rede extra-hospitalar, mas com uma diferença: eles faziam parte de um esforço internacional de implantar uma medicina de caráter preventivo, o que na psiquiatria iria se concretizar mais tarde como projeto norte-americano da psiquiatria preventiva de Gerald Caplan (YASUI, 2006).

A esta altura, configura-se uma crise no setor saúde, levando a graves consequências para a saúde mental. O hospital psiquiátrico passa a ser a resposta de intolerância social para com a população mais carente, muitas vezes o diagnóstico servia como oportunidade para legitimar a exclusão social. O início da reforma ocorre em conjunto com a necessidade de mudanças no cenário econômico, político e cultural do país, coincidindo com as reivindicações de mudanças políticas concretas que se desenvolvem no campo das lutas dos movimentos sociais. Destarte, a reforma segue passo a passo o processo de redemocratização do país. O sistema de financiamento no setor sanitário nesse período mostra a desorganização no setor administrativo e a irresponsabilidade do Estado frente à proteção social, com a finalidade de cumprir as exigências de grupos financeiros internacionais (FERREIRA, 2006).

Em meados da década de 70, em pleno combate ao Estado autoritário, surgem as críticas à influência do sistema de saúde e as ações privatistas das políticas de saúde do governo central. Surgem também as denúncias de fraude no financiamento dos serviços e, fato mais importante, as denúncias de abandono,

violência e maus tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos hospícios do país (TENÓRIO, 2002).

Paradoxalmente, foi nesse período que a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica começam a aparecer no cenário nacional, como um processo não apenas de transformação da assistência, mas de redemocratização do país. De acordo com Noronha e Levcovitz (1987) apud Yasui (2006), o agravamento dos problemas políticos do país fez emergir o processo da Reforma Sanitária. A propósito da Reforma Sanitária, Alves et al (2009) dizem que esta é um movimento que tem em vista a abertura e livre acesso da população à assistência à saúde, e que tais ações culminam na constituição Federal, promulgada em 1988, em seu artigo 196, da noção de saúde enquanto direito de todos e dever do Estado.

É com a preocupação de reorganizar o sistema de saúde e entender as práticas de saúde como práticas sociais articuladas, segundo fatores econômicos, políticos, sociais e ideológicos, que, em 1978, foi criado o CEBES (Centro de Estudos Brasileiro de Saúde), liderado por sanitaristas e intelectuais que começam a manifestar o ideário da Reforma Sanitária. Técnicos do Ministério do Bem Social, influenciados pela psiquiatria comunitária americana, propõem mudanças no modelo então vigente, que passa do clássico ao preventivista. Isto implica na criação de rede extra-hospitalar, oficinas terapêuticas, entre outras, proposta essa que não surtiu grande efeito, pois se deteve exclusivamente na ampliação da rede hospitalar e pouco se preocupou com a redução de internações (FERREIRA, 2006).

É pertinente referir que a Psiquiatria Comunitária Americana foi um movimento que ocorreu nos Estados Unidos na década de 60. Tinha uma aproximação com a Saúde Pública e não criticava a Psiquiatria no seu modo de ver e tratar a loucura, apenas reformulava sua prática. Não promovia nenhuma ruptura epistemológica, embora não se possa negar a tentativa de melhorar a assistência ao doente mental e outras contribuições que o movimento trouxe (ALVES, et al, 2009).

Nesse mesmo período, chega ao Brasil Franco Basaglia, psiquiatra italiano que fundou o movimento da psiquiatria democrática, em que liderou a experiência de superação do modelo asilar-manicomial em Gorizia e Trieste. Basaglia foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios e fomentar novas formas de lidar e cuidar de pessoas com sofrimento mental. Essa revolução não era apenas nos novos serviços em substituição aos manicômios, mas nos dispositivos como ateliês

de arte, centros de cultura e lazer, residências assistidas e outros (AMARANTE, 2006).

Convém observar que a Psiquiatria Democrática Italiana não nega a existência da loucura, mas propõe uma nova forma de olhar este fenômeno, concebendo a complexidade da loucura como algo inerente à condição humana indo além do domínio da psiquiatria que diz respeito ao sujeito, a família, a comunidade e demais atores sociais. Conforme anteriormente referido, é com a experiência de Franco Basaglia na direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia (1961 a 1968) que se dá o movimento da desinstitucionalização da psiquiatria italiana. As propostas de Basaglia geram fortes reações do poder público local, sendo rechaçadas, isso fez com que os técnicos do hospital, também convencidos da inviabilidade do manicômio, dessem alta coletiva e, em seguida, pedissem demissão em massa. Em 1971, Basaglia assume a direção de um hospital em Trieste e começa de forma mais sólida um projeto de desinstitucionalização, objetivando a desconstrução do aparato manicomial e toda lógica de segregação que lhe é implícita (ALVES, et al, 2009).

Com a visita de Franco Basaglia ao Brasil e seu discurso sobre a desinstitucionalização, tem-se repercussões no meio social e político, que passam por contestações e desejos de mudanças numa sociedade que atravessava um processo de abertura após anos de regime militar (GUIMARAES, et al, 2001).

A crise na assistência psiquiátrica se tornou mais forte em 1979, quando o governo perdeu força nas eleições, iniciando o processo de abertura política. Esse fato abriu espaço para que os diversos segmentos de trabalhadores brasileiros se organizassem. É nesse contexto que se desenvolve o movimento dos trabalhadores em saúde mental, englobando diversos setores sociais que se preocupavam com o modo como a assistência psiquiátrica era prestada no país. Aos poucos paralelamente à Reforma Sanitária que estava em fase de construção, este processo culminou no que hoje conhecemos como Reforma Psiquiátrica (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

O movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM) foi um dos principais atores do movimento pela reforma psiquiátrica, é a partir dele que surge de forma mais sistêmica propostas de reformulação do sistema assistencial e consolida-se o pensamento crítico ao saber psiquiátrico (SOARES, 2004).

O MTSM foi Influenciado pelo pensamento de Franco Basaglia, de setores da antipsiquiatria e da psiquiatria preventiva, e caracteriza-se pela resistência a

institucionalização, pela participação de profissionais de várias categorias e da população em geral. Atuando no interior de outras instituições como universidades, conselhos profissionais, sindicatos da área da Saúde e de outros profissionais, o movimento se expandia e influenciava cada vez mais esses setores, como também os do governo (GONDIN, 2001).

Sobre a Antipsiquiatria, Alves et al (2009) afirmam que esta surgiu na Inglaterra, na década de 60. Foi um movimento que questionou fortemente a psiquiatria e a doença mental, tentou mostrar que o saber psiquiátrico não respondia à questão da loucura. Para eles (Laing e Cooper) a loucura é um fator social, conseqüentemente, o louco não precisava de tratamento, apenas deveria ser acompanhado em sua vivência. A sociedade enlouquecia as pessoas e em seguida, culpada, buscava tratá-la. Assim, o hospital psiquiátrico configurava-se com um mecanismo de meia responsabilidade.

O MTSM constitui o resultado de articulações prévias em congressos de psiquiatria e do Movimento de Renovação Médica, mas que ganha corpo com a visita de Franco Basaglia, após a aprovação da Lei 180, que estabelecia o fechamento da porta de entrada dos hospitais psiquiátricos na Itália. Uma característica marcante do movimento nesse período estava no fato de ele ser completamente externo ao aparelho de Estado, em mobilização aberta da opinião pública e da imprensa, principalmente em Belo Horizonte, apesar de algumas de suas lideranças pertencerem ao serviço público (VASCONCELOS, 2000, p. 23).

A esse respeito, Tenório (2002) diz que o referido movimento combina reivindicações trabalhistas com um discurso humanitário, alcançando grande repercussão. No período seguinte, ele liderou vários acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter antimanicomial.

O movimento nomeado de Luta Antimanicomial tem na superação do Manicômio, não apenas em sua estrutura física, mas, sobretudo, ideológica, seu grande objetivo. Busca-se a desconstrução da lógica manicomial como sinônimo de exclusão e violência institucional, bem como a criação de um novo lugar social para a loucura, dando ao portador de transtorno psíquico a possibilidade do exercício de sua cidadania. Neste sentido, a reinserção social passa a ser o principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista potencializar a rede de relações do sujeito, através do resgate da noção de complexidade do fenômeno humano e reafirmação da capacidade de contratualidade do sujeito, criando assim um ambiente favorável para que aquele que sofre psiquicamente possa ter o suporte necessário para reinscrever-se no mundo como ator social (ALVES, et al, 2009, p. 93).

O MTSM é um movimento diversificado, formado por trabalhadores e integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com logo histórico de internações psiquiátricas. Através de várias lutas, o MTSM começa a denunciar a violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao saber psiquiátrico (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, os trabalhadores em saúde mental também realizaram uma autocrítica sobre a assistência que vinham prestando, que era de baixa qualidade, desrespeitosa e segregadora aos doentes mentais, e ponderaram sobre o novo papel que viriam a assumir para transformação dessa realidade (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

O MTSM alcançou uma abrangência crescente, mas durante seu processo contou com adversários poderosos: os donos dos hospitais psiquiátricos privados, que queriam a todo custo continuar obtendo lucros voluptuosos, assim como alguns médicos conservadores. Culturalmente, as famílias haviam sido preparadas para aceitar que o tratamento do doente mental só seria possível no ambiente hospitalar psiquiátrico. Os trabalhadores, também sem exceção, haviam sido treinados para exercer suas atividades profissionais no interior dos asilos de hospitais psiquiátricos, havendo assim uma série de dificuldades em desenvolver práticas terapêuticas e acolhedoras. Contudo, o movimento foi fazendo importantes alianças, tanto a nível nacional quanto internacional, diga-se que nesse campo contou-se com as diversas vindas ao Brasil de Franco Basaglia, o mentor da Psiquiatria italiana (FRAGA, SOUZA; BRAGA, 2006).

Em linhas gerais, o MTSM de início critica o modelo hospitalocêntrico, as más condições de trabalho e tratamento, assim como a privatização da assistência psiquiátrica, dessa forma marcando a entrada no aparelho público. Em aliança com o centro brasileiro de estudos em saúde (CEBES), articulador político ideológico da Reforma Sanitária, o MTSM fortaleceu seu discurso técnico e desenvolveu sua postura política. Em 1987, adota o lema "Por uma sociedade sem manicômios", que alimenta novas propostas de cuidados na I Conferência Nacional de Saúde Mental (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Em 1982, é aprovado o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária do Ministério da Previdência e Assistência Social

(MPAS). A partir daí inicia-se a criação de uma política de saúde mental engajada no combate à "cultura hospitalocêntrica". Até esse período, a assistência era predominantemente oferecida pela rede privada de hospitais psiquiátricos, a partir dos anos 80 começa um movimento para reestruturação de uma rede pública de atenção à saúde mental (ALVES, et al, 2009).

Em 1986, organizava-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como intenção promover a saúde com base na melhoria das condições de vida, em fatores como educação, moradia, alimentação, bem como o direito à liberdade. Caberia ao Estado o papel de facilitador dessas condições, reivindicando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a separação do Ministério da Saúde da previdência Social. É esse sistema que vai produzir as diretrizes que permitirão construir as bases necessárias para uma reforma sanitária e psiquiátrica. É na 8ª Conferência que se estabelecem as bases para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, onde se apresentam denúncias sobre violência e os maus tratos a que estavam expostos os internos nos hospitais psiquiátricos e exige-se a Reforma Psiquiátrica (FERREIRA, 2006).

A realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental foi um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, é um marco histórico na psiquiatria brasileira por refletir a aspiração de toda comunidade científica, que compreendia que a política nacional de saúde mental deveria estar integrada à política de desenvolvimento do governo. Esta conferência teve, entre outros objetivos, o propósito de reverter a tendência hospitalocêntrica e psiquiacêntrica, priorizando o sistema extra-hospitalar e multiprofissional. O setor público não credenciaria nem instalaria novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas tradicionais, reduzindo progressivamente os já existentes e substituindo-os por leitos em hospitais gerais; proibir-se-ia a construção de novos hospitais psiquiátricos; seria colocado à disposição da população, de forma adequada, informações sobre a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental (BRASIL, 1988).

Com a realização desta conferência, viu-se que a reforma não era implementada por causa da resistência do setor privado da burocracia estatal, da estrutura manicomial, conservadorismo psiquiátrico. Foi explorada a proposta de desinstitucionalização, dando início à trajetória de desconstrução das formas arraigadas de lidar com a loucura (SOARES, 2004).

Uma característica do sistema de internações psiquiátricas públicas no Brasil, é que elas não ocorrem apenas nos hospitais públicos, mas também em instituições privadas remuneradas pelos SUS. A maioria dessas clínicas tinha como única fonte de renda as verbas públicas, que só são pagas com as internações. Assim, em uma área da medicina em que as internações são "cientificamente indiscutíveis", tal situação desempenha papel importante na junção de forças de diversas naturezas que induzem à internação. O sistema e a mentalidade vigentes estavam organizados em torno da internação, e sendo esta bem prolongada. As empresas hospitalares tinham altos lucros com essas internações e o Estado não tinha controle algum sobre tal fato. Conclui-se, assim, por que o sistema veio a ser chamado de indústria da loucura (TENÓRIO, 2002).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como ponto decisivo esses dois acontecimentos; no ano de 1987, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, e o posterior II Encontro Nacional dos trabalhadores em Saúde Mental. A I Conferência Nacional de Saúde Mental representa não só o fim da trajetória sanitarista de transformar apenas o sistema de saúde, mas o início da desconstrução no cotidiano das instituições e da sociedade das formas de lidar com a loucura (TENÓRIO, 2002).

A respeito do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, Luchmann e Rodrigues (2007) dizem que foi realizado em Bauru/SP contando com a presença de usuários e familiares. Assim, com a participação de novas associações, passa a se constituir um movimento mais amplo, visto que, não só trabalhadores, mas também outras categorias se juntam à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas. É criado neste encontro o Manifesto de Bauru, que é uma espécie de documento de fundação do movimento antimanicomial, marcando a afirmação do laço social entre os profissionais e a sociedade para o enfrentamento da loucura com suas formas de tratamento. No ano de 1993, consolidando o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, foi realizado o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, em Salvador/BA. Na ocasião, foi elaborada a carta sobre os direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental, onde o eixo principal das discussões girava em torno da organização do movimento.

Os integrantes da Luta Antimanicomial participam de iniciativas políticas para a elaboração de projetos legislativos, executivos e governamentais

para construção de políticas públicas de saúde mental, e estimulam a participação da comunidade para as ações que envolvam tais construções, subsidiados por um dos princípios do SUS, que é o controle social (SAITO, 2008, p.124).

Ao final do ano de 1987 e após um período de freqüentes encontros, o MTSM convocou o II Congresso Nacional do MTSM, que se realizou em Bauru-SP, reunindo pessoas envolvidas no processo saúde/doença mental. A partir daí, esse movimento incorporou pautas da "Rede alternativas à Psiquiatria", passou a constituir-se no Movimento por uma "sociedade sem Manicômios", ressurgindo dentro do projeto original, de tradição basagliana, em que o processo de desinstitucionalização assumia o caráter teórico-conceitual (GONDIN, 2001).

É neste contexto de busca de novos paradigmas que surge o projeto de lei 3657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado, que dispõe acerca da extinção progressiva dos manicômios e da criação de recursos assistenciais substitutivos, bem como regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Tal projeto representa apenas o início de uma série de mobilizações desencadeadas em todo país (ALVES, et al, 2009, p92).

Nesse período, surge o 1º CAPS no Brasil, São Paulo, e em 1989 o início do processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santo (SP) na casa de saúde Anchieta. Foi com essa intervenção de repercussão nacional que se mostrou de forma definitiva a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Também nesse período são implantados em Santos (SP) os NAPS, funcionando 24hs as cooperativas, residências para o egresso ao hospital e associações. Essa experiência de Santos é um marco para a Reforma Psiquiátrica brasileira e demonstra que essa é possível (BRASIL, 2005).

O CAPS, segundo Saito (2008, p.127), é:

Um serviço aberto e comunitário do SUS, local de referência e tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses, depressões e sofrimento ligados à dependência de substâncias psicoativas. Tem como objetivo oferecer atendimento à sua área de abrangência, acompanhamento clínico (médico, psiquiátrico e psicológico), reinserção social e familiar. O CAPS surge como proposta do SUS e tem por objetivo substituir as internações prolongadas em hospitais psiquiátricos.

Com a criação do CAPs, é inaugurado um novo modelo de serviços, em que pacientes são atendidos em programas de atividades diversas e que funciona 8hs por dia, e cinco dias por semana, com o objetivo de acolher os pacientes que têm dificuldades de relacionamento e que possam se manter fora do hospital (GONDIN, 2001).

O 1º CAPS era localizado na Rua Itapeva, a uma quadra da Avenida Paulista, na cidade de São Paulo. Foi inscrito no já instituído sistema hierarquizado, regionalizado e integrado de ações de saúde, como uma estrutura intermediária entre o hospital e a comunidade, destinada ao atendimento dos usuários considerados psicóticos e neuróticos graves. Como tal, o CAPS propunha-se a atuar como uma estrutura de passagem, na qual os usuários permaneceriam até apresentarem condições clínicas estáveis para continuar o tratamento definitivo em ambulatórios. Para tanto, a direção do Centro procurou construir uma organização institucional simples, flexível e em permanente mudança, para assegurar maior agilidade e diversidade nas várias modalidades terapêuticas (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Sobre a intervenção, convém ressaltar que a clínica Anchieta era uma instituição privada e conveniada com o INAMPS, ou seja, contratada pelo poder público. Após várias denúncias de maus tratos, ocorreu uma supervisão do SUDS que constatou os fatos, mas os donos do hospício não se movimentaram. O governo Estadual mostrou-se moroso em tomar uma atitude, foi então que a Secretaria de Higiene e Saúde de Santos, com uma equipe recém assumida, entrou em ação juntamente com a prefeita, a TV, os jornais, os moradores vizinhos do hospício e a Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Estado. Em poucos dias, eliminaram o "leito chão", deram alta aos pacientes que estavam com internações prorrogadas apenas para justificar as AIH, mudaram a alimentação, contrataram novos técnicos e começaram o projeto de comunidades terapêuticas (CAMPOS, 2002).

Em 1989, foi apresentado à Câmara dos Deputados o projeto de lei nº 3657, de autoria do deputado Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores do Estado de Minas Gerais / PT-MG), projeto este que posteriormente ficou conhecido como lei da Reforma Psiquiátrica. Era um projeto simples, com apenas três artigos: o primeiro não permitia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos; no segundo, vinha determinado que os recursos públicos deveriam se direcionados

para criação de recursos não-manicomiais, e, no terceiro, colocava-se como obrigatória a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir um parecer sobre a legalidade da internação. Após sua aprovação na câmara dos deputados, o projeto enfrentou dificuldade no Senado Federal, o qual, após dez anos, aprovou um substitutivo bem mais tímido ao que se refere à substituição asilar (SOARES, 2004).

De autoria do senador Sebastião Rocha, o substitutivo deixava dúvidas quanto ao papel e regulamentação das internações e chegava a autorizar a construção de novos hospitais e a contratação de novos leitos em hospitais psiquiátricos onde não existia estrutura assistencial. Quando o texto volta à Câmara dos Deputados, é suprimido o artigo que faz referência à construção ou contratação de novos leitos, e a lei é finalmente aprovada (lei 10.216 de 06 de abril de 2001). A lei sofreu várias mudanças, mas mesmo assim foi considerada uma lei progressista, pois representa uma vitória, podendo ser um dispositivo efetivo de transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no país (TENÓRIO, 2002).

Em 1992, movimentos sociais inspirados pelos projetos da lei Paulo Delgado conseguem aprovar em vários estados brasileiros leis que determinam progressivamente a substituição dos leitos psiquiátricos. É a partir desse período que a política do Ministério da Saúde para saúde mental, acompanhando as novas diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, ganha contornos mais definidos. Com o compromisso do Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e para a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, entram em vigor no país as primeiras normas que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. Embora essas normas regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS, da mesma forma não previam mecanismos sistemáticos para redução de leitos (BRASIL, 2005).

Conforme Terra et al (2006), na II Conferência Nacional de Saúde Mental é que foi resgatada a proposta do projeto do deputado Paulo Delgado, de 1989, a qual já sinalizava a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico por serviços descentralizados, hierarquizados e diversificados nas práticas terapêuticas. Esse modelo preconiza a diminuição de internações e reinserção dessas pessoas à família e à comunidade.

Na década de 90 do século passado, aconteceu em Caracas, Venezuela, a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Esta conferência foi convocada pela OMS e OPAS; com a participação de diversas associações relacionadas com a área, juristas e membros do parlamento de países latino-americanos, e nela se discutiu princípios e estratégias para implementar na prática a reestruturação da assistência psiquiátrica. Desta conferência resultou um documento, "Declaração de Caracas", que direcionava o processo de reestruturação psiquiátrica na América Latina, passando assim a atenção psiquiátrica a ter estreita ligação com a atenção primária (SIQUEIRA; BARBOSA; LARANJEIRA, 2008).

O maior desafio à Reforma Psiquiátrica é o crescente número de internações psiquiátricas gratuitas no setor contratado, o que faz permanecer o modelo manicômio-dependente. A extinção dos manicômios no Brasil dependerá de duas vertentes: a criação ou alternativas consistentes e a construção do modelo manicômio-dependente (TENÓRIO, 2002).

Conforme o exposto, o autor recorda que o projeto Paulo Delgado contemplava esses dois aspectos. A lei agora em vigor não é tão firme em relação a nenhum deles, mas estabelece uma inflexão positiva. Estabelece uma alternativa não asilar para o financiamento público e o ordenamento jurídico da assistência psiquiátrica no país. No geral, a lei contempla os seguintes aspectos:

- Embora a limitação da internação à situação em que os recursos extra-hospitalares se mostrem insuficientes tenha pouco efeito prático, a lei estabelece que o tratamento visará "como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio";
- O tratamento em regime de internação deve ser de atendimento integral com atividades de lazer e ocupacionais;
- Proíbe a internação em instituições com características asilares, mas não proíbe a construção de novos;
- Obriga a criação de mecanismos de reabilitação psicossocial assistida para os pacientes com longo período de internação.

Em dezembro de 2001, 8 meses após a aprovação da lei, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema "Cuidar sim, excluir não!", que potencializou politicamente os agentes da Reforma (FERREIRA, 2006).

A III Conferencia Nacional de Saúde Mental elaborou propostas e estratégias com objetivo de efetivar e consolidar um modelo de atenção em saúde mental que fosse humano, de qualidade e com participação e controle social. Nesta conferência fica determinada a regulamentação imediata da lei nº 10.216/01, também conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, para garantir assistência aos portadores de sofrimento mental em serviços abertos, prescindindo efetivamente do hospital psiquiátrico, com prazo máximo até o final de 2002; garantir que, até 2004, sejam extintos todos os leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil, consolidando assim o projeto de uma "sociedade sem manicômios" (BRASIL, 2002).

É com a promulgação da lei 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, no final de 2001, que a política de saúde mental do governo federal, em conjunto com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, consolida-se e ganha maior sustentação e visibilidade. Linhas de financiamento específicas são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátricos e novos mecanismos são criados para fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. É a III Conferencia Nacional de Saúde Mental que consolida a Reforma Psiquiátrica como política do governo, confere ao CAPS valor estratégico para mudanças no modelo de assistência, defende uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, estabelece o controle social como garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica. Essa conferência, com a ampla participação dos movimentos sociais, usuários e familiares de pacientes, fornece substrato político e teórico para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005).

O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal (BRASIL, 2005, p. 9).

Além do CAPS, que já foi largamente explorado em parágrafos anteriores, há outros serviços na rede extra-hospitalar de assistência psiquiátrica, tais como as Residências Terapêuticas ou lares abrigados. Estes são mais uma alternativa para a reabilitação das pessoas com transtorno mental, vinculadas ao CAPS ou ao ambulatório municipal e que conta com recursos do Ministério da Saúde e dos

gestores locais. Os pacientes dividem uma casa alugada com recursos públicos ou vivem sob tutela dos seus familiares, recebem cuidados de saúde mental na rede existente no município e é estimulada a participação em atividades sociais, como a inserção no mercado de trabalho. Tem-se também o programa De volta pra casa, instituído em 2003, que ajuda a ressocializar pacientes que ficaram muito tempo internados em hospitais psiquiátricos cadastrados pelo SUS. Os pacientes recebem um auxílio-reabilitação e o benefício é entregue diretamente ao paciente durante um ano, a não ser que ele não possa exercer pessoalmente os atos da vida civil. Nesse caso, o representante legal recebe a bolsa. Se, em um ano, o paciente não apresentar condições para se reintegrar à sociedade, a bolsa é renovada. Para entrar no programa o portador deve apresentar condições clínicas e sociais favoráveis à alta hospitalar (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira realiza, então, por meio de uma complexa e sistemática política pública (*Public Policy*), consubstanciada em leis e portarias ministeriais, leis estaduais e municipais, uma ampla modificação no atendimento ao usuário: redireciona o modelo da assistência psiquiátrica; regulamenta cuidado especial com a clientela internada por longos anos, e prevê possibilidade de punição para a internação involuntária ou desnecessária; impulsiona a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio-reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção; inclui assistência de saúde mental para os detentos do sistema penitenciário, possibilitando o pensamento sobre um novo modo de tratar com a questão dos manicômios judiciais; dispõe sobre assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica e assegura medicamentos básicos de saúde mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de saúde que disponham de atenção em saúde mental etc. Em outras palavras, a Reforma formula, cria condições e institui novas práticas terapêuticas visando a inclusão do usuário em saúde mental na sociedade e na cultura (BERLINCK; MAGTAZ; TEIXEIRA, 2008, p24).

Durante muito tempo, a realidade da assistência prestada em saúde mental esteve concentrada apenas no tratamento das patologias específicas e seus agravantes. O paciente era visto como um doente e o tratamento era realizado com internação hospitalar, isolando o indivíduo do convívio social sem considerar a sua cultura. O modelo psiquiátrico persistiu por muito tempo na construção de ambientes asilares (manicômios) destinados a abrigar aqueles sofrendores de algum tipo de transtorno de ordem mental e que, segundo avaliações, não teriam condições mínimas de convívio social. Infelizmente, ainda hoje encontramos ambientes deste tipo espalhados pelo país (JORGE, et al, 2009)

O movimento da reforma não se constitui apenas na desospitalização (redução do número de leitos, do tempo médio de internação hospitalar, do número de altas hospitalares), mas, principalmente, na política do aumento de serviços ambulatoriais, hospitais-dia, centros de convivência, além de outros recursos e tecnologias (CANDIDO; FUREGATO, 2005, p.3).

A Reforma Psiquiátrica vem sendo impedida em seus avanços por pensamentos preconceituosos e antigos que perduram até hoje, são estigmas presentes não apenas na comunidade, mas na própria área da saúde. Apesar de existir uma lei que regulamente e se constatarem alguns progressos terapêuticos, parte significativa dos profissionais de saúde trabalham de maneira dicotômica, prestam assistência centralizada no transtorno mental esquecendo a visão holística do paciente e do contexto em que este está inserido (JORGE, et al, 2009).

Castro e Silva (2002, p.55) afirmam que “estamos vivenciando um período de transição no que diz respeito à Reforma psiquiátrica em nosso país, visto a questão de saúde/doença mental estar passando por um processo de revisão de suas bases conceituais e de sua prática”. Com a reforma, surgiram várias modalidades de atenção e mudanças no processo de cuidar do cliente, mas, em alguns casos, mesmo com todas as mudanças, ainda se observam práticas rotinizadas e estereotipadas. Em linhas gerais, são feitas reformas na parte física dos hospitais objetivando melhorar a classificação junto aos órgãos financiadores. Essa “maquiagem” tem o objetivo de inserir a instituição no novo contexto (BEZERRA apud CASANOVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2006).

De outra forma, podemos observar, ainda, que o discurso médico, a partir do saber psiquiátrico, organiza o espaço das instituições psiquiátricas, e mesmo os novos dispositivos técnico-assistenciais atuais, podem ser capturados por essa lógica institucional e agenciar formas dominante do dever-ser equipe, não tão menos corporativas, haja vista que a organização da assistência apresenta de outra forma, menos tradicional, em equipes de médicos e não médicos, denominadas de *equipes clínicas*, ainda se encontram hierarquizadas e subalternizadas pela ordem médica na prática do cuidado (DUARTE, 2004, p.158).

Ao se refletir sobre a psiquiatria, se constata ser esta uma área onde as pessoas se comportam de forma diferente e, de certo modo, estranho. Chegamos a nos assustar quando os pacientes falam coisas desconexas e incoerentes, dizem que são perseguidos por vozes e não utilizam o discernimento. Conviver com

pessoas desse tipo não é fácil, sobretudo quando apresentam comportamentos agressivos e delirantes.

Mesmo sendo considerada parte da medicina e da enfermagem, a psiquiatria era mantida de lado; os pacientes eram mantidos em vigilância e punição, utilizando-se de eletrochoque e contenção física - a psiquiatria não visava a cura, mas manter o paciente isolado do mundo e do seu cotidiano (TERRA, et al, 2006).

Com o processo de hospitalização, força-se a um abandono do espaço do paciente, da sua residência, de seus rituais e simbolismos, para fazê-lo emergir em um espaço desconhecido. No ambiente hospitalar, em que existem pacientes com patologias diversas, o cuidado em enfermagem deve ter por finalidade uma prática individualizada. Quaisquer que sejam as características do hospital, é necessário que a dignidade e humanidade dos que estão ali sejam consideradas (CASANOVA; PORTO ; FIGUEIREDO, 2006).

A reforma psiquiátrica demanda tempos distintos, enquanto estratégia de reorientação de atenção voltada para um paradigma sanitário de produção voltada para um paradigma sanitário de produção social da saúde, uma vez que as mudanças decorrentes são da ordem político-ideológica, e não somente da ordem técnico-científica. De outro lado, uma integração da teoria às práticas e uma compreensão do sentido profissional desses fazeres diante das demandas tornam-se indispensáveis, pois a história da Reforma está sendo escrita (PRANDONI, PADILHA, 2006, p.633).

A reforma psiquiátrica brasileira é vista como uma das mais ricas e inovadoras no que se refere a mudanças no paradigma psiquiátrico, possui várias estratégias simultâneas e articuladas entre si. É um projeto inovador, que levará a mudanças na relação profissional/cliente, repercutindo na compreensão da sociedade frente à loucura (CANDIDO; FUREGATO, 2005).

O termo reforma deve, portanto, avançar o limite de sua definição, e não mudar isoladamente os campos técnicos, assistenciais, políticos, jurídicos, conceituais ou sócio-culturais, mas criar uma nova construção em que todos esses campos relacionem-se entre si de forma complementar e não excludente (CASTRO; SILVA, 2002, p.80).

O movimento da reforma deve ultrapassar os limites da desospitalização, deve haver uma política do aumento de serviços ambulatoriais, centros de referências, além de outros recursos e tecnologias (CANDIDO; FUREGATO, 2005).

Neste sentido, é necessário procurar alternativas e práticas que atendam à nova realidade e aos problemas de um modelo de atenção à saúde mental baseado na lógica da igualdade e dos direitos humanos. Esta consciência já faz parte do fazer em saúde mental e introduzir ações diferentes no campo da saúde mental não significa necessariamente oficializar normas de boas intenções (PRANDONI; PADILHA, 2006).

Duarte (2004), no entanto, nos alerta que práticas antigas e novas co-habitam o mesmo cenário, isso mostra a pluralidade de saberes e práticas presentes na produção do cuidado. Dessa forma, algumas práticas tradicionais podem ser vistas em alguns hospitais, o que caracteriza o modelo manicomial, com seus modos de tratamento por isolamento, pela contenção muito visível nas enfermarias e também nos ambulatorios. Trata-se de práticas baseadas nas consultas pontuais e espaçadas, na prescrição repetitiva e automática reforçando a prática medicamentosa. Mesmo após a introdução dos novos dispositivos, em nada ou quase nada se alterou o quadro das internações prolongadas, e até mesmo as propostas modernas correm o risco de reproduzir uma lógica manicomial.

3 NOVOS SERVIÇOS E EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS

3.1 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Os centros de atenção psicossocial (CAPS) são serviços de saúde mental abertos e comunitários com o objetivo de prestar assistência diária a pessoas com transtornos mentais. Oferece atendimento à população de sua área de abrangência, com atendimento clínico diário, promovendo a reinserção social dos usuários através do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A função principal do CAPS é organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios, são articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território; são substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. Tem também como função regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte a saúde mental na rede básica (BRASIL, 2007).

O primeiro caps foi planejado a partir de intensos manifestos sociais e de trabalhadores de saúde mental, que buscavam atendimento e assistência mais humanizado, reconhecendo cidadãos acometidos de algum tipo de distúrbio de sofrimento psíquico como membro da sociedade (SAITO, 2008, p.126).

Nos últimos quatro anos, a expansão, a consolidação e a qualificação da rede de atenção à saúde mental, sobretudo dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), foram objetivos principais das ações e normatizações do Ministério da Saúde. A expansão destes serviços foi fundamental para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. Neste período, optou-se pela implantação de uma rede pública e articulada de serviços. A decisão política pela formação de uma rede pública de Caps enfrentou resistências, uma vez que o Sistema Único de Saúde possibilita a contratação de serviços privados em caráter complementar à rede pública. As recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental e o caráter estratégico destes serviços, que têm atribuições intransferíveis, fundaram, no entanto, a decisão política por uma rede Caps de gestão pública. A partir de 2003, apenas Caps públicos (em sua quase totalidade, municipais) foram cadastrados junto ao Ministério da Saúde. Na mesma direção, os municípios foram incentivados a municipalizar os poucos serviços privados ou filantrópicos existentes há mais tempo na rede e que prestassem atendimento relevante. Hoje, 98,6% dos Caps da rede são públicos (BRASIL, 2007).

Cabe esclarecer que os Centros de Atenção Psicossocial foram criados como alternativa ao hospital psiquiátrico e regulamentados pela Portaria 336/2002 (que os classifica, por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, em CAPS I, II, III, I - infantil - e AD). A Portaria define os recursos humanos do CAPS, entre os quais um enfermeiro no CAPS nível I e infantil e um enfermeiro com formação em Saúde Mental nos CAPS II, III e AD (ROCHA, 2005, p.2).

OS CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com perfil profissional dos municípios brasileiros (BRASIL, 2005).

3.1.1 CAPS – Exemplo de Interdisciplinaridade

A inserção de novos serviços (extra-hospitalares), a necessidade do trabalho interdisciplinar e multiprofissional em equipes, a incorporação de diferentes estratégias terapêuticas, a interface necessária com os serviços comunitários e com a saúde pública é um grande desafio para a enfermagem nesse momento e exige reflexão crítica sobre prática de atenção, gestão e ensino (REINALDO, PILLON, 2007).

No CAPS, o trabalho é construído em cada equipe de acordo com sua especificidade, por ser um local de criatividade, de construção de vida. Ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece laços com a sociedade. Algumas atividades são específicas de cada profissão, porém, existem um leque daquelas mais importantes que são as realizadas individualmente ou em grupo. Tais atividades implicam em escuta, acolhimento, estímulo para a vida, para a autonomia, para a cidadania, que cabe a todos. O que importa é que sejam desenvolvidas de forma interdisciplinar e criativa, individualizando o cuidado ao cliente, pois se forem burocraticamente executadas, fogem aos objetivos do CAPS (ROCHA, 2005).

A proposta de cuidado ao portador de transtorno mental no CAPS é baseada em ações que visam a reabilitação psicossocial buscando a autonomia e a cidadania das pessoas (MIELKE, 2009).

A esse respeito, Rocha (2005) diz que a atuação de um enfermeiro no CAPS tem como objetivo oferecer um cuidado de qualidade com novos posicionamentos, novos saberes. A proposta é de um trabalho interdisciplinar que não pretenda abolir as especificidades dos vários profissionais, eles continuam a realizar as ações que são próprias, mas também aquelas que são comuns, valorizando aí a utilização de diferentes técnicas e a integração de diferentes saberes.

Para isso, durante o cuidado, a enfermagem deverá sempre interagir com o cliente. Para fazer com que essa interação seja realmente terapêutica, requer-se do profissional um conhecimento prévio do processo de "comunicação terapêutica", o desejo de compreender o outro, de desenvolver a interação de forma desprendida e sincera, humanizando a assistência de maneira consciente. Se baseadas no conhecimento científico, as técnicas de comunicação terapêutica estimulam a

pessoa que precisa de ajuda a experienciar sentimentos, pensamentos e outras reações durante esse processo (CHAVES, 2008).

O cuidado nesses novos dispositivos é obrigação de todos e o projeto terapêutico deve ser discutido na reunião, lugar onde as relações da equipe se constroem e se fortalecem, ao se responsabilizar, em conjunto, com respeito, intimidade e cumplicidade, pela co-gestão, trabalhando as questões que surgem da situação nova, não-hierarquizada, própria desse trabalho interdisciplinar. Alguns estudos apontam para dois tipos de dificuldade no trabalho desenvolvido no CAPS: a questão do saber/formação do enfermeiro para o trabalho nos CAPS e a dificuldade em ultrapassar fronteira a caminho da integração na equipe interdisciplinar. Assim, para que os enfermeiros possam vencer essas dificuldades, deve se rediscutir questões da formação, considerando que se aprende com quem faz, tendo como aspectos importantes a considerar o cenário da prática e os modelos. Os cursos de especialização ou residências em saúde mental são necessários nesse sentido, desde que interdisciplinares e com prática em CAPS (ROCHA, 2005).

De acordo com Soares (2008), a prática de enfermagem atual apresenta as seguintes características:

- Deficiência no processo de formação de enfermeiros;
- Indefinição quanto ao seu papel;
- A principal função é organizar o espaço a fim de facilitar o trabalho de toda a equipe;
- A maioria dos enfermeiros não se sentem preparados para atuar de maneira interdisciplinar;
- Há uma divergência entre o discurso e a prática;
- Subordinação do trabalho de enfermagem ao trabalho médico.

Os profissionais que atuam no CAPS devem entender o cuidado em saúde mental como uma ação abrangente que vai além do cuidado específico, que envolve a família e a sociedade, quando compreende a reabilitação psicossocial como centro do cuidado. A transformação das formas de cuidado em saúde mental mostra-se viável e favorece a efetivação da proposta da Reforma Psiquiátrica, na qual o

usuário recebe um atendimento que respeita sua cidadania e autonomia (MIELKE, 2009).

Para o enfermeiro que atua em psiquiatria, o trabalho representa situações de indefinições e dificuldade de entender seu papel dentro da equipe, predomínio das atividades burocráticas e atribui-se à sua dificuldade a formação acadêmica, considerada insuficiente. A implementação do relacionamento terapêutico permitiu ao enfermeiro se tornar um agente terapêutico. Cabe posicionarmo-nos enquanto profissionais ativos, construindo princípios científicos próprios e refletir sobre os modelos teóricos apresentados pelos psiquiatras, não os difundindo sem uma reflexão crítica, de forma a não procurar cometer atos iatrogênicos e discriminatórios (SOARES, 2009).

3.2 Serviços de Residência Terapêutica (SRT)

São moradias ou casas dentro da própria comunidade, com o objetivo de cuidar das pessoas com algum tipo de transtorno mental que estejam internadas por longo período em hospitais psiquiátricos e não possuam laços sociais e vínculos familiares. O número de usuários pode variar de 1 a 8 moradores, que devem ter um suporte profissional. O suporte de caráter interdisciplinar (seja CAPS ou referência ou uma equipe de atenção básica) deve ter um projeto terapêutico próprio, centrado nas necessidades dos usuários; ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo um amplo projeto de reintegração social por meio de programa de reinserção no trabalho, mobilização de recursos comunitários, de autonomia para atividades domésticas e pessoais (BRASIL, 2007).

Em linhas gerais, as residências terapêuticas são casas localizadas no espaço urbano, para atender as necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas, ou não, de hospitais psiquiátricos; onde um cuidador é designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos no bairro. Na realidade, a inserção de um usuário em serviço de residência terapêutica é o início de um longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador (BRASIL, 2005).

3.3 Programa De volta para Casa

Criado pela Lei Federal n.º 10.708/2003, o Programa De volta para Casa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Nos últimos anos, foi possível constatar os efeitos imediatos do Programa no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos – o auxílio reabilitação realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia (BRASIL, 2007)

É um dos instrumentos mais eficazes e potencializadores para a reintegração social das pessoas com longos períodos de hospitalização e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos municípios. O auxílio reabilitação é pago mensalmente aos seus beneficiários, no valor de R\$ 240,00. Para receber o auxílio, a pessoa deve ser egressa de hospital psiquiátrico ou de custódia e tratamento psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa de reintegração social. Cada beneficiário do programa recebe um cartão magnético, com o qual pode extrair e movimentar estes recursos. A implantação do programa não se deu sem dificuldades, a grande maioria dos potenciais beneficiários não possuem a documentação pessoal mínima para cadastramento (BRASIL, 2005).

Receber o auxílio-reabilitação é um direito que o paciente de longa permanência egresso do hospital psiquiátrico conquistou durante o Governo Lula. Este dispositivo tem se revelado como uma das estratégias mais potencializadora da emancipação de pessoas com transtornos mentais com histórico de longa internação. Não há dúvida de que nos próximos anos este programa deverá experimentar grande expansão (BRASIL, 2007, p.34).

3.4 Hospital – Dia

Foi um dos primeiros equipamentos do SUS a garantir o cuidado em meio aberto às pessoas com transtornos mentais, mas hoje em dia se encontra em fase de superação, especialmente face ao papel desempenhado pelos Centros de Atenção Psicossocial. Com os investimentos do Ministério da Saúde nos Caps nos últimos anos, tanto na expansão da rede, como na capacitação de suas equipes, vários hospitais-dia de base comunitária transformaram progressivamente seu cotidiano em algo mais dinâmico e com um alto comprometimento com a inserção social de seus usuários. Muitos hospitais-dia transformaram-se assim em Centros de

Atenção Psicossocial, assumindo sua função estratégica de ordenamento da rede de atenção em saúde mental em seu território. Por ser um serviço que se encontra em fase de superação, o Ministério da Saúde deverá recadastrar nos próximos anos os hospitais-dia que já funcionam como CAPS e rediscutir aqueles que permanecerem com um perfil hospitalar, os quais têm mostrado baixa efetividade na reintegração social dos pacientes egressos de internações. Espera-se que a implantação de serviços comunitários (CAPS e ambulatórios) e a expansão da atenção psiquiátrica em hospitais gerais conduzam à superação progressiva deste dispositivo, que teve importância histórica na mudança do modelo de atenção em saúde mental (BRASIL, 2007).

3.5 EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS

3.5.1 Campina Grande – PB

O município de Campina Grande atendia grande parte da sua demanda em dois hospitais: João Ribeiro e o Dr. João Maia, ambos de médio porte. Após a avaliação do PINASH, inicia-se um processo de desinstitucionalização dos pacientes do hospital João Ribeiro e o credenciamento do SUS (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde obteve liminar na Justiça para intervir no Hospital João Ribeiro, que teve péssima avaliação no PNASH/Psiquiatria 2002, e deu início à intervenção no hospital que respondia a grande parte da demanda de saúde mental da região da Borborema. O Processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital João Ribeiro teve início em abril de 2005, com o credenciamento do serviço da rede SUS em julho de 2005 (BRASIL, 2007, p 31).

Após várias negociações entre os gestores das 3 esferas, começa a se organizar os serviços substitutivos e a desinstitucionalização dos pacientes. Foram realizados planos terapêuticos e individuais, criou-se um fórum de discussão e construção coletiva de soluções. Realiza-se o I Encontro Regional sobre Reforma Psiquiátrica, que reuniu os estados da Paraíba, Rio Grande do Norte e Pernambuco para avaliar a situação da assistência nos municípios e traçar planos para a rede de serviços extra-hospitalares (BRASIL, 2005).

Dentre as medidas adotadas, realizou-se um amplo plano de altas, criteriosamente operadas, que exigiram articulações com famílias e serviços de saúde dos locais de origem dos pacientes. Aos poucos, num período de menos de dois meses, este plano de altas reduziu o número de pacientes, restando aqueles que já poderiam ser considerados moradores, pois se encontravam entre dois e 30 anos nas dependências do hospital. À medida que foram feitas as reduções de leitos no hospital, houve uma relocação dos recursos (BRASIL, 2007).

Campina Grande é habilitada no programa de volta para casa e passa a receber incentivos financeiros do Ministério da Saúde para implantação do CAPS e Residência Terapêutica. Em um ano, mudou sua rede de atenção à saúde mental e investe em novos serviços na região (BRASIL, 2005).

3.5.2 Carmo (RJ)

Outro exemplo importante de mudança de modelo assistencial ocorreu em Carmo, no Estado do Rio de Janeiro, onde se localizava o Hospital Teixeira Brandão, de natureza público estadual, que chegou a ter 400 leitos. A Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro elaborou um Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no Hospital Estadual Teixeira Brandão, em 2000, com a assinatura de um Termo de Co-Gestão com o Município de Carmo, visando à consolidação da reorientação da assistência psiquiátrica no hospital. O Hospital Estadual Teixeira Brandão encontrava-se fechado para novas internações desde 2000. Desde então, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro conduziu um processo de desinstitucionalização dos pacientes, com o apoio do Município de Carmo e com o apoio técnico do Ministério da Saúde. No município, foram implantadas 29 residências terapêuticas, sendo 13 com total de 69 moradores na área do hospital (público), mais 16 residências no Município de Carmo, sendo duas de cuidados intensivos, com total de nove moradores. O município conta ainda com um Caps I. Foram cadastrados 69 usuários no Programa De Volta Para Casa (PVC) (BRASIL, 2007).

4 PAPEL DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Desde o Feudalismo até à atualidade do modo de produção capitalista, o objeto de trabalho da enfermagem transformou-se historicamente, complexificou-se e transfigurou-se - a enfermagem é prática historicamente estruturada, existe ao longo da história da humanidade, mas por diferentes maneiras de cuidar que são determinadas pelas relações sociais de cada momento. Atualmente, o trabalho está dividido entre auxiliares, técnicos e enfermeiros. O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade - ação terapêutica; o objeto - indivíduo; instrumento de trabalho - os instrumentos e as condutas que é o nível técnico de conhecimento e o produto final - é a própria assistência de saúde que é produzida e é consumida ao mesmo tempo (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

No século XVIII, a assistência de enfermagem se dava dentro da perspectiva do tratamento moral de Pinel e da Psiquiatria descritiva de Kraepelin. O papel terapêutico atribuído as enfermeiras treinadas, na época, era o de assistir o médico, manter as condições de higiene e utilizar medidas hidroterápicas. Todavia, o conhecimento de que se dispunha sobre os alienados era o do senso comum, ou seja, entendia-se como ameaçadores, e, por isso, sujeitos à reclusão. As práticas de enfermagem no interior das instituições asilares e, posteriormente, dos hospitais psiquiátricos constituem-se de tarefas de vigilância e manutenção da vida dos doentes (VILLELA; SCATENA, 2004, p.739).

No Brasil, até à Primeira Republica, a assistência de enfermagem era de cunho caritativo e a cargo dos religiosos; os trabalhadores dos hospitais eram as irmãs de caridade (parte administrativa) e pessoas leigas, ex-pacientes ou serventes. No contexto brasileiro, a disputa entre as irmãs de caridade e os psiquiatras pelo domínio do hospital mostrava já o corporativismo médico em reunir o saber e o poder de intervenção, o sequestro da loucura e também o poder do hospício (KANTORSKI, et al, 2002).

Ainda nesse sentido, o próprio autor já citado recorda que a partir da inauguração do hospital Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, a disputa se torna mais acirrada. Ocorreram denúncias acerca das más condições do asilo, os enfermeiros e as irmãs foram acusados de praticar abusos contra os pacientes, de não serem capazes de observar e registrar sinais e sintomas das doenças. Os médicos afirmavam que havia impossibilidade de administrar, selecionar e dar alta aos pacientes, e isto dificultava o tratamento adequado aos doentes mentais.

De acordo com Castro e Silva (2002), dois fatos marcaram o nascimento e a criação da enfermagem psiquiátrica no Brasil, a criação do hospício D. Pedro II, que abriu a perspectiva de uma escola de enfermagem, em seguida, no ano de 1890.

Neste mesmo período, o Hospital Pedro II é estatizado e passa a se chamar Hospício Nacional de Alienados. Os médicos assumem o poder, as irmãs se retiram do hospital e, devido à escassez de pessoal, recorre-se às enfermeiras francesas. Nesse contexto, em 27 de setembro de 1890 é criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício de Alienados (Escola Alfredo Pinto) e inaugurado o início oficial do ensino de enfermagem no Brasil. Com a criação desta escola, é estabelecida e criada a função do enfermeiro no interior do hospício. A expansão da rede de hospício e as dificuldades da escola fazem que esta seja desativada. A institucionalização da enfermagem e seu ensino no Brasil são consolidados em 1923, com a fundação da Escola Ana Nery nos moldes de Florence (KANTORSKI, et al, 2004).

Fica claro que foi a necessidade de organização do hospício moderno que determinou a criação de uma primeira escola de enfermagem ligada ao hospital nacional de alienados, inspirada no modelo francês. Em 1890, quando foi criada a primeira escola, tinha-se entre seus principais objetivos a preparação do pessoal para cuidar dos alienados num espaço medicamente concebido, que necessitava de mão de obra também médico-cientificamente orientada (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

De acordo com os autores já referenciados, a Escola Profissionalizante de Enfermeiros e Enfermeiras, anexa ao Hospício Nacional e criada através do Decreto nº 791 de 27 de setembro de 1890, tinha como objetivo formar profissionais para hospitais psiquiátricos e militares e implicitamente promovia a instrução e profissionalização de mulheres pobres. Era vantajoso esse objetivo pois incorporava e disciplinava um segmento da população excluída e considerada perigosa, além do que era subordinação garantida aos médicos, evitando conflitos como os anteriores com os religiosos. No que se refere à motivação para trabalhar nos estabelecimentos psiquiátricos, a enfermagem passou a ser profissão reconhecida e com certa valorização social e profissionalizante para mulheres pobres, o que também significou a possibilidade de ascensão social.

Nesse período, a enfermagem enquanto saber e técnica de intervenção se encontrava como disciplinadora, como instrumento de controle social, onde as ações

eram caracterizadas pela repreensão e punição, e estavam contidas na disciplinarização e reeducação do doente (CASTRO; SILVA, 2002).

A justificativa para criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras era solucionar dois graves problemas que a República estava enfrentando: suprir a falta de mão-de-obra agravada com a saída das religiosas do hospício; e resolver o problema das pessoas do sexo feminino com dificuldade de profissionalização (MOREIRA, OGUSSO, 2000 p.8).

Cabe frisar que entre os vários problemas financeiros e de organização, a escola viveu longos períodos de contradições entre o objetivo explícito de formar enfermeiros e enfermeiras para hospitais civis e militares e o imediato de resolver o problema da assistência aos alienados (MOREIRA; OGUSSO, 2000).

Desde a criação da Escola de Enfermagem Ana Nery (1923), por mais de duas décadas não houve estágio em enfermagem psiquiátrica, este era considerado um espaço inadequado para as alunas devido a questões morais, sexuais e de segurança física. Tal fato contribuiu para que os enfermeiros por ela diplomados evitassem trabalhar em serviços psiquiátricos, aumentando o estigma da doença (PERES; BARREIRA, 2008).

É interessante lembrar que a Escola de Enfermagem Ana Nery, considerada a primeira escola de enfermagem moderna no Brasil, não tinha no seu currículo (1949) nenhuma matéria relacionada às doenças mentais quando passou a desenvolver estágios no Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de Dentro (OLIVEIRA; ALESSI 2003). Após várias professoras assumirem a disciplina de psiquiatria na EAN, passando por Maria Dolores Lins de Andrade (1954), Isabel da Cunha Dantas (1947) e, finalmente, Teresa de Jesus Sena (1960), os estágios já estavam ocorrendo no IPUB. A assistência de enfermagem era prestada por enfermeiras sem diploma de nível superior, portanto não servia de modelo para as alunas, tal situação ocorria na maior parte do mundo. A demanda por um novo tipo de enfermagem psiquiátrica veio ao encontro dos interesses da EAN, uma vez que o enfermeiro teria oportunidade de desempenhar novo papel e funções mais adequadas a sua competência. Foi, por esse motivo, feita a contratação da professora Teresa de Jesus Sena, especialista em enfermagem psiquiátrica nos EUA, a ela caberia a função de promover a reforma do ensino teórico-prático da disciplina na EAN (PERES; BARREIRA, 2008).

A introdução do ensino de enfermagem psiquiátrica no currículo da EAN ocorreu progressivamente, indo desde a ausência (1923 – 1925), passando pelas aulas exclusivamente teóricas, ministradas por médicos (1926-1923), depois seguidas por aulas teórica-prática em sala de aula (1933-1949), e chegando finalmente ao estágio em hospital psiquiátrico (1950) (PERES; BARREIRA, 2008, p. 109).

Conforme os autores já citados, foi com a contratação da professora Teresa de Jesus como chefe do departamento de enfermagem do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil - IPUB (1962) que se constituiu um marco fundamental para a construção e o reconhecimento, naquela época, de um saber de enfermagem psiquiátrica especializado, voltado ao ensino e à assistência.

As transformações, no papel do enfermeiro psiquiátrico, ocorreram concomitantemente à evolução da assistência prestada no asilo, isto é, acompanharam as transformações ocorridas na prática médica e, paralelamente, às tentativas de incorporação de novas técnicas e políticas direcionadas ao tratamento do doente mental. As novas técnicas que possibilitaram as transformações na assistência de enfermagem ocorridas entre os anos 30 a 50 foram: a comunidade terapêutica de Maxwell Jones, a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a psicanálise, os conceitos de psiquiatria dinâmica, preventiva e democrática italiana. Essas técnicas incorporaram uma assistência na abordagem psicossocial e social (VILLELA; SCATENA, 2004, p.739).

Na década de 1930, com as terapias do sono (1903), a insulinoterapia (1935), a eletroconvulsoterapia (1937) e a psicocirurgia (1936), exigia-se novas habilidades da enfermagem, mas o seu papel ainda se encontrava centrado na manutenção da ordem asilar. Posteriormente, nas décadas de 50 e 60, surgiram os primeiros trabalhos na literatura adaptando métodos psicoterapêuticos e definindo funções da enfermagem psiquiátrica. Alguns estudos, como os de Hildegard Peplau (1952) e Joyce Travelbee (1966), mostram a necessidade do enfermeiro desenvolver habilidades para se relacionar com o paciente de forma a que venha compreender o significado do seu comportamento e ajudá-lo. Embora estes estudos não tenham sido incorporados à prática da enfermagem psiquiátrica brasileira, direcionaram o enfoque na área (KANTORSKI, et al, 2004).

Hildegard Peplau foi uma enfermeira que muito contribuiu para a assistência da enfermagem, ela reformulou a Teoria das Relações Interpessoais, usando como instrumento a observação sistemática das relações enfermeiro-paciente. Buscou valorizar a singularidade, a reciprocidade e a ajuda mútua entre o enfermeiro e o

paciente. Ela preconizava a utilização de um plano para assistência, onde se deveria reconhecer, definir e compreender o que acontece quando se estabelece relações com o paciente. Esse foi o primeiro modelo de sistematização para a Enfermagem Psiquiátrica e fez com que a Enfermagem buscasse explicações para a loucura por meio de dois discursos: o psiquiátrico, que é basicamente organicista e predominante até o momento, e o psicológico, como ênfase nos aspectos comportamentais das relações humanas, que aconteceu no final da década de 60 (VILLELA; SCATENA, 2004).

Ao se analisar o modelo da assistência de enfermagem no hospital asilar até o início da década de 70, à enfermagem coube o papel de vigiar, segregar, punir, além de desenvolver atividades relacionadas aos cuidados com alimentação, higiene e administração de medicamentos ao paciente. Só a partir da década de 70 do século passado, diante das redefinições sociais, econômicas, políticas e da área da saúde, a enfermagem psiquiátrica começou a absorver mais no ensino do que na prática estratégias de ação (CASTRO; SILVA 2002).

Observamos na década de 70, no Brasil, que as mudanças na saúde mental expandem o campo de ação da enfermagem psiquiátrica. Incorpora-se conhecimentos e possibilidades de intervenção na família, na escola, no bairro e na comunidade através de técnicas grupais, relação interpessoal, ambiente e comunicação terapêutica (KANTORSKI, et al, 2004, p.410).

Neste sentido, Fernande (1983 apud CASTRO; SILVA, 2002) fala que a enfermagem foi englobada pelas reformulações sociais, redefiniu e organizou o modelo de assistência, procurando oferecer uma assistência mais abrangente, ampliar seu raio de ação, consolidando assim o processo de psiquiatrização da sociedade.

Diante do exposto, não há como negar que a psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica surgiram no hospício - este era uma instituição disciplinar para reeducação do louco, onde o médico era a figura de autoridade e, como tal, deveria ser respeitado. A respeito da especificidade do trabalho da enfermagem psiquiátrica, esta era desenvolvida no hospício e não era semelhante à do modelo Nightingale. Mesmo após a disseminação em vários países, os loucos não eram objeto de interesse explícito para a Enfermagem Moderna, nem na Revolução Nightingale, na Inglaterra Vitoriana, cheia de hospícios, nem na implantação desse modelo no Brasil do século XX (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Na década de 70 do século passado, a enfermagem psiquiátrica já reconhecia que a saúde mental é um componente essencial da saúde e também um direito humano, o que vem reforçar a idéia de que é um dever do enfermeiro promover a saúde mental das pessoas. Já se reconhecia que assistência na prática de enfermagem, centralizada na doença e no doente hospitalizado, deveria concentrar-se na pessoa com seus comportamentos específicos, os quais significam um grito, um alerta para sua necessidade de ajuda (CANDIDO, FUREGATO, 2005).

Nesse mesmo período, surgiu nos EUA a figura de Joice Travelbee, que consagrou a relação de pessoa a pessoa nessa profissão. Seus métodos eram uma combinação de teorias existencial-humanistas, focalizando a relação do homem como ser existencial, que busca significado na sua vida e sofre com isso. No Brasil, se destaca a enfermeira Maria Aparecida Minzoni, que se preocupou com a humanização da assistência ao doente mental. Ela muito contribuiu para a enfermagem psiquiátrica nesse país, atuando em vários campos da enfermagem, como no ensino, na pesquisa e na assistência (VILLELA, SCATENA, 2004).

A enfermagem psiquiátrica no Brasil se iniciou ao final do século XIX, é caracterizada como um modelo assistencial hospitalar de cuidado ao doente mental, modelo psiquiátrico clássico que perdura até hoje apesar do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ao mesmo tempo, a enfermagem em saúde mental caminha para superar esse paradigma, inventando novas possibilidades de cuidar, dando voz ao sujeito, compreendendo sua história, sua subjetividade, e não mais apenas os sintomas. Está ocorrendo uma ruptura epistemológica e na enfermagem, configurando-se pela transformação do próprio objeto da enfermagem psiquiátrica, que deixa de ser a doença e passa para o sujeito inserido no contexto social. A enfermagem em saúde mental passa de uma prática hospitalar disciplinar sobre o comportamento dos "doentes mentais" para uma prática baseada em novos princípios (OLIVEIRA, 2006).

O conceito de loucura passa a mudar com o surgimento da Reforma Psiquiátrica, que traz a proposta de inclusão social do paciente exigindo do enfermeiro psiquiátrico novos instrumentos para cuidar e promover a reabilitação social. Diante desse novo cenário, onde se pretende superar o modelo hospitalocêntrico implantando novos modelos assistenciais, o foco é a re-inserção social e a cidadania do doente mental, tendo como novas formas de atenção e cuidados propostos pela Política Nacional de Saúde Mental; centros e núcleos de

atenção psicossocial, oficinas terapêuticas, hospital-dia, leitos e emergência psiquiátricas em hospital geral. Estes modelos são novos campos de atuação para enfermeiros qualificados e o controle social destes serviços pode ser exercido pelos próprios usuários (KANTORSKI, et al, 2004).

A qualidade da assistência psiquiátrica prestada nos hospitais psiquiátricos sofreu críticas desde a própria história da enfermagem psiquiátrica, que envolve relatos de uma assistência desumana ocasionada pelo desconhecimento da doença e do doente, onde o preconceito se sobrepõe ao conhecimento. Tal fato é tão marcante, que a assistência oferecida atualmente com os princípios científicos e humanitários não é valorizada (SOUZA; CRUZ; STEFANELLI, 2007).

O portador de transtorno mental sempre esteve presente no dia-a-dia do enfermeiro, não importando sua área de atuação. Mesmo sabendo que o profissional da área é o que deve ter mais experiência, não se descarta que profissionais de outras áreas não devam estar preparados para identificar, cuidar e orientar este paciente. A atenção em enfermagem psiquiátrica deve ser oferecida em todos os lugares, é uma parte da enfermagem geral, todos os enfermeiros devem ter conhecimento desta área (CÂNDIDO; FUREGATO, 2005).

O momento atual do trabalho de enfermagem em saúde mental é um momento de transição de uma prática de cuidados hospitalares onde o comportamento dos "doentes mentais" era contido, e a incorporação de novos princípios, que buscam ajustar-se a uma prática interdisciplinar, aberta as contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações. É um período crítico para o profissional, mas também favorável para o conhecimento e análise do processo de trabalho nessa área (OLIVEIRA ; ALESSI, 2003).

O cuidado se torna, sob a égide da Reforma Psiquiátrica brasileira, o objeto dos trabalhadores em saúde mental, e deixa de ser objeto exclusivo da Enfermagem e sua maternagem, na medida em que houve um deslocar e uma construção de objeto no próprio campo da saúde mental, pendulando entre a piedade e o autoritarismo (DUARTE, 2004, p.156).

Está ocorrendo uma redefinição, em se tratando da assistência à clientela, mas a enfermagem também vem desenvolvendo atividades e experiências. O cuidado em enfermagem psiquiátrica é influenciado por diversas correntes, como:

vínculos dialéticos que incluem valores, culturas e ideologias da sociedade; determinismos sócio-econômicos, culturais e políticos; subjetividades de profissionais e clientes (CASANOVA, PORTO; FIGUEIREDO, 2006).

Quando o movimento da Reforma Psiquiátrica chega ao país, a exemplo do que vinha ocorrendo desde a II Guerra Mundial na Europa e na América do Norte, teve como consequência uma nova discussão sobre a necessidade de mudanças na atuação da enfermagem e outros profissionais da área (KIRSCHBAUM; PAULA, 2002).

O discurso médico psiquiátrico sobre a loucura vem mudando a partir da Reforma Psiquiátrica, a proposta de inclusão social do paciente passa a exigir da enfermagem psiquiátrica novos instrumentos para cuidar e promover a reabilitação psicossocial desse paciente (KANTORSKI, et al, 2004).

Na prática da enfermagem psiquiátrica, muitas intervenções têm no modelo biomédico um norteador orientado pelos avanços na Neurociência e dos psicofármacos. Concomitantemente, observa-se uma crescente preocupação com os valores socioculturais, família, trabalho, moradia dos "doentes mentais". Consideramos que viabilizar esta perspectiva, ainda representa um imenso desafio no cotidiano das práticas institucionais e da sociedade em geral, uma vez que processos introdutórios são simultaneamente postos em movimento (OLIVEIRA, 2006, p.615).

Diante do novo paradigma que emerge onde determina o repensar da prática, os instrumentos de intervenção há muito tempo utilizados pelos enfermeiros, como o relacionamento interpessoal e a comunicação terapêutica, podem e devem ser utilizados e inseridos no projeto terapêutico construído coletivamente pela equipe e usuários do serviço, tendo como objetivo que este usuário possa usufruir do direito à cidadania. Saliente-se que a prática de enfermagem deverá ser criativa e flexível, tendo como objetivo aumentar habilidades e autonomia dos usuários dos serviços (CAMPOS; BARROS, 2000).

Mediante este fato, alguns trabalhos mostram que alguns enfermeiros ainda não possuem uma nova identidade profissional ocasionada por uma indefinição no próprio modelo de intervenção, que estão construindo seu funcionamento com base nos preceitos da Reforma Psiquiátrica. O ensino de enfermagem psiquiátrica também não foi reformulado, o que só tem a dificultar a inserção dos agentes de enfermagem ao novo paradigma das políticas de saúde mental no país (KIRSCHBAUM;PAULA,2002).

O enfermeiro psiquiátrico é levado a repensar seu papel e sua prática frente aos novos desafios de reestruturação da assistência. Conhecer as diferentes concepções da loucura e do ser louco na história, nos faz concluir quanto os nossos pensamentos e práticas ainda são preconceituosos. Hoje, existe esforço de muitos profissionais em superar antigos modelos, embora não se encontrem reflexos significativos e homogêneos, tanto na prática, quanto no ensino de Enfermagem Psiquiátrica, que atendam aos princípios da Reforma (CASTRO; SILVA, 2002).

Desse modo, se faz concluir que o preparo para o exercício profissional do enfermeiro psiquiátrico se dá no próprio mercado de trabalho; isso mostra que o ensino de enfermagem ainda não incorporou em sua prática ações baseadas na nova política de saúde mental. Diante disso, fica claro que a formação se dá dentro dos hospitais psiquiátricos tradicionais. Como já foi dito, o ensino de enfermagem ainda não incorporou os ideais da Reforma Psiquiátrica e suas conseqüências, os enfermeiros que atuam na rede não foram devidamente atualizados em seus conhecimentos. Faz-se necessário o envolvimento dos diversos segmentos da enfermagem, objetivando o desenvolvimento efetivo da prática terapêutica da enfermagem aos portadores de transtorno mental (CÂNDIDO, FUREGATO, 2005).

A esse respeito, Souza, Cruz e Stefanelli (2007, p.191) afirmam que:

O enfermeiro que nem sempre recebe no seu curso de graduação formação específica na área de assistência psiquiátrica, vai trabalhar, muitas vezes, em serviços psiquiátricos, hospitalares ou não, sem o preparo adequado. Dessa forma, surpreende-se com a própria falta de conhecimento a respeito dessa área, o que o leva a viver uma situação de emaranhados de papéis, que dificulta seu ajustamento ao serviço.

Assim, os enfermeiros precisam rever sua formação, apontar novas posturas diante do sujeito em sofrimento psíquico; ampliar seus conhecimentos além dos adquiridos na graduação (CAMPOS; BARROS, 2000). Este é um período crítico para a profissão, mas também um período extremamente favorável para a construção de conhecimento e análises dos processos de cuidar, ensinar e pesquisa nessa área, conforme anteriormente referido (OLIVEIRA, 2006).

No decorrer de sua formação, o enfermeiro foi preparado para desenvolver ações e técnicas definidas quando se depara com a área psiquiátrica, é-lhe exigida uma postura de iniciativa e criatividade, o que nem sempre é trabalhado durante a graduação. Logo, o profissional que não tem uma visão abrangente de suas

atribuições ocupa-se de tudo, desde o livro de ocorrência até ao vaso sanitário entupido, porém, fica faltando o principal, que é o plano terapêutico e a orientação dos auxiliares na interação com os pacientes (SOUZA, 2003).

Mesmo com a sistematização do ensino de enfermagem, os profissionais foram sendo formados e desenvolvendo sua prática e modos de assistência, conforme as concepções e modelos vigentes em cada época, não refletindo necessariamente na melhoria da qualidade da assistência prestada aos internados ou pacientes psiquiátricos de uma maneira geral (CASTRO; SILVA, 2002, p.58).

Diante dos novos modelos, o enfermeiro deve ser preparado para atuar com enfoque de serviços extra-hospitalares e de reabilitação psicossocial. Do tradicional ao psicossocial, do tecnicista à satisfação das necessidades do usuário, assumindo novas tarefas, como maior envolvimento com familiares, ajustando-se às mudanças advindas da atual política de saúde mental vigente no país. Para que isso ocorra, é mister que os acadêmicos de enfermagem tenham oportunidades de exercer a prática curricular também em serviços substitutivos, subsidiados pela postura do docente que busca um ensino crítico-reflexivo e direcionado para os ideais da Reforma Psiquiátrica (MONTEIRO, 2006).

Face às novas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, os profissionais de enfermagem dessa área sentem a necessidade de refletir sobre suas ações; uma vez que o processo de trabalho é composto de conflitos e resistência que vem dos diferentes saberes/fazeres da área, necessitando ser repensado no cotidiano que se constrói. Mediante as mudanças que vêm ocorrendo no país, orientadas pela Reforma Psiquiátrica desde a década de 80, se faz necessário implementar e qualificar as ações dos trabalhadores em saúde mental, tendo como diretrizes: acolhimento, vínculo, responsabilidade, interdisciplinaridade, integralidade e humanização da atenção, resolutividade para as demandas dos serviços de saúde e o permanente repensar das práticas assistenciais (OLSHOWSKY, et al, 2004).

Convém enfatizar que:

Com os movimentos da reforma da assistência psiquiátrica, os enfermeiros passaram a atuar nas instituições extra-hospitalares, ou seja, em ambulatórios, NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas, dentre outros. Então, a

atenção do profissional de Enfermagem direcionou-se a novas formas de cuidar em saúde mental, buscando serviços extra-hospitalares (VILLELA; SCATENA, 2004, p.740).

A enfermagem psiquiátrica mudou e vem procurando evoluir cada vez mais após a Reforma Psiquiátrica. Antes, no modelo manicomial, era vista como aquela que controla, vigia e reprime; o cuidado era baseado em cuidados físicos e vigilância sobre o paciente psiquiátrico. É preciso recuperar o doente e promover sua reinserção na sociedade e as práticas antigas devem ser abandonadas. Os profissionais atuantes devem sofrer um processo de reciclagem buscando uma nova concepção em busca de mudanças (MACHADO, et al, 2006).

Há que se abandonar a fragmentação do cuidado ao doente mental, pautado pelo modelo de assistência psiquiátrica que enfoca a doença e não os reais potenciais de reabilitação, para abraçar um método que sistematize o processo de trabalho, e permita ao enfermeiro psiquiátrico a aplicar critérios produtivos em sua atuação (SAIDEL, et al, 2007, p. 2).

Nesse novo paradigma que emerge, há necessidade de profissionais abertos ao diálogo, a um novo saber e a uma nova abordagem no tratamento, que valorizem o ser humano resgatando a sua história e a sua vida. É preciso também saber interpretar as diferentes linguagens que o corpo utiliza para exteriorizar seus sentimentos. O enfermeiro é desafiado todos os dias quando tem que rever conceitos, métodos e a forma de lidar com o paciente, esse profissional deve ter qualidades como conhecimento, sensibilidade, criatividade e reflexão; rever a forma como lida com o portador de transtorno mental. É preciso um comprometimento com a desinstitucionalização com um cuidado centrado no ser humano que tem direito a ser assistido sem exclusão (TERRA, et al, 2006).

A enfermagem deve trabalhar o portador de sofrimento psíquico articulando-se com práticas que busquem a cumplicidade e a solidariedade da sociedade para com ele, em prol da restituição de sentido à vida deste indivíduo (KANTORSKI, et al, 2004)

Apesar do discurso de que está ocorrendo uma desconstrução do saber psiquiátrico antigo e a superação das práticas manicomiais, nas ações ainda prevalece o modelo organicista. O enfermeiro ainda mantém as práticas tradicionais, como a triagem e controle medicamentoso dos pacientes em crise, muito embora no discurso configure atividades de relacionamento interpessoal e trabalho

interdisciplinar. Mesmo reconhecendo as limitações do modelo médico psiquiátrico, estes profissionais ocupam-se em controlar o comportamento do usuário e, apesar de criticar o tratamento ofertado pela instituição, não se percebe como agente transformador desta realidade. O que vem ocorrendo é uma nova abordagem no objeto, onde não é mais o doente mental que deve ser controlado e contido, mas sim o portador de transtorno mental deverá ser atendido em suas necessidades psicossociais (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

[...] a enfermagem continua realizando uma assistência fragmentada, apresentando dificuldades em desenvolver atividades com os pacientes que não sejam aquelas realizadas dentro dos serviços psiquiátricos e de preferência que não tomem muito tempo. Por vezes, o profissional de enfermagem esquece que a estabilidade emocional do paciente será construída com a contribuição de todo o grupo multiprofissional e da família (TERRA et al, 2006 p.8).

A nova concepção de assistência de enfermagem psiquiátrica corresponde a uma ruptura com as práticas de coerção, onde a maior dificuldade foi fazer com que os antigos profissionais se desligassem da estrutura manicomial excludente. O novo perfil da enfermagem psiquiátrica não significa uma mudança total na prática assistencial construída ao longo dos anos, mas algumas práticas foram sendo realizadas de forma mais sutil (PERES; BARREIRA, 2008).

Dos anos 90 até os dias atuais, os cuidados na enfermagem psiquiátrica se encontram em profunda transformação, inserida através da Reforma Psiquiátrica brasileira, influenciando a produção científica na área e a rediscutindo os conceitos e práticas que movem o cotidiano da assistência. É nesse contexto que a enfermagem está inserida, buscando a utilização de um modelo terapêutico onde o paciente possa ser compreendido e planejando a melhor forma de cuidar. É um processo interpessoal que promove e mantém mudanças no comportamento do paciente, sua prática é baseada no conceito de reabilitação psicossocial. O cuidado em saúde mental é um desafio diário para o enfermeiro, é um dos aspectos mais dinâmicos da prática, a eficácia está na inovação, na especificidade e no imprevisto. A enfermagem realiza sua ação consciente de que o papel do enfermeiro é o de agente terapêutico, essas ações são caracterizadas como espontâneas, mas guiadas pela consideração da capacidade técnica e pelo vínculo (MACHADO, et al, 2006).

Nos novos serviços que surgem, a enfermagem realiza suas ações de forma direcionada no tratamento dos doentes mentais, implicando atitudes de respeito, e dignidade estas ações são voltadas às individualidades do sujeito e participação deste em seu processo de tratamento, valorizando e estimulando o auto-cuidado, bem como a reinserção em grupos comunitários. O profissional deve buscar espaço de produção do acolhimento, isto é, espaços que possibilitem a solidariedade, a afetividade, a compreensão, a autonomia, a ética, e a cidadania, estes são os espaços que promovem a atenção psicossocial e a reabilitação do indivíduo (VILLELA; SACATENA, 2004).

Para isso, no espaço do hospital psiquiátrico, onde existem vários pacientes com diversas necessidades psicológicas e sociais, o cuidar em enfermagem psiquiátrica deve ter por finalidade uma prática clínica individualizada. Quaisquer que sejam as características operacionais do hospital, é necessário que a dignidade e humanidade sejam consideradas, preservar a dignidade e humanidade dos clientes durante a realização dos cuidados. Isto implica atenção no que o paciente diz, seus desejos, suas condições existenciais e relações com as pessoas e com o mundo. Assim, sem retrocessos na orientação terapêutica da instituição, quando os integrantes da equipe de enfermagem superarem as dificuldades do cuidar sob nova ótica, as novas formas de atendimento do trabalho serão fortalecidas dando origem a uma prática diferenciada de enfermagem, mais disseminada e uniforme entre os profissionais de saúde (CASANOVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2006).

As atividades devem obedecer a uma dinâmica própria onde se envolve a equipe e está implicada a possibilidade de trabalhar em conjunto, o ambiente e o enfermeiro disponíveis para dispensar cuidados aos pacientes com transtorno, com quadro clínico particular, considerando seus recursos sociais, seu querer. O despreparo desse profissional é o que pode levar ao paciente a não responder satisfatoriamente ao tratamento, não expressar suas queixas e seus sentimentos de forma direta, prejudicando assim seriamente o andamento dos cuidados (MACHADO, et al, 2006).

A enfermagem, por ser uma área de grande proximidade com o paciente, deve ser capaz de incluir o doente mental na sociedade, auxiliando-o e apoiando-o, bem como aos seus familiares, em programas como De Volta pra Casa, residências terapêuticas, Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), entre outros. Em conjunto com outros profissionais, usuários e familiares e a sociedade, contribuir para a

identificação e valorização do portador de sofrimento psíquico em sua individualidade, responsabilizando-o por suas atitudes e instruindo-o de maneira correta para que assuma independência, além de exercer a função de informar à sociedade, favorecendo a inclusão social desse indivíduo (MOREIRA, et al, 2007).

Para tal, esse profissional necessita de uma visão que consiga fazer a relação entre a parte e o todo e do todo e a parte. Isto não é uma tarefa fácil, mas também não é individual, exige um intercâmbio entre as áreas que se encontrem desagregadas, para que possam aprender juntas a reunir o parcial ao global, o um ao múltiplo, a ordem à desordem, o observador ao observado (TERRA, et al, 2006). O enfermeiro é um importante agente de mudanças nessa nova realidade, bastando-lhe tomar consciência desse fato. Quanto mais consciente de sua condição pessoal e social, de seu papel de trabalhador inserido num contexto social e de cidadão num sistema político, mais apto estará para eleger instrumentos de trabalho que visem o resgate dessa mesma condição de sujeito-cidadão às pessoas com transtornos mentais. Quanto menos consciente de sua condição de sujeito social e de cidadão, mais aderido estará ao antigo modelo médico-disciplinar e mais subordinada e coadjuvante será a sua atuação nas intervenções desse modelo (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Nesse sentido Barreto; Buchele (2005) apud Morreira et al. (2007, p. 36) comentam que:

A reabilitação psicossocial baseada em novas modalidades terapêuticas busca potencializar a atenção integral à saúde mental. Para tanto, alguns dispositivos são meios facilitadores e incentivadores para alcançar as propostas, tais como centros de convivências, psicoterapias, oficinas terapêuticas e outros. No aspecto mental e social, a ocupação proporciona distração, socialização, segurança, sublimação de tendências anti-sociais, restaurando o pensamento sadio, desenvolvendo talentos pelo emprego do poder de concentração e habilidades de cada um. A ocupação é um aspecto importante tanto na "vida normal", como também é elemento essencial da terapêutica psiquiátrica, que tornará possível a reintegração do paciente na sociedade

A enfermagem psiquiátrica, desde o início de sua existência, é marcada por práticas controladoras e repressoras, e nesse novo contexto as ações de enfermagem devem adquirir uma nova postura que atenda aos objetivos da reforma. Nessa mudança, o enfermeiro deve ter uma abordagem holística que considere a individualidade do ser humano e o contexto que se encontra inserido, deve

abandonar a idéia de fragmentação do cuidado ao doente mental, instituir novas atitudes, para que o paciente se desenvolva como pessoa, respeitando a si e os outros.

Diante deste novo modelo, os novos serviços, chamados serviços abertos, são uma possibilidade de intervenção para a enfermagem, mas também motivo de insegurança tanto pessoal quanto profissional, por se tratar de uma situação nova e desconhecida. Estes serviços possibilitam o encontro com outros profissionais com pacientes, familiares e a comunidade, tal situação é bastante comum nos CAPS e exigem do profissional novas capacitações pessoais e profissionais. Assim, pois, os enfermeiros que tiveram uma formação influenciada pelo modelo médico-biológico se sentem inseguros e objetivando superar essa deficiência, exige-se do profissional novas habilidades e competências que não são contempladas no exercício de sua formação, ou até são, mas de forma aleatória e precária nos currículos.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste item será apresentada a instituição *locus* da pesquisa, bem como a análise os dados coletados a partir das entrevistas realizadas com enfermeiros e técnicos em enfermagem da instituição. Os questionários continham perguntas relacionadas à Reforma Psiquiátrica e foram aplicadas às duas categorias profissionais já citadas, sendo que para os enfermeiros foram acrescentadas duas perguntas relacionadas ao tempo de formação e as maiores dificuldades encontradas no âmbito da reforma, por entender que estes possuem em sua formação conteúdos relacionados à área de saúde mental.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O hospital Colônia Dr. João Machado - HJM é uma instituição que presta assistência aos portadores de transtorno mentais graves e em fase aguda, sendo as suas modalidades de assistência: pronto-socorro e internações. Apesar da reforma psiquiátrica datar de algum tempo, ainda predominam os traços manicomiais, embora sua direção aponte para uma transformação. Ocorrem mudanças lentas, pois, como comentado desde o início, a cultura asilar está cristalizada nas ações cotidianas e arraigada no comportamento dos profissionais e usuários.

O HJM segue as orientações do Ministério da Saúde, procura evitar a primeira internação e reduzir ao mínimo o tempo de internação. As ações continuam restritas a cada profissional, sendo recente a adoção de práticas terapêuticas por uma equipe multiprofissional. O hospital passa por uma reforma arquitetônica e funcional para se adaptar ao novo modelo assistencial do SUS e absorver as diretrizes da sua política de saúde mental. Assim, deixará de ser uma instituição fechada para se integrar a uma rede assistencial de saúde mental.

O referido Hospital está situado na cidade do Natal, na Avenida Almirante Alexandrino de Alencar, 1700, no bairro de Tirol. Sua construção se iniciou em dezembro de 1948, tendo sido inaugurado em 15 de janeiro de 1957, durante o mandato do então presidente da República Juscelino Kubstschek. O fundador do hospital foi João da Costa Machado, nascido em 27 de maio de 1912. A escolha

desta instituição se deu por esta ser referência no Estado e também por ser ambiente de trabalho da autora.

5.2 RESULTADOS

Uma das questões consideradas importantes neste estudo foi identificar o tempo de atuação na instituição. Os dados do questionário podem ser visualizados na tabela a seguir.

Tabela 1. Tempo de atuação no Hospital Colônia Dr. João Machado

TEMPO DE SERVIÇO	QUANTIDADE	%
< 5 ANOS	03	11,11%
05 A 10 ANOS	07	26 %
10 A 15 ANOS	05	16%
> 15 ANOS	12	44,5%
TOTAL	27	100,0

FONTE: PESQUISA DE CAMPO (2009).

Os dados da tabela 1. mostram que, do total de funcionários entrevistados, 44,5% chegou ao hospital no início da década de 1990, período em que o Brasil assinava a Declaração de Caracas com o compromisso de realizar a II Conferência Nacional de Saúde Mental. Também entrou em vigor no país as primeiras normas que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária e a fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

No ano de 1992, aconteceu a "I Conferência Municipal de Saúde Mental"; em 1993, a implantação de um "Programa de Saúde Mental", no Centro de Saúde de Pirangi e em 1994 a implantação do primeiro CAPS na cidade do Natal (CALDAS; MACEDO, 2008).

Dos vinte e sete (27) entrevistados apenas um (1) respondeu que já tinha experiência anterior em psiquiatria, enquanto 17 responderam que trabalhavam em áreas distintas da enfermagem (oncologia, materno infantil, UTI, "posto de saúde" entre outros). Os demais não informaram.

Diante desses dados, se faz necessário avaliar quais foram os motivos que levaram a atuar em um hospital psiquiátrico, gostar da especialidade, necessidade, por ser o único emprego que conseguiram? Talvez essa última opção seja a que expressa melhor a realidade, pois enfermeiros atuam em algumas especialidades por necessidade de emprego, sem preparo adequado (SOUZA; CRUZ; STEFANELLI, 2007).

Ao ingressar na instituição, apenas quatro (4) responderam que receberam treinamento. Um número muito pequeno, se analisarmos o momento que se estava vivendo, período que estava ocorrendo várias manifestações e movimentos no que se refere à Reforma Psiquiátrica brasileira.

"Estes dados demonstram que parece não haver uma preocupação das instituições com a educação em serviço, o que, a nosso ver, pode comprometer a qualidade da assistência" (CASTRO; SILVA, 2002,p.61).

Sobre esse aspecto Grade; Cruz, Stefanelli (2006, p.108) afirmam:

A educação continuada em serviço para o enfermeiro psiquiátrico é importante para aquisição de habilidades e conhecimentos fundamentais para a qualidade do desempenho de suas ações no cuidado ao paciente, pois "são pessoas cuidando de pessoas".

Sobre o exposto, os autores recordam que objetivando o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro que trabalha junto a pacientes com transtornos mentais, a educação contínua em serviço propiciada pelas instituições é uma alternativa altamente viável para o aprendizado das práticas da Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental. Esta deve refletir a filosofia da instituição que procura a qualidade da assistência vinculada ao conhecimento especializado do enfermeiro psiquiátrico. Para tanto, o profissional deve aprofundar-se no conhecimento sobre o processo de comunicação humana e de comunicação terapêutica para desenvolver a relação interpessoal adequada, tão necessária à qualidade do cuidar em Enfermagem Psiquiátrica.

Dos quatro enfermeiros entrevistados, todos responderam ter 15 anos ou mais de formação; desse total apenas um (1) informou que antes de ingressar na psiquiatria trabalhava em outro serviço, mas que não tinha experiência na área, apenas o que se ensina na graduação. Corroborando com essa afirmativa, Souza; CRUZ e Stefanelli (2007) dizem que o enfermeiro começa sua carreira sem clareza

do seu papel em enfermagem psiquiátrica e nem sempre recebe qualquer preparo para iniciar suas atividades em campo pouco conhecido.

Cursos de graduação em Enfermagem não podem atender a todas as especificidades, mas devem estimular no aluno o interesse em desenvolver pensamento crítico e trabalho em prol de uma enfermagem psiquiátrica e em saúde mental mais científica e humanitária, ajudando, também, o paciente a encontrar sentido na vida ou ressignificá-la (SOUZA, CRUZ; STEFANELLI, 2007, p.193).

Na realidade, o ensino de enfermagem ainda não incorporou a nova filosofia da reforma psiquiátrica e suas conseqüências e os enfermeiros que atuam na rede não foram devidamente atualizados em seus conhecimentos (CANDIDO; FUREGATO, 2005).

Sobre possuir outros vínculos empregatícios, nove (9) dos entrevistados responderam trabalhar em outro serviço, sendo de áreas distintas como: educação, assessoria parlamentar, metalúrgica, farmácia, contabilidade, marcenaria, comércio. Isso faz inferir que talvez haja uma insatisfação, tanto profissional quanto financeira, fazendo com que estes busquem outras vertentes de trabalho, tenham outras pretensões. Quanto aos demais, três trabalham em outra área da enfermagem e os restantes não especificaram.

Sobre o conhecimento de algum aspecto da Reforma Psiquiátrica, catorze (14) responderam que não e onze (11) responderam que sim. Apenas dois (2) dizem conhecer, mas não especificaram qual aspecto da reforma. Destacamos em seguida as respostas:

“A forma de tratamento aos pacientes com transtorno mental, com maior enfoque na desospitalização; com a substituição de tratamentos substitutivos (CAPS) e junto à família e à sociedade, objetivando a desmistificação da doença e humanizando quanto ao tipo de assistência” (Entrevistada 1).

“Embora não seja um profundo conhecedor desse projeto, mas observo algumas mudanças, como a humanização dos serviços” (Entrevistada 2).

“Criação do CAPS, residências terapêuticas, lares abrigados, hospitais-dia” (Entrevistada 3).

“Retirada dos isolamentos nos hospitais psiquiátricos, menor tempo de internação” (Entrevistada 4).

"Conheço parcialmente, sei por alto que o sistema pretende implantar atendimento de urgência com observação de 72hs, com a política de não haver internação". (Entrevistada 6)

"Humanização" (Entrevistada 7).

"Modificação na estrutura, retirando todo e qualquer isolamento, como as grades, maior acessibilidade dentro da instituição, além da criação dos CAPS, reduzindo a internação por tempo integral, permitindo o maior convívio familiar e criação das residências terapêutica, descaracterizando a função asilar dos hospitais psiquiátricos" (Entrevistada 8).

"Que o paciente tem o direito de fazer o tratamento em casa e de viver em sociedade" (Entrevistada 9).

Pode-se constatar que se conhece algum aspecto da reforma. No entanto, catorze (14) disseram desconhecer qualquer aspecto relacionado com essa temática.

Sobre isso, Castro e Silva (2002, p. 67) salientam que:

como podemos observar, o maior número de respostas aponta para a construção de modelo extra-hospitalar, o que consideramos respostas insuficientes, porém coerentes com os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Acreditamos que ao atuar em psiquiatria nos dias atuais sem conhecer o mínimo do que acontece na área, a assistência pode estar desarticulada, comprometida ou pautada em velhos conceitos sem perspectiva de mudança.

Fica clara nesta categoria a necessidade de envolvimento e inserção no processo da reforma psiquiátrica, através do alicerce que é conseguido pelo conhecimento teórico, tornando-se, assim, capaz de compreender e fazer parte dessa nova ordem social (CAMPOS; BARROS 2000).

Na questão seguinte, quando questionados sobre a influência da reforma psiquiátrica na assistência de enfermagem cotidiana, tem-se as seguintes respostas:

"Existe influência, muito embora pouca. Implantação do acolhimento no Pronto Socorro, equipe técnicas nas enfermarias, diminuição de leitos e encaminhamento para os CAPS" (Entrevistada 1).

"Observo que a família está sendo trabalhada para aceitar mais esse paciente" (Entrevistada 2).

"Princípios de humanização" (Entrevistada 4).

"A modificação na estrutura, que dá maior acesso aos pacientes, causando tumulto e dificultando a assistência de enfermagem" (Entrevistada 8).

Os entrevistados 3, 6 e 9, dizem ter algum conhecimento sobre a Reforma psiquiátrica brasileira, mas não souberam identificar a influência na sua assistência.

Pode-se observar alguma tendência à humanização nas respostas, o que leva a refletir se este discurso é realmente aplicado na prática (CASTRO; SILVA, 2002).

Com relação às dificuldades encontradas nesse novo contexto, pergunta que contempla apenas os enfermeiros, tem-se as seguintes respostas:

"As maiores dificuldades são: aceitação da família, preconceito da sociedade e da própria família, vontade política por parte dos gestores, na política estadual quanto à saúde mental; CAPS insuficiente para a demanda" (enfermeiro 1).

"Aceitação da família" (enfermeiro 2).

"Tenho dificuldade com relação ao acolhimento e também vejo que os serviços substitutivos são insuficientes" (enfermeiro 3).

"Preconceito da sociedade e da própria família" (enfermeiro 4).

Nota-se que os enfermeiros apontam como maiores dificuldades a aceitação da família e da sociedade, o que é perfeitamente compreensível, uma vez que o estigma da doença mental foi criado ao longo dos anos no imaginário social coletivo, com representações negativas indesejáveis pela sociedade. O doente mental era tido como alguém perigoso, indomável, inválido. Para a família, quando se pensa no retorno do paciente para o ambiente familiar, isto é motivo de tensão, pois no seu imaginário o hospital é o melhor local e tem a melhor forma de tratamento, pois é visto como um mecanismo para proteger o paciente que foge do controle da família (SOARES, 2004).

Nesse sentido, Yasui (2006 p.134) diz que:

São exemplos de situações que são desafios cotidianos que a equipe encontra e nas quais se apresenta a tensão permanente entre um modelo hegemônico de cuidados que já se conhece e um outro que se pretende construir.

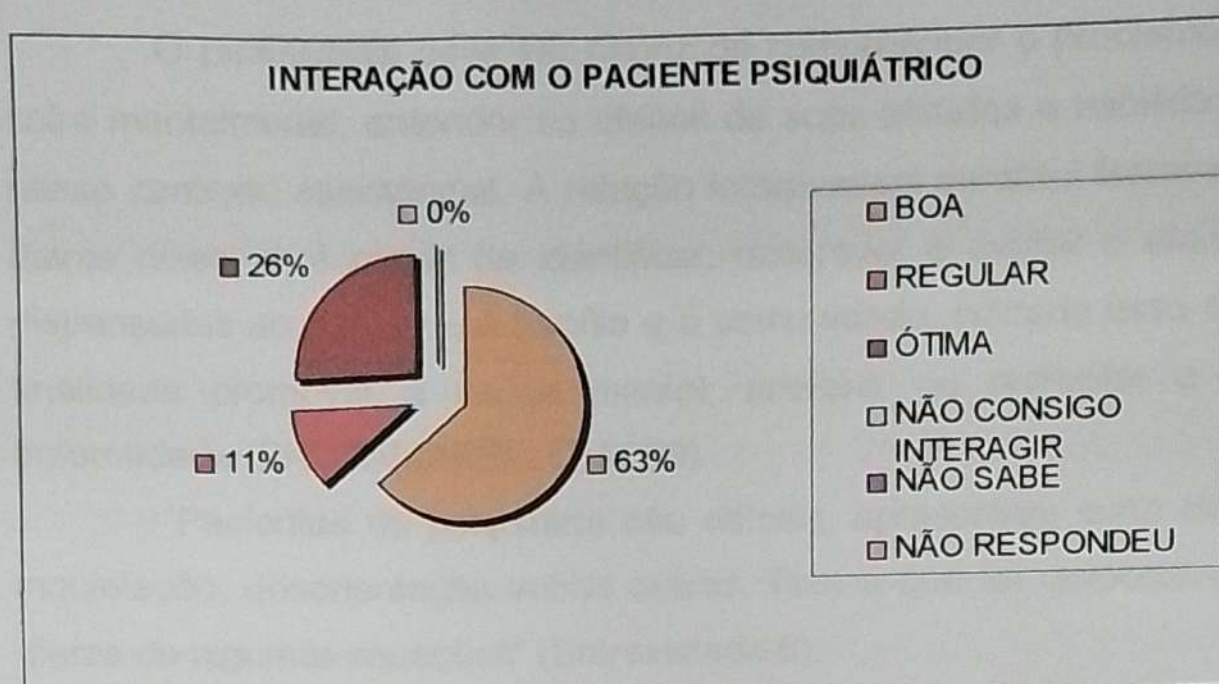


Gráfico 1. Interação com o paciente psiquiátrico

Fonte: pesquisa de campo (2009)

De acordo com o gráfico 1., constata-se que, no geral, a interação é boa (63%). Dos entrevistados (12) que justificaram, ilustramos com as seguintes respostas:

“Tento compreender a doença e agir de forma a amenizar o sofrimento psíquico, não discrimino, procuro ver o paciente como um todo” (Entrevistada 3).

“Mantenho ou tento manter a comunicação verbal, proporciono conforto, tento dar atenção na medida do possível” (Entrevistada 5).

“Eu sempre tive um bom relacionamento por saber me dar com ele, compreender, ajudar, saber ajudar eles, nas dificuldades e tentar ajudar o melhor possível dentro das técnicas” (Entrevistada 23).

“Gosto do paciente psiquiátrico, é um paciente como todos os outros, porém com patologia diferenciada” (Entrevistada 27).

De acordo com as respostas acima, se conclui que deve haver o comprometimento entre enfermeiro e paciente para que seja possível a prestação do cuidado, e isto ocorre por meio da relação terapêutica. O enfermeiro deve demonstrar interesse genuíno pelo paciente, buscando comprometer-se com ele e interessar-se por seus pensamentos, sua situação de vida, seu sofrimento, estar disposto a ajudá-lo a encontrar respostas ou saídas para as situações que se possam resolver (BRISCHIALIAR et al, 2008).

O profissional deve ser capaz de compreender o problema da pessoa que sofre mentalmente, entender os efeitos de suas atitudes e habilidades para intervir nesse contexto assistencial. A relação interpessoal constitui ferramenta importante, diante disso se é capaz de identificar, descrever e avaliar o efeito dos cuidados dispensados ao paciente, à família e à comunidade, cuidado esse que deve ter por finalidade promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade (BRUSAMARELLO, 2009).

"Pacientes de psiquiatria são difíceis, apresentam surto de agressividade, inquietação, desorientação entre outros. Temos que ter autocontrole e autonomia diante de algumas situações" (Entrevistada 6).

"Respeitando o paciente por uma questão de ética" (Entrevistada 17).

"Na medida do possível considero ótima, levando em conta as mudanças repentinas de personalidade causadas por determinadas patologias" (Entrevistada 8).

Esta é uma realidade vivenciada por profissionais que trabalham nessas instituições. Tais vivências, intensas e angustiantes, exigem dos trabalhadores compreensão ética e, sobretudo, disponibilidade para efetivar uma atenção e um cuidado abrangente. Isso, às vezes, acaba contribuindo para um comportamento de distanciamento, em meio do qual o diálogo e reflexão crítica não encontram espaço, desviando-se assim o foco de atenção, que deveria ser a relação de cuidado, para a relação puramente técnica (BALLARIN; CARVALHO; FERIGATO, 2009).

"Por que identifico com a psiquiatria, tenho paciência e manejo" (Entrevistada 10).

"Procuro dar um tratamento pessoal" (Entrevistada 19).

"Por que me dou bem com o paciente" (Entrevistada 20).

"Identifico-me com a psiquiatria" (Entrevistada 21).

"Sempre me identifiquei com a psiquiatria, e isso ajuda o relacionamento com os pacientes" (Entrevistada 25).

Essas respostas demonstram a falta de conhecimento e despreparo de alguns profissionais ao lidar com o portador de transtorno mental.

Quando perguntados se gostariam de acrescentar algum comentário, 5 (cinco) fizeram-no com afirmações variadas:

"Gostaria que o hospital ou os responsáveis dessem mais condições para que possamos dar um melhor atendimento aos pacientes e familiares" (Entrevistada 7).

"Tenho certeza que a reforma psiquiátrica só veio para melhorar" (Entrevistada 25).

"Deveria haver nos hospitais psiquiátricos reuniões a respeito da Reforma Psiquiátrica e medicamentos mais modernos, mais condições de conforto para os acompanhantes" (Entrevistada 17).

"Sugiro que as escolas formadoras contribuam na implantação da Reforma Psiquiátrica em parceria aos órgãos governamentais, instituições psiquiátricas e profissionais da referida especialização" (Entrevistada 1).

"Que o governo invista mais na saúde mental, pois existem familiares, pacientes em casa, sem condições emocionais e financeiras de cuidar do paciente. Que abra mais hospitais e casa de apoio, caps para tratamento de alcoólatra e drogados" (Entrevistada 9).

Percebe-se nas respostas (1) e (17) uma preocupação com a formação e atualização de conteúdos relacionados com a reforma psiquiátrica. Isso demonstra o que vem se falando anteriormente, que as instituições não investem na educação continuada em serviço, o que seria uma estratégia de desenvolvimento da qualidade da assistência, de maneira eficiente, planejada e contínua, repercutindo na qualidade da assistência.

Há necessidade que os profissionais se atualizem objetivando ampliar suas competências, adaptando-se às novas modalidades de tratamento. É importante que o profissional desenvolva o olhar crítico junto às equipes para apreender as necessidades de educação permanente (BRUSAMARELLO, 2009).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica não é algo novo. Ao se remeter à história, pode-se ver que Machado de Assis no século passado, em *O Alienista*, faz uma forte crítica às instituições psiquiátricas brasileiras, que mais tarde foi aprofundada por Michel Foucault, Franco Basaglia, Erving Goffman, Ronald Laing, David Cooper, entre outros.

Falar em reforma é falar em mudanças, transformações e desafios, é romper com paradigmas é instituir novas práticas, o que passa também pela formação dos profissionais.

Nas páginas anteriores, buscou-se caracterizar os caminhos percorridos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, as lutas de interesses econômicos, políticos e sociais que foram travadas, para que finalmente, após dez anos, fosse aprovada a lei nº 10.216/01.

A Reforma Psiquiátrica é um processo histórico de formulação crítica e práticas ousadas, objetivando o resgate da cidadania através da desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos. É um movimento para reconstrução da cidadania e a reabilitação psicossocial do portador de sofrimento psíquico.

Hoje, a luta continua mais forte, pois mudar paradigmas não se consegue da noite para o dia, é algo muito mais complexo, trata-se práticas hegemônicas, hospitalocêntricas e tecnicistas que profissionais, familiares e pacientes foram condicionados a aceitar. Ainda há de se ouvir alguém dizer: "Antes, tudo isso funcionava, por que agora tais práticas não funcionam mais?". É esse saudosismo que, infelizmente, ainda resiste nos hospitais, mas que aos poucos vai se dissipando e dando lugar a outra história, outros saberes e outras práticas.

Vale lembrar que a Reforma Psiquiátrica não se resume apenas a derrubar muros e paredes, mudar a pintura e trocar móveis. Não há como negar que isso faz parte, mas, conforme já mencionado, a mudança de concepção é algo muito mais complexo e que toma diferentes dimensões, impondo aos profissionais de saúde grandes desafios. No dia-a-dia organizando seus trabalhos, serão eles que irão expandir e consolidar a transformação da assistência.

É no cotidiano dos serviços, buscando a concretização das propostas da Reforma Psiquiátrica, que se observa uma grande confusão e tensão. Os

profissionais se vêem com a responsabilidade de implantar uma nova proposta que requer postura crítica e profunda revisão de saberes, até mesmo ruptura com os conhecimentos adquiridos ao longo de sua formação.

Nesse contexto, fica clara a importância da Enfermagem, esta profissão que tem como princípio o cuidar, solidarizar-se com as pessoas, grupos, famílias e comunidade. Para que se alcance esses objetivos o caminho ainda está sendo percorrido e exige esforços para lidar com o inacabado, com as diferenças e com as incertezas. Assim encontra-se também a enfermagem psiquiátrica, em caminhos mais inacabados ainda, porque a história ainda está sendo escrita.

De acordo com os dados coletados, conclui-se que a equipe de enfermagem, tanto os técnicos como os enfermeiros, conhecem algum aspecto da Reforma Psiquiátrica, mas de forma desorganizada, fazendo-se necessário que as instituições invistam em ações de capacitação como seminários, simpósios e jornadas no sentido de informar aos profissionais sobre as políticas da Reforma.

Não há muita diferença na visão do enfermeiro e técnico sobre os aspectos da Reforma, embora os primeiros seriam aqueles que deveriam ter mais compreensão sobre o tema, uma vez que sua formação contempla disciplinas que o abordam ou pelo menos deveriam abordar. Tal fato é aceitável, pois no período de sua formação, há, pelo menos, 15 anos, predominava a visão biomédica e se davam os primeiros passos para a Reforma Psiquiátrica, o que não justifica a falta de informação, pois a graduação deve ser vista como parte da formação e não como o fim.

Ficou claro que os profissionais, de uma forma geral, pouco conseguem identificar a influência da reforma em suas práticas e estas, por sua vez, ainda são ações dicotomizadas e hospitalocentricas. O paciente ainda é visto pela patologia predominando o modelo biomédico em detrimento da visão biopsicossocial.

Observou-se a necessidade de investimento na melhoria do cuidado de enfermagem à pessoa com transtorno mental. Dentre os quais, é importante a atualização dos enfermeiros para ampliar suas competências, adaptando-se as novas formas de tratamento.

Espera-se que este estudo colabore para um despertar no enfermeiro a importância que ele tem ao cuidar do portador de transtorno mental e que avance numa prática de cuidados que vá além da repetição de ações sem questioná-las e avaliá-las. O diferencial do profissional está nas transformações que pode realizar

através do saber e do fazer, tornando-se um líder no contexto da implantação das novas práticas de saúde mental. Também se almeja com este estudo despertar para novas pesquisas de um tema tão complexo como a enfermagem em saúde mental.

Como se vê não são poucos os desafios que se apresentam a aqueles que desejam operar estas mudanças. Mudanças são transformações complexas dependem de negociações, enfrentamentos, disputas, articulações. Envolve interesses congruentes e antagônicos, são processos que apresentam grandes dificuldades. E como disse Paulo Freire: "mudar é difícil, mas é possível".

DEVLINCK, Marcela Tavares; MAGALHÃES, Ana Cláudia; TEIXEIRA, Mônica. A reforma psiquiátrica e a enfermagem. *Rev. Latinoam. Psicopatol.*, São Paulo, v. 11, n. 1, maio, 2008.

FRANCA, Eli G. Telfina et al. Cuidado em saúde mental ao paciente internado em hospitais psiquiátricos. *Cadernos Enfermagem*, v. 14, n. 1, janeiro, 2009.

FRANCO, Camila Furlanetti; BATISTA, Telfina Worges de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: legislação de construção política de 1991 a 2004. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24, n. 2, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento elaborado à Comissão Especial de Políticas das Direções de Saúde Mental 16 meses depois de Caracas. Brasília, MS, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final do II Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Saúde Mental (1991-2004) Política e prática de saúde mental no Brasil. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.saude.mec.gov.br/psm/psm.htm>. Acesso em: 10/05/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Saúde Mental (1991-2004) Política e prática de saúde mental no Brasil. Brasília, 2004.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. Uma breve história da Reforma Psiquiátrica. **Neurologia**. v.72, n.1 jan/mar, 2009.
- AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. **Rev. Mente e cérebro**, Ed. 164, set,2006.
- BERLINCK, Manoel Tosta; MAGTAZ, Ana Célia; TEIXEIRA, Mônica. A reforma psiquiátrica e problemas. **Rev. Latinoam. Psicopat**, São Paulo, v.11,n.1. marc,2008.
- BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Cuidado em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. **Cogitare Enfermagem**, v.14, n.1, jan/mar, 2009.
- BORGES, Camila Furlanetti; BATISTA, Tatiana Wergas de Farias. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v.24,n.2, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília; MS, nov,2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília; MS, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2003 -2006: Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Brasília, editora do Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da saúde. Relatório final da I conferencia nacional de saúde mental – Brasília, 1988.

BALLARIN, Maria Lucia Gabazin Simões; CARVALHO, Fabio Bruno de; FERIGATO, Sabrina Helena. Os diferentes sentidos do cuidado: consideração sobre a atenção em saúde mental. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.33, n.2, abr/jun, 2009.

BRISCHIALIARI, Adriano et al. Sensibilizando a equipe de enfermagem ao cuidado humanizado em saúde mental mediante oficinas educativas. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 10, n.4, p 1080-90, 2008.

CALDAS, Gustavo Henrique de Oliveira; MACEDO, Mauricio Roberto Campelo de. Assistência à Saúde Mental em Natal-RN: O Confronto de dois Modelos. *Psychuatry on line Brasil*, v.13, n.10, ago. 2009.

CAMPOS, Célia Maria Silvalli; BARROS, Sônia. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev. Esc. Enferm**, São Paulo: USP, v.34, n.3 São Paulo set. 2002.

CAMPOS, Florianita Coelho Braga. 2002.177f.Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade de Campinas.

CASTRO, Rosiani C.B. Ribeiro; SILVA, Maria Julia Paes da. O conhecimento e a percepção do enfermeiro a respeito do processo da reforma psiquiátrica. **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v. 15, n. 2, abr/jun.2002.

CANDIDO, Mariluce Camargo F.S.; FUREGATO, Antonia Regina F. Atenção da enfermagem ao portador de transtorno depressivo: uma reflexão. **SMDA, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v1,n.2, ago,2005

CASANOVA, Edna Gurgel; PORTO, Isaura Setenta; FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de. O cuidado de enfermagem familiar/exótico na unidade de internação psiquiátrica: do asilar pra a reabilitação psicossocial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de janeiro, v. 10, n.4, dez 2006.

CHAVES, Érika de Cássia Lopes et al. Uma interação enfermeiro-cliente aplicando princípios do relacionamento não diretivo. **Ciência cuidado saúde**. Maringá, v.7, n.2, jun/2008.

DUARTE, Marco José de Oliveira. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: Maria Inês Souza Bravo et al (orgs). **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro. UERJ, 2004.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; SOUZA, Ângela Maria Alves e; BRAGA, Violante Augusta Batista. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta Paul. Enfer**, v. 19 n.2 São Paulo abr/junh 2006

FERREIRA, Gina. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. **Psicanálise & Barroco em revista**, v.4, n.7, 2006.

FERNANDES, Ana Luiza Magnanelli et al. Integralidade na saúde mental: estratégias e mecanismos de integração dos diferentes níveis de atenção. In: Raquel Xavier de Souza Saïto. Integralidade da atenção: organização do trabalho no programa de saúde da família na perspectiva sujeito-sujeito. São Paulo: Martinari, 2008.

GUIMARAES, Jacileide et al. O processo saúde/doença: a desinstitucionalização sob o signo do paradigma emergente. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, maio/ago. 2001.

GONDIM, Denise Salene Maciel. **Análise da Implantação de um Serviço de Emergência Psiquiátrica no Município de Campos**: inovação ou reprodução do modelo assistencial?, 2001. 125p. (mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

GIRADE, Maria da Graça; CRUZ, Emirene Maria Navarro Trevizan da; STEFANELLI, Maguida Costa. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica:

reflexão sobre conceitos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, Mar. 2006.

JORGE, Alan Cristian Rodrigues et al. Enfermagem em saúde mental: reflexos da formação e do processo histórico na assistência. Disponível em: <
<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.049.pdf> > Acesso em 14 fev. 2009.

KANSTORSKI, Luciane Prado et al. Saberes e estudos teóricos em enfermagem psiquiátrica em saúde mental. **Rev. Gaúcha de Enferm.** Porto Alegre. Vol. 25, n.3, dez, 2004.

KIRSCHBAUM, Débora Ivone Ratner; PAULA, Flora Karina Correa de. Contradições no discurso e na prática de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. **Rev Esc. Enferm, USP**, v.36, n.2, 2002.

LUCHMANN, Ligia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. Conceituando Movimentos Sociais. **Ciência & Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n.2. mar/abr, 2007.

LUZIO, Cristina Amélio; LIABBATE, Solange. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: aspectos históricos e técnicos-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface. Comunic. Saúde**, v.10, n.20 jul/dez, 2006.

YASUY, Silvio. **Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira**. 2006. 208f. Tese (Doutorado em ciências na área da saúde). - Escola Nacional de Saúde Publica da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006.

MACHADO, Sabrina da Costa et al. Liderança em enfermagem psiquiátrica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 10, n.4, dez 2006.

MOREIRA, Aumerinda; OGUISSO, Taka. Celebrando as origens da enfermagem brasileira. **Revista Paulista de Enfermagem**. v.19, n.3 set/dez 2000.

MOREIRA, LÍlian Hortale de Oliveira et al. Inclusão do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. **Revista Inclusão Social**, Brasília, v.3, n.1, out,2007, 2008.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEOPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para as ciências sociais aplicada**. São Paulo: Atlas, 2007.

MONTEIRO, Claudia Barbastifano. Novos dispositivos em saúde mental. **Esc. Anna Nery Rev Enf**. v.10, n.4, dez/2006.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, fev,2009.

OLIVEIRA, Alice G. Botarro de; ALESSI, Neyri Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto v. 11 n.3, may/june, 2003.

OLIVEIRA, Roseane Mara Pontes de. Um espaço para a enfermagem psiquiátrica e de saúde mental. **Esc Anna Nery Rev Enf**, v.10, n.4, dez/2006.

OSCAR, Andréa; COSTA, Annete Souza Silva Martin da; VIANA, Paula Cambraia de Mendonça. O sujeito e a instituição. A reforma Psiquiátrica como possibilidade de (Re) construção da singularidade. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**. v.9, n.1, jan/mar, 2005.

OLSHOWSKY, et al. Ações de enfermagem em saúde mental – Revisão Bibliográfica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56,2004, Gramado.

PRADONI, Raul Fernando Sotelo; PADILHA, Maria Itayna coelho de Souza. Loucura e complexidade na clinica do cotidiano. **Esc Anna Nery Rev Enf**. v.10, n.4, dez/jan 2006.

PERES, Maria Angélica de Almeida; BARREIRA, Ieda de Alencar. Uma nova enfermagem psiquiátrica na universidade do Brasil nos anos 60 do século XX. **Esc. Anna Nery Rev. Enf.** v.12, n.1, mar/2008.

ROCHA, Ruth Nyles. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e a possibilidades de cuidar. **Texto e contexto – enfermagem.** v. 14, n.3, jul/set 2005.

REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; PILLON, Sandra Cristina. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, dez,2007.

SAIDEL, Maria Giovana Borges et al. O enfermeiro Psiquiátrico numa instituição estatal. **Rev. Gaúcha de Enferm.** v. 28, n.2. 2007.

SIQUEIRA, Marluce Miguel de; BARBOSA, Dulce Aparecida; LARANJEIRA, Ronaldo. As políticas públicas relacionadas às substâncias psicoativas. **Enfermagem Atual.** v.45, 2008.

SOUZA, Maria da Graça Grade; CRUZ, Emirene Maria Trevizam Navarro; STEFANELLI, Maguida Costa. Educação Continuada e Enfermeiros de um Hospital Psiquiátrico. **Rev Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, 2007.

SOARES, Katiane Pereira. Loucura da segregação social dos diferentes. 2004. 86f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.

SOARES, Marco Hirata. Recorte histórico da psiquiatria e do campo da enfermagem psiquiátrica brasileira. **Revista salu-guarapuava – PR.** v.1, n.2, jan/jun 2008.

SILVA, Ana Tereza Medeiros c., BARROS, Sonia. O trabalho de enfermagem no hospital dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa – Paraíba. **Rev Esc. Enferm.USP**, v.39, n.3, p. 310-6, 2005.

TERRA, Marlene Gomes et al. Saúde mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 10, n.4, dez 2006.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e conceito. **História, ciências, saúde** – manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9 n.1, jan/abr, 2002.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.57, n.6, nov/dez 2004.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil recente. In: Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo:2000.

APÊNDICE 1 - Questionário para Membros do Interlegam

QUESTIONÁRIO

1. QUANTO TEMPO ESTÁ TRABALHANDO NA INSTITUIÇÃO?

- ☐ MENOS DE 5 ANOS
- ☐ DE 5 ATE 10 ANOS
- ☐ DE 10 A 15 ANOS
- ☐ MAIS DE 15 ANOS

2. QUAL O NÍVEL DE ATIVIDADE DESENVOLVIDA NA INSTITUIÇÃO?

- ☐ ATIVIDADE
- ☐ INTERMEDIÁRIA
- ☐ DE COORDENAÇÃO
- ☐ DE PLANEJAMENTO - GERENCIAL
- ☐ DE LIDERANÇA

APÊNDICES

3. TEM ALGUM OUTRO SERVIÇO?

- ☐ NÃO
- ☐ SIM

4. RECEBEU ALGUM TREINAMENTO QUANDO INGRESSOU NA INSTITUIÇÃO?

- ☐ NÃO
- ☐ SIM, QUAL O CONTEÚDO?

5. ENTENDE ALGUM ASPECTO DA REFORMA PSICIÁTRICA QUE VENHA SENDO IMPLANTADA NO NOSSO PAÍS A PARTIR DA DÉCADA DE 80? SE A RESPOSTA FOR SIM, ESPECIFIQUE.

- ☐ NÃO
- ☐ SIM, QUAL?

6. HÁDE TEMPERADO ALGUMA DIFERENÇA NA REFORMA PSICIÁTRICA EM SUA INSTITUIÇÃO DE ORIGEM E NA INSTITUIÇÃO DE DESTINO?

- ☐ NÃO
- ☐ SIM, QUAL?

APÊNDICE 1 – Questionário para Técnicos em Enfermagem

QUESTIONÁRIO

1. QUANTO TEMPO DE ATUAÇÃO NESTA INSTITUIÇÃO?

- ☐ MENOS DE 5 ANOS
- ☐ DE 5 ATÉ 10 ANOS
- ☐ 10 A 15 ANOS
- ☐ 15 ANOS OU MAIS

2. ANTES TRABALHAVA EM QUE AREA DA ENFERMAGEM?

- ☐ PEDIATRIA
- ☐ URGENCIA
- ☐ MATERNO-INFANTIL
- ☐ CENTRO – CIRURGICO
- ☐ OUTRO: _____

3. TRABALHA EM OUTRO SERVIÇO?

- ☐ SIM, QUAL _____
- ☐ NÃO

4. RECEBEU ALGUM TREINAMENTO QUANDO INGRESSOU NA INSTITUIÇÃO?
SE A RESPOSTA FOR SIM, QUAL O CONTEÚDO?

- ☐ NÃO
- ☐ SIM, QUAL O CONTEÚDO? _____

5. CONHECE ALGUM ASPECTO DA REFORMA PSIQUIÁTICA QUE VEM SENDO
IMPLANTADA EM NOSSO PAIS A PARTIR DA DÉCADA DE 80? SE A
RESPOSTA FOR SIM, ESPECIFIQUE.

- ☐ NÃO
- ☐ SIM, QUAL?

6. VOCÊ IDENTIFICA ALGUMA INFLUENCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM
SUA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM COTIDIANA? JUSTIFIQUE A RESPOSTA.

- ☐ NÃO
- ☐ SIM, QUAL? _____

7. COMO É A SUA INTERAÇÃO COM O PACIENTE PSIQUIÁTRICO ? JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA.

- () BOA;
- () REGULAR;
- () ÓTIMA;
- () NÃO CONSIGO INTERAGIR;
- () NÃO SABE;
- () NÃO RESPONDEU.

8. GOSTARIA DE ACRESCENTAR MAIS ALGUM COMENTÁRIO?

APÊNDICE 2 – Questionário para Enfermeiros

QUESTIONÁRIO

1. QUANTO TEMPO DE ATUAÇÃO NESTA INSTITUIÇÃO?

- ☐ MENOS DE 5 ANOS
- ☐ DE 5 ATÉ 10 ANOS
- ☐ 10 A 15 ANOS
- ☐ 15 ANOS OU MAIS

2. QUANTO TEMPO DE FORMAÇÃO?

- ☐ MENOS DE 5 ANOS
- ☐ DE 5 ATÉ 10 ANOS
- ☐ 10 A 15 ANOS
- ☐ 15 ANOS OU MAIS

3 – ANTES TRABALHA NA ÁREA DE ENFERMAGEM?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

4 . EM QUAL ÁREA DA ENFERMAGEM TRABALHAVA?

- ☐ PEDIATRIA
- ☐ URGENCIA
- ☐ MATERNO-INFANTIL
- ☐ CENTRO – CIRURGICO
- ☐ OUTRO: _____

5 .TRABALHA EM OUTRO SERVIÇO?

- ☐ SIM, QUAL _____
- ☐ NÃO

6.TEM FORMAÇÃO OU EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM ENFERMGEM PSQUIÁTRICA? SE AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE.

- ☐ NÃO
- ☐ SIM, ESPECIFIQUE _____

7. RECEBEU ALGUM TREINAMENTO QUANDO INGRESSOU NA INSTITUIÇÃO?
SE A RESPOSTA FOR SIM,QUAL O CONTEÚDO?

- ☐ NÃO
- ☐ SIM, QUAL O CONTEÚDO? _____

8 – APÓS O TREINAMENTO TEVE ALGUMA ATUALIZAÇÃO?

- ☐ SIM
- ☐ NÃO

9.CONHECE ALGUM ASPECTO DA REFORMA PSQUIÁTICA QUE VEM SENDO IMPLANTANDA EM NOSSO PAIS A PARTIR DA DÉCADA DE 80? SE A RESPOSTA FOR SIM, ESPECIFIQUE.

- ☐ NÃO
- ☐ SIM, QUAL?

10. VOCÊ IDENTIFICA ALGUMA INFLUENCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM SUA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM COTIDIANA? JUSTIFIQUE A RESPOSTA.

() NÃO

() SIM, QUAL? _____

11. DIANTE DESSE NOVO CONTEXTO, QUAIS AS MAIORES DIFICULDADES ? JUSTIFIQUE.

() ACOLHIMENTO;

() INTERAÇÃO PACIENTE/ ENFERMEIRO

() A ACEITAÇÃO DA FAMILIA

() PRECONCEITO DA SOCIEDADE E DA PROPRIA FAMILIA

() OUTROS. QUAIS? JUSTIFIQUE

11. COMO É A SUA INTERAÇÃO COM O PACIENTE PSIQUIÁTRICO ? JUSTIFIQUE SUA RESPOSTA.

() BOA;

() REGULAR;

() ÓTIMA;

() NÃO CONSIGO INTERAGIR;

() NÃO SABE;

() NÃO RESPONDEU.

12. GOSTARIA DE ACRESCENTAR MAIS ALGUM COMENTÁRIO?

APÊNDICE 3

FACULDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE – FARN

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa Reforma Psiquiátrica e Enfermagem: novos desafios, que é realizada por Paula Francinete Cruz Silva. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura:

- a) conhecer a visão do enfermeiro sobre reforma psiquiátrica;
- b) verificar como se processa a interação enfermagem/paciente psiquiátrico;
- c) identificar as ações da enfermagem e conhecer os desafios da enfermagem nesse novo contexto;

Caso decida aceitar o convite, você será submetido (a) ao seguinte procedimento: responder ao questionário em anexo. Existem riscos mínimos envolvidos na sua participação nesta pesquisa.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito à indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa poderá perguntar diretamente a Paula Francinete Cruz Silva no endereço Avenida Maria Lacerda Montenegro 387 ou pelo telefone **9423 5893**.

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa

A. Participante da pesquisa

Nome _____

Assinatura _____

B. Pesquisador Responsável:

Assinatura _____

Tel.: (84) 9423 5893

E-mail: tecpaula@hotmail.com