

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
FARN
CURSO DE ENFERMAGEM**

WILMA CLEMENTINO DE MEDEIROS

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM APÓS A REFORMA PSIQUIÁTRICA

**NATAL/RN
2010**

WILMA CLEMENTINO DE MEDEIROS

A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM APÓS A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a coordenação do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), como requisito obrigatório para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª. Izete Soares da Silva Dantas

**NATAL/RN
2010**

WILMA CLEMENTINO DE MEDEIROS

O trabalho de Conclusão de Curso intitulado: **A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM APÓS A REFORMA PSQUIÁTRICA**, apresentada como requisito obrigatório para a obtenção do Bacharel em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio G. do Norte, foi considerada aprovada pela banca examinadora, abaixo designada.

Aprovada em: __, __, __.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Izete Soares da Silva Dantas
Orientadora

Prof.
FARN-RN

Prof.
FARN-RN

É com muita alegria que dedico este trabalho aos meus pais, João Clementino e Severina Dionila, que fizeram do meu sonho o deles e me ensinaram a nunca desisti dos meus ideais, acreditaram nos meus sonhos, mesmo quando tudo parecia ser tão difícil. Eles sempre me diziam para ter paciência que tudo ia dar certo; foram os maiores colaboradores para que os meus objetivos fossem alcançados, hoje me sinto muito feliz por poder está concretizando este sonho ao lado deles, minha maior conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar por ter despertado em me o desejo e a coragem de nunca desisti dos meus sonhos, por mais difícil que parecia ser hoje eu posso ver que tudo que passei valeu a pena. E como não poderia esquecer a minha orientadora Professora Izete por ter trilhado comigo os caminhos desta conquista e me ajudado na construção deste trabalho tão importante que será o começo de tudo.

Ao meu irmão Willis Medeiros que apesar das suas inúmeras atividades, me apoio na medida do possível.

Aos amigos conquistados na FARN durante estes de graduação, sempre presentes com uma palavra de ânimo, ajudando nesta caminhada, em especial ao amigo João Faustino, que além de um excelente enfermeiro soube fazer da sua arte (desenho) algo de alegria e ensino e sem esquecer o amigo Muito especial Charles da Paz que como o próprio nome diz, ele traz a Paz e a tranquilidade que precisamos nas horas difíceis, sempre dispostas a ajuda às pessoas, recebe a minha gratidão.

Meu muito abrigado a àqueles que se foram, e deixaram dentro de nós eternas saudades e grandes e valiosos ensinamentos, meus avôs paternos, Severina Medeiros e José Clementino e os maternos, Rita do Nascimento e Manoel Francisco, na certeza de que onde estiverem com certeza são participantes desta alegria.

A Jadeilson Gomes uma pessoa muito especial em minha vida, que me ajudou em vários momentos dessa caminhada, a ele agradeço toda a dedicação e cuidado com minha pessoa .

“É loucura”

Odiar todas as rosas porque um te espetou...

Entrega todos os teus sonhos porque um deles não se realizou...

Perde a Fé em todas as orações porque um não fosse atendido...

Desistir de todos os esforços porque um deles fracassou...

Condenar todas as amizades porque um te traiu...

Descrer de todo amor porque um deles te foi infiel...

Jogar fora todas as chances de ser feliz porque uma tentativa não deu certo...

Espero que na tua caminhada não cometa estas loucuras.

Lembrando que sempre...

Há outra chance,

Outra amizade,

Outro amor, Um novo emprego, Uma nova força,

É só ser persistente e procurar ser mais feliz a cada dia,

A glória não consiste em jamais cair, mas sim de erguer todas as vezes que for necessário.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

COSAM- Coordenadoria de Saúde Mental

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS- Organização Mundial de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SRT - Serviços de Residências Terapêuticas

RPB- Reforma Psiquiátrica Brasileira

RESUMO

A reforma psiquiátrica vem ganhando dimensões e vários questionamentos relacionados à nova forma de abordagem para com os pacientes acometidos por distúrbios psiquiátricos. Após a reforma psiquiátrica no Brasil, a assistência prestada ao doente mental vem passando por várias transformações, fazendo-se necessária à revisão de suas bases conceituais e prática no que diz respeito à saúde e a doença mental por parte do trabalho prestado pelos profissionais de saúde. O enfermeiro como responsável pela equipe de enfermagem tem se inserido nesse contexto, buscando repensar seu papel e sua prática, frente aos novos desafios de reestruturação da assistência lançada pela reforma psiquiátrica, ao passar dos anos vem conseguindo aprimorar grandes mudanças na assistência e nas políticas de saúde mental, confrontando com as práticas e conceitos primitivos. Em decorrência destas mudanças ocorridas nos últimos anos nos atendimentos a pacientes portadores de transtorno mental, na prática, na assistência e atuação da enfermagem, bem como em virtude da escassez de enfermeiros especialista em psiquiatria, qualificados para prática no cenário atual, justifica-se a abordagem deste assunto. A metodologia consistiu de uma pesquisa bibliográfica, tendo como base as publicações realizadas nos últimos entre os últimos 10 anos, enfocando como ocorreu este processo de reformulação da saúde mental, eqte drabalho vem fazer um besgate histórico das mudanças ocorbidas na atuação do enfermeiro após a reforma psiquiátrica, percorrendo por um resgate histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, descrevendo as mudanças ocorridas na assistência de enfermagem após esta Reforma, contextualizando as principais mudanças na atuação do enfermeiro aos clientes com transtorno mental. Destaca-se que não basta derrubar muros ou mudar apenas aspectos físicos e externos das instituições, nem tampouco adotar novos discursos e manter antigas práticas, pois o cuidar em saúde mental e algo mais complexo envolvendo como estratégica, o agir e o pensar de maneira coerente.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Assistência de Enfermagem. Saúde Mental

ABSTRACT

The psychiatric reform comes winning dimensions and several to question related to the new boarding of boarding form to the patients attacked by psychiatric disturbances. After the psychiatric reform in Brazil, the attendance rendered to the sick mental it comes going by several transformations, being done necessary to the revision of its conceptual bases and practice in what he/she says respect to the health and the mental disease on the part of the work rendered by the professionals of health. The male nurse as responsible for the nursing team it has been inserting him in that context, looking for to rethink its role and its practice, front to the new challenges of restructuring of the attendance thrown by the psychiatric reform, when passing of the years comes getting to perfect great changes in the attendance and in the politics of mental health, confronting with the practices and primitive concepts. Due to these changes happened in the last years in the attendances to customers carriers of mental upset, in the practice, in the attendance and performance of the nurse, as well as by virtue of the specialist shortage of male nurses in psychiatry, qualified for practice in the current scenery, he/she is justified the approach of this subject. The methodology to consist in through a bibliographical research, tends as base the publications accomplished in the last 10 years, focusing as it happened this process of reformed of the mental health, this work he/she comes to do a historical ransom of the changes happened in the male nursing performance after the psychiatric reform, traveling for a historical ransom of the Brazilian Psychiatric Reform, describing the changes happened in the nurse attendance after this Reform, structure the main changes in the performance of the male nurse to the customers with mental upset. He/she stands out that is not enough to knock down walls or to just change physical and external aspects of the institutions, nor either to adopt new speeches and to maintain old practices, because taking care in mental health and something more complex involving as strategic, the to act and thinking in a coherent way.

keywords: It reforms Psychiatric. Attendance of nursing. Mental health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVOS GERAIS	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS	16
4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	16
4.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	19
4.3 CAPS	22
4.4 AS RESIDÊNCIAS TERAPÉUTICAS	22
4.5 PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA	24
4.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM SAÚDE MENTAL APÓS A REFORMA PSIQUIÁTRICA	26
4.7 A TEORIA DE RELAÇÃO INTERPESSOAL DE JOYCE TRAVELBEE	28
4.8 AÇÕES DE ENFERMAGEM PRODUZIDAS PELA ENFERMAGEM	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Após a reforma psiquiátrica no Brasil, a assistência prestada ao doente mental vem passando por várias transformações, fazendo-se necessária à revisão de suas bases conceituais e prática, no que diz respeito à saúde e a doença mental por parte do trabalho prestada pelos profissionais de saúde. O enfermeiro como responsável pela equipe de enfermagem tem se inserido nesse contexto, buscando repensar seu papel e sua prática, frente aos novos desafios de reestruturação da assistência lançada pela reforma psiquiátrica, ao passar dos anos vem conseguindo aprimorar grandes mudanças na assistência e nas políticas de saúde mental, confrontando com as práticas e conceitos primitivos.

Castro e Silva (2002) descreve algumas das principais concepções da loucura e o modo de enfrentamento da doença mental, desde as sociedades primitivas, em que a loucura era concebida com base em uma ótica mágico-religiosa, na qual o louco era considerado possuído por influências sagradas e de seres sobrenaturais, sendo portanto, assistidos por sacerdotes, mágicos e feiticeiros. Neste contexto, cita a concepção organicista da loucura, em que se buscava localizar a sede da loucura no corpo, mais especificamente no cérebro, sendo a assistência realizada pela observação e isolamento.

No final do século XVIII, o médico francês Philippe Pinel instituiu o tratamento moral, em que o princípio era a correção dos comportamentos pelos sintomas apresentados. Em meados do século XX, começa a surgir os tratamentos somáticos como a sonoterapia, o choque insulínico, o choque com metrazol, a psicocirurgia e a eletroconvulsoterapia. Mais tarde, na década de 50, surgem os psicofármacos que influenciaram fortemente a assistência prestada (CASTRO; SILVA, 2002).

Dentre as concepções sobre a doença mental, a psicodinâmica, vem focar o louco como ser doente da mente, do comportamento e do relacionamento. (CASTRO; SILVA, 2002) relatam que a década de 1960 a 1970 surgiu uma forte crítica a psiquiatria, que passou a ser chamada de antipsiquiatria. Por último, comenta a concepção social da loucura, na qual o louco era percebido como porta voz do grupo social, considerava-se que a doença mental estava intimamente lidada às vivências do meio social tornando necessário atuar sobre este.

Diante desta problemática surgiram as comunidades terapêuticas, iniciando o processo de desinstitucionalização.

Jorge et al., (2000) remete que na década de 70, em virtude do avanço dos movimentos dos trabalhadores em saúde mental, tendo como base a proposta defendida por Basaglia, precursor da reforma psiquiátrica na Itália, na qual defendia que os pressupostos básicos incluíssem um processo de desconstrução-invenção no âmbito das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais.

Na década de 80, as denúncias de maus-tratos começaram a surgir com frequência, houve nesta época uma reformulação nos modelos de atenção psiquiátrica, na qual a Secretária de Saúde do Estado de São Paulo postulou diretrizes, nas quais os princípios do novo programa tinham como base a universalização do atendimento, descentralização da assistência, integração e hierarquização dos serviços, partindo da atenção primária saúde até a terciária, propondo também a ampliação da rede extra-hospitalar, implantação de equipes multiprofissionais e recuperação de leitos próprios, enfim, promover melhorias na qualidade de atendimentos dos hospitais psiquiátricos (SOUZA; NASCIMENTO, 2006).

Ambulatórios de Saúde Mental e as Unidades Básicas de Saúde foram montadas nas redes de saúde mental, onde estariam todas interligadas.

Então, começou assim no ano 1987 encontros para a I Conferência Nacional de Saúde Mental I (I CNSM), no qual buscavam investimentos nos serviços extra-hospitalares e profissionais, então seus ideais visavam criar oposição à tendência hospitalocêntrica. No mesmo ano ocorreu a II Congresso Nacional do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental na cidade de Bauru, com o lema “por uma sociedade sem manicômios” que aborda dentro do modelo assistencial uma nova trajetória, marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional (SOUZA; NASCIMENTO, 2006).

Esse panorama geral da evolução entre as décadas, com destaque para a de 80, que foi marcado pela Reforma Sanitária, que pregava a predominância do pensamento preventivista e, também pela crise institucional e financeira da Previdência Social, levando o estado a adotar medidas de reorganização (FERREIRA, 2007).

Estas medidas trouxeram para a área da saúde mental significantes avanços como a estruturação e ampliação de serviços ambulatoriais, criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e a expansão do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) na estrutura pública por várias regiões do país, lançando o lema por – Por uma Sociedade sem Manicômios, ampliando para a sociedade o discurso sobre a loucura (CONFERÊNCIA DE SAÚDE MENTAL, 1988).

Neste contexto, foi criado o projeto de lei 3657/89 de autoria de Paulo Delgado, que propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, bem como, proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos públicos, propondo a substituição por outras modalidades e práticas assistências que regulamentam a internação psiquiátrica compulsória (BRASIL, 1997).

A Portaria n °224, de 29 de janeiro de 1992 do Ministério da Saúde (MS) no campo da assistência estabeleceram que as diretrizes para o atendimento nos serviços de saúde mental, normatizando vários serviços substitutivos como: atendimento ambulatorial com serviços de saúde mental (unidade básica, centros de saúde e ambulatório), CAPS (centro de atenção psicossocial) e NAPS (núcleo de atenção psicossocial), Hospital Dia, serviços de urgências psiquiátricas em hospital geral, leito psiquiátrico em hospital geral, além de definir padrões mínimos para o atendimento nos hospitais psiquiátricos, até que sejam totalmente separados (BRASIL, 1992).

Segundo Castro e Silva (2002) é notório que as portarias não abarquem mudanças mais complexas e estruturais, pelo fato de proporem minimamente as condições de assistência que ainda acabam não sendo cumpridas ou burladas pelas instituições prestadoras de serviços, considera-se que se constituem um importante avanço na área.

De acordo com Souza e Nascimento (2006) a desinstitucionalização implica não apenas num processo de desospitalização, mas de invenção de práticas assistenciais territoriais, em um processo prático de desconstrução dos conceitos e praticam psiquiátricos. Não podemos confundir-los com a desassistência, nem com a mera desospitalização, porém precisamos estar atenta à complexidade que envolve a questão.

Não basta derrubar muros ou mudar apenas aspectos físicos e externos das instituições, nem tampouco adotar novos discursos e manter antigas práticas,

pois o processo como foi apresentado, é mais complexo envolvendo como estratégica, o agir e o pensar de maneira coerente.

2 JUSTIFICATIVA

Este raciocínio nos remete ao fato de que avanços concretos na qualidade da assistência só serão possíveis à medida que houver uma verdadeira reflexão e envolvimento dos profissionais de saúde mental, entre eles o enfermeiro psiquiátrico.

A reforma psiquiátrica trouxe consigo mudanças no atendimento prestado ao doente mental e uma reflexão que liga o passado e presente da assistência e do ensino, entre os profissionais da saúde em especial o enfermeiro especialista em psiquiatria. Necessitando assim, de profissionais que priorize um olhar holístico e mais abrangente dentro das diversas áreas de atuação, como assistência e ensino nas escolas de enfermagem, preparando os novos profissionais para a realidade do sistema de saúde que vem em constantes mudanças, sendo normatizada e efetivamente por leis, portarias. Deve-se atentar para o real papel do enfermeiro e a formação necessária para atuar nos hospitais psiquiátricos, ambulatórios e CAPS, que prestam assistência a esse cliente.

Em decorrência das mudanças ocorridas nos últimos anos nos atendimentos a clientes portadores de transtorno mental, na prática, na assistência e atuação da enfermagem, bem como em virtude da escassez de enfermeiros especialista em psiquiatria, qualificados para prática no cenário atual, este trabalho objetiva-se a abordar esse assunto, importante e atual, necessário para a formação do enfermeiro generalista e em especial para os que desejam ingressar na assistência a este especial, sendo um excelente mercado de trabalho ainda ascensão, justificado por meio de uma demanda crescente de profissionais de enfermagem, que torna o mercado de trabalho cada vez mais competitivo e seletivo, justificado assim a escolha deste tema.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAL

Fazer um resgate histórico das mudanças ocorridas na atuação do enfermeiro após a reforma psiquiátrica.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar um resgate histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Descrever as mudanças ocorridas na Assistência após a Reforma Psiquiátrica.

Definir as principais mudanças na atuação do enfermeiro aos clientes com transtorno mental.

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho é uma pesquisa do tipo bibliográfica, realizada mediante uma seleção de materiais já publicados: livros, revistas especializadas, periódicos, artigos científicos, sites eletrônicos como Google Acadêmico e base de dados Lilacs de forma qualitativa descritiva.

Para Gil (2002) a pesquisa bibliográfica exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema da pesquisa, com o propósito de torná-lo mais explícito a elaboração de hipótese. Portanto, sua principal finalidade é o aprimoramento de idéias ou a descoberta de instituições.

Este autor refere que a pesquisa bibliográfica é realizada com base em materiais já elaborados. Dessa forma, é feita exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (Gil, 2002).

Segundo Gil (2002) a pesquisa bibliográfica segue uma seqüência de etapas, quais sejam: escolha do tema, levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, elaboração do plano provisório de assunto, busca das fontes, fichamento, organização lógica do assunto, e redação do texto.

A pesquisa foi realizada de fevereiro a outubro de 2010, nas bases de dados citadas acima utilizando descritores sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, a qual descreve a Reforma Psiquiátrica, e seus aspectos históricos, atuação de enfermagem após a Reforma Psiquiátrica, e as mudanças ocorridas na profissão.

4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Ao entender que discutir saúde mental não é apenas questão para se questionar os modelos atuais de cuidados para com o indivíduo, mas, inseri-la em contexto histórico, políticos, sociais e culturais desde as concepções preliminares da “loucura” até os movimentos em torno da Reforma Psiquiátrica na metade da década de 1960, buscando assim, compreender toda a sua complexidade (NOGUEIRA, 2008).

A fim de entendermos todo o aparato da Reforma Psiquiátrica Brasileira, é necessário conhecer as determinações gerais e específicas e tudo aquilo que influenciou o processo político e social complexo.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira nasceu sobre forte influência do cenário internacional, uma história fundamentada na prática asilar e medicalização social. Com a chegada da Família real ao Brasil, em 1808, muitas mudanças ocorreram

com a instalação da corte no Rio de Janeiro, movimentou a cidade e exigiu modernização da sociedade Brasileira como a construção das Santas Casas de Misericórdias, onde os loucos eram institucionalizados (MESQUITA 2008).

Iniciando assim as práticas de intervenção voltadas a recolher os loucos e pobres que perambulavam pelas ruas. Foi nesta época que construíram os primeiros asilos que funcionavam como depósitos de doentes, mendigos, delinquentes e criminosos, removendo-os da sociedade e sendo, dessa forma, compatível ao desenvolvimento mercantil e as novas políticas do século XIX. (MESQUITA, 2008)

Com o relevante crescimento da população, a cidade passou a deparar com alguns problemas e, dentre eles, a presença dos loucos pelas ruas. O destino deles era a prisca ou a Santa Casa de Misericórdia, que era um local de amparo, de caridade, não um local de cura. Lá os alienados recebiam um “tratamento” diferenciado dos outros internos. Os insanos ficavam amontoados em porões, sofrendo repressões físicas quando agitados, sem contar com assistência médica (exposto ao contágio por doenças infecciosas e subnutridos). Interessante observar que naquele momento, o recolhimento do louco não possuía uma atitude terapêutica, mas sim, de salvaguardar a ordem pública (MESQUITA, 2008, p.10).

Observa-se que a prática da Psiquiatria possui caráter de exclusão social do doente da sociedade, o que não buscava a cura deste transtorno, e sim formas de excluí-los do seio da sociedade, ocasionando o enclausuramento dos chamados loucos, onde eram dominados e submetidos a ambientes insalubres, castigos corporais, e entre atos punitivos de comportamentos.

De acordo com Jorge et al., (2000) “cuidados” aos pacientes com transtorno mental eram prestados por escravos, voluntários e irmãs de caridade e se algum indivíduo possuísse experiência no tratamento destes enfermos podia obter o título de prático em enfermagem.

Em 1830, com o diagnóstico da Sociedade Brasileira de Medicina no Rio de Janeiro, que criticavam o abandono dos loucos a própria sorte, é proposta a construção de um hospício para os alienados nos moldes europeus, em substituição as salas insalubres dos hospitais e dos castigos corporais por asilos higiênicos e arejados e com tratamento moral (ALVES et al., 2009).

De acordo com Yasui (2006), no que se refere a crítica da Psiquiatria Brasileira, afirma que houve vários atores neste espetáculo onde todos contribuíram de certa forma, para que o processo de transformação fosse feito nesta área onde foi criticado o saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico, na assistência as pessoas com transtorno mental.

O escrito Machado de Assis, em seu texto *O Alienista*, cuja primeira publicação se deu em 1881, antes mesmo que esta disciplina médica entrasse no Asilo de Alienados, foi pioneiro na contestação desse modelo. 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).

Yasui (2006) relata muita experiência, localizadas das efêmeras, espalhadas pelo país, que tiveram destaque ao longo do século XX, a humanização no atendimento ou contrapondo-se ao modelo vigente. Estes poucos ou quase nada conseguiram muda, mas contribuíram para lançar sementes e produzir pequenos frutos.

A História ainda relata que no século XIX, as pessoas com comportamentos inadequados ou associados à desordem mentais eram recolhidas á cadeia. Um fato comum nas grandes cidades brasileiras eram que tais pessoas fossem para as Santas Casas de Misericórdias da corte Dois. Na metade do século XIX surge um local exclusivo para os doentes mentais, sendo criado mediante o Decreto Nº 82 da lei de nº 1841, tendo seu funcionamento o ano de 1852 como Hospícios Provisórios (ALVES, 2009).

Nos anos seguintes implantou-se asilos em outras províncias, como, São Paulo, Pernambuco, Pará, Bahia, Paraíba, Rio Grande do Sul e Ceará, que na realidade esse hospícios tinha muita semelhança com as Casas de Detenção, com precárias condições de funcionamento, sem a fiscalização dos órgãos sanitários, constituindo-se assim num espaço de violência e destruição institucionalizado e reconhecido pelo estado como espaço terapêutico. (NOGUEIRA, 2008)

Neste contexto houve um despertar para sentido de responsabilidade quanto á saúde mental. O que proporcionou o aumento das discursões dos trabalhadores em Saúde Mental, usuários e seus familiares, que contribuiu para o Movimento da Reforma Psiquiátrica.

4.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, em diversas camadas da sociedade, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos. Nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtorno mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços, e das relações interpessoais que o processo de reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005).

Para Nogueira (2008) o avanço da psiquiatria se deu com algumas alternativas com o objetivo de poder compreender o adoecimento psíquico. Uma das propostas mais avançadas, do ponto de vista democrático, foi experiência da reforma psiquiátrica italiana, em 1961. Seu objetivo foi em romper com o paradigma clínico e psiquiátrico ao busca a desconstrução de aparatos científicos, legislativos, culturais e políticos que o sustentava. Para Franco Basaglia o hospital psiquiátrico era um lugar de segregação, da violência e morte que deveria ser combatido, negado e superado.

O modelo da reforma psiquiátrica italiana, buscou resgatar no indivíduo suas referências sociais e culturais, considerando a experiência de cada indivíduo no tratamento. Propondo a emancipação do portador de transtorno mental a ampliação do seu poder de troca, ou seja, na reprodução social e (por extensão, sua reinserção social e não a cura ou recuperação (NOGUEIRA, 2008).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve sua origem na década de 70, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Que registraram várias denúncias quanto à política brasileira de saúde mental, em relação à privatização da assistência psiquiátrica, por parte da previdência social, quanto às condições (públicas e privadas) de atendimento psiquiátrico à população, o que ocasionou a violência dos manicômios e as precárias condições de trabalho e salários, a mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtorno mentais (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTE, 2010).

Conforme Ribeiro (2007) relata que no Brasil ainda na década de 70, por meio do Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), inspirado teoricamente pelas experiências da psiquiatria italiana, ocorreu a reunião de várias categorias de profissionais que também denunciaram a falta de recursos, a precariedade dos serviços e a necessidade de reestruturação da Reforma Psiquiátrica Brasileira com objetivo de garantir à cidadania dos doentes mentais, dando-se início a luta antimanicomial.

No Rio de Janeiro em 1978, eclode o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e coloca em xeque a política psiquiátrica exercida nos pais. A questão psiquiátrica é colocada em pauta “... tais movimentos fazem ver à sociedade como os loucos representam a radicalidade da opressão e da violência imposta pelo estado autoritário” (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTE, 2010).

Segundo Rabelo e Torres (2006) O MTSM a partir de 1978, passa por inúmeros embates com setores conservadores da sociedade, que pleiteiam a manutenção do paradigma de psiquiatria clássica e na, segunda metade da década de 1980, dá um grande impulso da reforma psiquiátrica brasileira. Neste período, ocorrem quatro fatos fundamentais para o entendimento do processo de implantação da reforma psiquiátrica brasileira, a saber: VIII Conferência Nacional de Saúde, marco criador do SUS; II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental; Apresentação do Projeto de Lei N°3.657/89; e, II Conferência Nacional de Saúde Mental. Outros pontos comumente destacados na literatura como marcos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira foram: V Congresso de Psiquiatria em Camboriú, Santa Catarina (1978); I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (1978); III Congresso Mineiro de Psiquiatria (1979), com a presença de Franco Basaglia.

Segundo Dias (2008), o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental realizado em 1987, em Bauru-SP é considerado um dos eventos mais com a população acerca da loucura, e tentar redescrever e reconstruir as relações entre a sociedade e os loucos.

As décadas de 80 a 90 do referido século, foram marcadas pelas criações de inúmeras experiências antimanicomiais, novos serviços de atenção à saúde mental foram implantados em todo o país, na tentativa de resgatar a singularidade e a complexidade do “adoecer psíquico” (RABELO; TORRES, 2006).

No país, a política de saúde mental tem sido pensada enquanto tal a partir de 1979 sob a influência das idéias de Reforma Psiquiátrica italiana. E consoante este pensamento que a legislação sobre saúde mental no país, constitui-se um conjunto de prerrogativas legais que tem ampliado os horizontes da psiquiatria moderna. (DIAS, 2008).

No ano de 1991, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República o Projeto de Lei Nº. 3.657/91 de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT-Minas Gerais), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e suas substituições por novas modalidades de atendimento, tais como: hospitais-dia, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, e regulamentam as internações psiquiátricas compulsórias, culminado na Lei nº10.216/01 que dispõe sobre os direitos do portador de transtorno mental, tornando-se um marco na história da psiquiatria brasileira como produto de inúmeros debates sobre a assistência psiquiátrica, envolvendo profissionais da área da saúde, usuários e familiares (OLIVEIRA, 2002).

Articulado à luta em defesa dos interesses do portador de transtorno mental, um novo sistema de saúde mental começa a ser estruturado no Brasil, cujos serviços substitutivos ao manicômio se propõem ao cuidado de portadores de sofrimento psíquicos.

Dentro desta estrutura, surgem os CAPS como um desses serviços, proposto dentro da Reforma, como espaço aberto de tratamento que propicia o máximo de aproximação entre usuário e profissionais de saúde, aproximando com os espaços com que os indivíduos costumam viver, seja sua casa, trabalho e escola, objetivando a sua reinserção social, fazendo com que seu retorno ao convívio em comunidade se der sem maiores dificuldades. São, portanto, estruturas abertas de tratamento que, em tese, se propõe desmontar o tradicional sistema manicomial e romper com os limites e a inércia habitual dessas instituições.

4.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS

Os CAPS - Centros de Atenção Psicossocial, instituídos juntamente com os NAPS-Núcleos de Assistência Psicossocial, através da portaria /SNAS Nº224-29/01/1992 são unidades de saúde locais- regionalizadas, que contam com uma população descrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados

intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional, constituindo-se também, em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental (BRASIL, 1992).

O primeiro CAPS – Luiz da Rocha Cerqueira, surgiu no ano de 1987, em São Paulo, e os NAPS em 1989 em Santos; considerados as principais referências para se pensar o novo contexto das experiências atuais no campo da saúde mental. Sabemos que os serviços evoluíram, incorporaram novas questões e sofreram transformações, mas marcaram certos campos de intervenções (FERREIRA, 2007).

O precursor de mudanças do modelo assistencial em saúde mental pode ser observado pela evolução e o aumento desses “novos” serviços nomeados de CAPS/NAPS, atualmente, somente NAPS, homogeneizou experiências e propostas distintas, onde a mais significativa referência ao modelo substitutivo é retirada de vez do texto ministerial. Neste sentido, a ampliação e o fortalecimento desses serviços, propostos na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, constituem um dos principais desafios para sua efetivação no contexto do SUS. Nem sempre pautados pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e suas políticas de saúde mental, os “novos” serviços vêm frequentemente se colocando ao lado e em paralelo aos hospitais psiquiátricos (VASCONCELO, 2001).

4.4 AS RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS

As residências terapêuticas surgem na Itália (Traeste) na década de 1970, como estratégia da desinstitucionalização, que se efetivaram somente após 1976. Durante o período de 1971 a 1976, ocorreu uma intensa campanha para obtenção de permissão – a – osentadorias e aprovação de subsídios sociais (LOJUDICE et al., 2010).

Inicialmente esse projeto de residência previa a reestruturação de prédios dentro do complexo hospitalar, organizando apartamentos e num segundo momento iniciou-se o processo que levaria os internos a residir em apartamentos na ado recursos financeiros para comprar ou alugar casas e/ou apartamentos.

No Brasil as primeiras residências surgem na década de 1990, onde, após 12 anos de luta foi sancionada a lei psiquiátrica (lei 3.657/1989) que consagra o princípio da substituição de serviços de natureza manicomial para serviços abertos na comunidade (VASCONCELOS, 2008).

As residências terapêuticas são um das medidas substitutivas e de reintegração da Reforma Psiquiátrica, criada para pessoas com transtorno mental grave, e persistente na comunidade, a qual o Sistema Único de Saúde (SUS) vem dedicando-se com especial empenho nos últimos anos. A implantação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico. (BRASIL, 2004).

As Residências Terapêuticas são espaços com formato de casas, construídas no espaço urbano para portadores de transtorno mental graves, com o objetivo de proporcionar aos usuários conforto e acolhimento, facilitando assim a sua reintegração na comunidade (BRASIL, 2004).

A integração deste tem sido uma tarefa difícil, pois esta integração com a comunidade dar ao doente mental o direito de morar e circular nos espaços da cidade, que é de fatos os mais fundamentais direitos que se reconstituem com a implantação nos municípios de Serviços de Residências Terapêuticas. Assim devendo respeitar o gosto e hábitos dos seus moradores e sua dinâmica de vida, algo não comum por durante a história da psiquiátrica e da adequação da família a esta nova realidade.

Que o programa ajuda a manter. Serviços de Residências Terapêuticas, haja vista que este serviço conta com no Maximo, oito moradores de forma geral um cuidado e designado para apoiar os moradores nas tarefas, dilemas e conflitos cotidianos do morar, do coabitar e do circular na cidade, em busca de autonomia do usuário. De fato a inserção de um usuário em um SRT é o início de longo processo de reabilitação que deverá busca a progressiva inclusão social do morador. Cada residência deve esta referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial e operar junto á rede de atenção á saúde mental dentro da lógica do território (BRASIL, 2004).

Este processo de implantação e expansão destes serviços é recente no Brasil. Nos últimos anos, o complexo esforço de implantação das residências e de outros dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico vem ganhando impulso nos municípios, exigindo dos gestores do SUS uma permanente e produtiva articulação com a comunidade.

A rede de Residências Terapêuticas conta hoje com 357 serviços em funcionamento com aproximadamente 2850 moradores. A expansão dos CAPS, a desativação dos leitos psiquiátricos e, em especial, a instituição pelo Ministério da Saúde incentivo financeiro, em 2004, para a compra de equipamentos para estes serviços, são alguns dos componentes para expansão desta rede que contava em 2002 com apenas 85 residências em todo o país. Esta rede deverá experimentar ainda nos próximos anos grande expansão. Estimativas do Ministério da Saúde indicam que cerca de 12.000 pessoas poderão se beneficiar dos serviços prestados nestas residências (BRASIL, 2004).

4.5 PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA

O Programa de Volta para Casa é um dos instrumentos mais efetivos para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização.

Trata-se de uma das estratégias mais potencializadoras da emancipação de pessoas com transtorno mentais e dos processos de desinstitucionalização e redução de leitos nos estados e municípios. Criado pela lei federal 10.708, encaminhada pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva ao Congresso, aprovada e sancionada em 2003 (BRASIL, 2003).

O Programa é a concretização de uma reivindicação histórica do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo sido formulado como proposta já à época da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992 (BRASIL, 2003).

O objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação aos seus beneficiários. Para receber o auxílio – reabilitação do Programa de Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social (BRASIL, 2003).

O Programa possibilita a ampliação da rede de relações dos usuários, assegura o bem estar global da pessoa e estimula o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania, uma vez que prevê o pagamento do auxílio-reabilitação diretamente ao beneficiário, através de convênio entre o Ministério da

Saúde e a Caixa Econômica Federal. Assim, cada beneficiário do Programa recebe um cartão magnético, com o qual pode sacar e movimentar mensalmente estes recursos. O município de residência do beneficiário deve habilitar-se ao Programa, ter assegurada uma estratégia de acompanhamento dos beneficiários e uma rede de atenção à saúde mental capaz de dar uma resposta efetiva às demandas de saúde mental. A cada ano o benefício pode ser renovado, caso o beneficiário e a equipe de saúde que o acompanha entendam ser esta uma estratégia ainda necessária para o processo de reabilitação.

Trata-se de um dos princípios no processo de reabilitação psicossocial, segundo a literatura mundial no campo da Reforma Psiquiátrica. Seus efeitos no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contraturalidade social dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia. A implementação do programa, no entanto, não se dá sem dificuldades.

Alem do esperado desafio da mudança efetiva do modelo de atenção à saúde mental nos estados e municípios, o Programa de Volta para Casa enfrenta uma situação paradigmática, produzida por um longo processo de exclusão social. A grande maioria dos potenciais beneficiários, sendo egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, não possui a documentação pessoal mínima para o cadastramento no Programa. Muitos não possuem certidão de Nascimento ou carteira de identidade o longo e secular processo de exclusão e isolamento dessas pessoas, além dos modos de funcionamento típicos das instituições totais, implica muitas vezes na ausência de instrumentos mínimos para o exercício da cidadania.

Este ainda é um desafio para a consolidação do Programa, que vem sendo enfrentada através da parceria entre o Ministério da Saúde (MS), a Procuradoria Federal dos Direitos Humanos da Presidência da República, para restituir o direito fundamental de identificação e garantir a identificação tardia destas pessoas, num processo fundamental de inclusão social e garantia dos direitos fundamentais das pessoas com transtornos mentais, desafio primeiro da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

4.6 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL APÓS A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Após a Reforma Psiquiátrica no Brasil, ocorrem varias transformações no campo da assistência e das políticas publicas e sociais ao doente mental, e a enfermagem como prestador do serviço direto a estes clientes acompanhou as mudanças que ocorrem na saúde mental o que não foram apenas para melhora o bem-estar do portador do sofrimento psíquico. Na antiguidade acreditava-se que o individuo que se encontrava com estes distúrbios, na verdade estariam possuídos, ou seja, sofria influência de demônios ou seres superiores e por isso eram considerados bruxos (MENDES; FREITAS; GOMES, 2009).

O ser louco passa a ser uma ameaça à sociedade, sendo considerado como vagabundo, e hoje após tantas contradições sabem-se que a doença psiquiátrica é uma manifestação psicopatológica especifica e clinicamente reconhecível.

Avanci et al., (2002), cita que no século XVIII, o manicômio tinha como objetivo de vigiar, controlar e reprimir, um perfil que se manteve durante muito tempo, pois os seus profissionais não conseguiram mudar o modo de entender e assistir o doente mental, o qual continuava sendo visto como louco e perigoso.

Atualmente se busca condições para reabilitar o doente, começando com o processo de desinstitucionalização, olhando para sua história, sua cultura, sua vida cotidiana, ou seja, uma busca por possibilidades para reinserção na sociedade através de atendimentos terapêuticos.

Para se iniciar esse processo de desinstitucionalização, foram criados os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), Lares Protegidos e Hospitais-Dia e Ambulatórios de Saúde Mental (BRASIL, 1992).

Para garantir que não se aplicasse o mesmo tratamento e práticas antigas, novas práticas foram desenvolvidas ancoradas nas mudanças ocorridas com a Reforma Psiquiátrica.

E necessário que essas novas instituições se configurem enquanto produção de saberes respaldado em um novo paradigma, bem como seja fundamentalmente um centro de atenção, de encontro, de convivência, produção de vida e de invenção da saúde (JORGE et AL., 2000).

A realidade nos mostra algumas contradições, pois o doente mental tem direitos a assistência médica e tratamento terapêutico com respaldo e proteção, do Estado, sendo assim, tem seu espaço social, porém o outro lado da realidade é que

no decorrer da história da saúde mental criou-se uma exclusão social formada por conceitos muitas vezes errados desse indivíduo.

A enfermagem tem papel fundamental dentro dessa transformação da assistência ao doente mental enquanto íntima do cuidado do outro.

Algumas mudanças se iniciaram com a lei 775/79, onde houve a inserção da disciplina Enfermagem Psiquiátrica no currículo de graduação.

Sobre essa situação Avanci, (2002) Orienta que:

Descreve que no início, as ações de enfermagem psiquiátrica eram tímidas aparecendo nos programas apenas algumas aulas sobre assistência de enfermagem voltada a diversos transtornos psiquiátricos ou sobre os psicofarmacos (AVANCI, 2002, p. 16).

Nas transformações que ocorreram na enfermagem psiquiátrica constatou-se que o enfermeiro “[...] é o agente terapêutico, e suas ações têm bases no relacionamento estabelecido com o paciente psiquiátrico[...]” (AVANCI, 2002), pag. 509 Para um bom exercício da profissão é preciso um embasamento no conhecimento científico e habilidades profissional e principalmente pessoal para que ele atue de maneira eficaz, ativa e terapêutica.

Para que as assistências terapêuticas alternativas tenham um bom andamento, a atitude profissional do enfermeiro é primordial, pois é ele quem prepara o cliente para os trabalhos clínicos e orienta o seu acompanhante para que possa colaborar na sua readaptação ao seu meio (AVANCI, 2002).

4.7 A TEORIA DE RELAÇÃO INTERPESSOAL DE JOYCE TRAVELBEE

A fim de melhor compreender as relações entre a enfermagem e o paciente vamos lembrar a teoria de Joyce Travelbee.

Joyce Travelbee foi uma enfermeira assistencial da área de psiquiatria, além de docente e escritora. Nasceu em 1926, terminou seus estudos básicos de enfermagem na Escola do Hospital de Caridade em Nova Orleans, obteve seu bacharelado em enfermagem na Universidade de Lousiana, em 1956, Iniciou seu mestrado no mesmo ano, na Universidade de Yale, em 1973, matriculou-se no curso de doutorado, na Flórida, mas veio a falecer de forma prematura e inesperada, no mesmo ano (TOWNSEND, 2002).

Esta é uma das razões que nos leva a encontrar pouco registros de artigos na literatura, utilizando a teoria.

Segundo Towsendo (2002), a experiência de Travelbee durante sua formação básica em enfermagem e seus primeiros trabalhos com assistência foi em instituições católicas influenciando a sobremaneira na formulação de sua teoria. Travelbee considerava que os cuidados de enfermagem que se davam aos pacientes careciam de compaixão, foi membro de várias escolas de enfermagem e teve influência de Ida Orlando, para escrever a teoria, ela ressalta que teve influência de Viktor Frankl contemporâneo e Sigmund Freud, e criou a logoterapia que lida com o sentido concreto de situações concretas, nas quais se encontra uma pessoa, por sua vez, também concreta em conformidades.

De acordo com Towsendo (2002) Joyce Travelbee divide a sua teoria em três aspectos, estando classificada na Teoria das relações interpessoal, que enfatiza a relação terapêutica que existe entre enfermeira e paciente, onde a importância é dada aos cuidados que reforçam a empatia e simpatia no que tange ao aspecto, a relação enfermeiro /paciente é a essência do propósito da enfermagem, seres humanos têm a capacidade de evoluir e mudar todo o tempo, paciente não existe, o que temos são seres humanos que necessitam de cuidados, serviços e assistência que se supõem, outros seres podem dar.

O segundo aspecto aborda os principais conceitos dominantes, este afirma que o cuidar em enfermagem é um processo interpessoal em que a enfermeira ajuda a um indivíduo, família ou comunidade a evitar ou fazer a frente à experiência de enfermidades e sofrimento, saúde é definida segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como, não apenas a ausência de doença mas a situação de perfeito bem estar físico e mental, Cliente é um humano que requer assistência de outro humano que ele acredita ser capaz de ajudá-lo (TOWSENDO, 2002.)

O último aspecto está ligado a conceitos inter-relacionados como o enfermeiro, este reflete que para ser capaz de prestar uma assistência adequada ao paciente, deve ser capaz de utilizar sua percepção no desenvolvimento do processo de comunicação, entende-se por percepção o movimento interno de uma pessoa para tomar consciência do mundo que a cerca, decifrando-o de acordo com suas experiências anteriores (LINARD; PAGLUICA; RODRIQUES, 2004).

4.8 AÇÕES DE SAÚDE PRODUZIDAS PELA ENFERMAGEM

As ações produzidas pela a enfermagem de acordo com (LINDARD, PAGLUICA; RODRIQUES, 2004) deve abordar os seguintes campos, tanto na assistência como na parte administrativa.

Atividade Administrativa - conduzida pela enfermeira, planejamento, organização, coordenação, e execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem.

Controle de Medicação – Controla o uso de fármacos conforme prescrição e necessidades do paciente, Agenda horários de medicações, e observa possíveis efeitos colaterais após o uso da mesma que possam ocorrer , providenciar sempre as doses necessárias para cada paciente individualmente, para que a falta não prejudique o tratamento.

Supervisão e orientação da equipe de enfermagem – Orientando a equipe com relação aos tratamentos e mudanças possíveis que possam acontecer estes sempre informados de mudanças e renovação que possam acontece na dentro da área da psiquiatria e busca sempre conhecimentos novos e socializa-los com a equipe para melhoria do serviço.

Participação de grupos e discursos com a equipe multiprofissional- Estudam plano de assistência e discutem cada caso de paciente isoladamente para que obtenha toda a evolução do tratamento procurando sempre aprimorar melhorias para assistência de cada doente.

Confecção da escala – Organiza a escala obedecendo à quantidade de profissionais necessários para presta atendimento ao paciente conforme a necessidade do serviço.

Auxilia na direção do serviço - Executa técnicas da assistência direta quando necessárias como administrações de medicações e procedimentos diretas.

Participação em grupos terapêuticos - Realiza reuniões com o paciente para através de essas ajuda o paciente dentro de sua necessidades e complexidade , busca compreende-lo e ajudar a superar problemas apresentados pelo mesmo.

Realiza o acolhimento e esculta do paciente – Procurando propicia para ele um ambiente tranquilo na qual o mesmo possa se sentir seguro.

Grupo de dança- Proporciona para o paciente atividades física a qual melhora as funções circulatórias, respiratória e digestiva, Colabora para agilidade , flexibilidade e elasticidade dos movimentos.

Oficinas- Proporciona atividades e tarefas para qual eles possam produzir trabalhos artesanais e ocupa o tempo disponível fazendo com que se sintam uteis.

Acompanha a questão de alimentação e repouso – Através da observação e interação quando necessário .

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho realizou uma reflexão teórica sobre a história da Reforma Psiquiátrica, e as transformações ocorridas na assistência de enfermagem após a Reforma Psiquiátrica.

Atualmente já se percebe inúmeras mudanças na assistência de enfermagem em psiquiátrica, pois já sabemos que o transtorno mental e uma doença é não pode ser mais vista, com tanto preconceitos e contradições, ou apenas para gerar lucros a donos de hospitais mercenários, que não buscavam conhecimentos das doenças mentais e nem de novos tratamentos para melhora a qualidade de vida dos doentes, e nem tão pouco de profissionais capacitados de conhecimentos teóricos e práticos, dos transtornos mentais, em sua complexidade, para presta a devida assistência correta aos portadores de doença psíquica.

Observou-se que enfermeiro psiquiátrico vem buscando alternativas que possam dar conta da diversidade deste cotidiano. Em especial a subjetividade da enfermagem no decorrer do seu curso histórico teve a necessidade de assimilar alguns atributos de outros profissionais diante da assistência a saúde mental, mudando de forma intensa após a Reforma Psiquiátrica e o surgimento dos serviços substitutivos. Alterando, dessa forma, o modo de trabalho do enfermeiro baseado no antigo modelo asilar, para o modelo terapêutico.

A enfermagem em Saúde Mental deixou em segundo plano a questão da administração de medicamentos e contenção do usuário para focalizar a sua participação em projetos terapêuticos. O que se observou que o processo acadêmico não foi suficiente para o conhecimento desse profissional, que sai de uma Universidade deixando a desejar o embasamento teórico e prático deste profissional para que ele possa atuar no mercado de trabalho.

Desse modo observou-se que o papel do enfermeiro sobre a ótica do mesmo, se estabelece a partir da interação terapêutica deste com o usuário. Sendo assim, a subjetividade em torno de suas atividades o conduz o um caminho de criação de sua própria identidade como um enfermeiro em saúde mental, harmonizando suas normas assistenciais com a flexível atividade terapêutica proposta nestes hospitais e nos CAPS's.

Sendo assim o enfermeiro enfrenta dificuldades no desempenho de suas funções compreendendo questões simples como a falta de infraestrutura própria para a assistência de enfermagem, a escassez de enfermeiro atuando nesta área muitas vezes porque não se identifica com o trabalho ou por questões mais complexas como a discriminação e desconhecimento de sua função como terapeuta ou até mesmo por propagandas negativas dos próprios enfermeiros.

Em projetos e assistência terapêuticos, na qual este enfermeiro além de assistencial seja um multiplicador de conhecimentos para que se obtenha nesta área cada vez mais profissionais capacitados o qual não deixe que pequenas tradições culturais ou preconceitos sejam capaz de tira-lo da assistência em saúde mental .

Conclui-se que embora a enfermagem tenha sido subordinada ao saber médico, com a Reforma Psiquiátrica toda essa subordinação abre margens com a desinstitucionalização do modelo asilar abre preceptores para a enfermagem ter sua autonomia no modelo diante de novos paradigmas que a Reforma Psiquiátrica veio trazer para o enfermeiro especialista em psiquiatria, onde surgiu a oportunidade do

enfermeiro de construir seu próprio plano de assistência aliados a outros profissionais como trabalho terapêutico, coordenação de grupos terapêuticos como dança, pintura, musica , autocuidado , atuando como co-terapeuta, entre outras atividades .

O preconceito em saúde mental ainda existe muitas vezes por parte ate dos próprios profissionais, porem conforme a Reforma Psiquiátrica vem se consolidando as reflexões em relação à assistência vão se modelando conforme conhecimento não só do profissional mais de toda a sociedade o que na verdade se observa que a maioria das pessoas da sociedade moderna se torna cada vez mais um grande hospital Psiquiátrico ou uma sociedade de mendigos que não abandona seus lares mais, mas abandonaram a si mesmo. De pessoas que às vezes tem a mesa farta, mas mendigam o pão do prazer, da tranquilidade e da sabedoria.

Só sabiam que essa localização dependeria da coragem de cada um encaminhar nas trajetórias do seu próprio ser, abrir as janelas da sua inteligência, repensar sua historia e fazer livremente suas escolhas.

REFERÊNCIAS

AVANCI, R.C.; MALAGUTI, S.E., PEDRÃO, L.J. Autoritarismo e benevolência frente á doença mental: estudo com alunos ingressantes no curso de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.10, n.4,p.509-15,2002.

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira et al. Uma breve história da Reforma Psiquiátrica. **Neurobiologia**. V.72, n1 Jan/mar, 2009.

BRASIL Leis etc. Portaria n.224 de 29 de janeiro de 1992. Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 jan. 1992. Seção 1, p.1168-70.

BRASIL. Leis etc. Portaria n. 407 de 30 de junho de 1992. Autoriza cadastramento em Psiquiatria III aos hospitais que cumprirem os quesitos arrolados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 mar.1993. Seção 1, p.2629.

BRASIL. Ministério da Saúde - Reforma Psiquiátrico e Políticas de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: **15 anos Depois de Caras**. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005.

BRASIL. Leis etc. Projeto de lei n. 3657-B de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. In: CONSELHO REGIONAL DE SICOLOGIA, 6ª REGIÃO. **Trancar não é tratar: liberdade o melhor remédio**. São Paulo, 1997. p.29-30.

BRASIL. **Residências Terapêuticas: o que são e para que serve**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Manual do Programa de Volta para Casa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

CASTRO R.C.B. SILVA, M.J. O conhecimento e a percepção do enfermeiro a respeito do processo da reforma psiquiátrica. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.15, n. 2, p, 55-64, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1., Brasília 1987. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

DIAS, T. A. **Reforma psiquiátrica na região Oeste do Paraná: o discurso dos enfermeiros e suas praticas**. Tese (Doutorado). 169 fl São Paulo, USP, 2008.

FERREIRA, M.C.G.A. A política de Saúde Mental no Brasil – ontem e hoje: Alternativas e possibilidades. Trabalho apresentado na Faculdade São Vicente de pão de açúcar – FASVIPA. Pão de Açúcar – AL, 2007.

JORGE, M.S.B.; SILVA, W.V.; OLIVEIRA, F.B. **Saúde Mental da prática Psiquiátrica asilar ao 3º milênio**. São Paulo, Ed. Lemos, 2000.

LOJUDICEW, Daniela Cristina et al., **Residências Terapêuticas e reabilitação psicossocial: relato de experiência**. Disponível em: <[http://cac-php.unioeste.br/projetos](http://cac.php.unioeste.br/projetos)>. Acesso em 29 nov 2010.

LINARD, A.G. PAGLUICA, L. M.F. RODRIQUES, M.S.P. **aplicado o modelo de avaliação de Meleis á teoria de Travelbee**, porto Alegre. 2004 abri; p.13.

YASUI, 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.

MESQUITA, J. F. de – **Quem Disse Que Lugar de Louco É no Hospício?** Um estudo sobre os Serviços Residenciais Terapêuticos, Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

MESQUITA, J.F; NOVELLINO, M.S. F.; CAVALCANTE, M.T. - **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental**.

Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu - MG- Brasil, 20 a 24 de setembro de 2010.

MENDES, M. H.; FREITAS, V.A.; GOMES, E.T. Consulta de enfermagem: uma prática necessária aos indivíduos com transtornos mentais. **Revista Enfermagem**. Brasília v.02 n. 2 jul/ago 2009. p.68-72.

NOGUEIRA, M.S.L. **Política pública de saúde mental e reforma no Brasil: Desafios de inclusão social**. Disponível em:
<www.cepep.com.br/geppes/trabalhos> acesso em 20 out. de 2008.

OLIVEIRA, F.B. **Construindo Saberes e Práticas em Saúde Mental**. João Pessoa: UFPB- Universitária, 2002.

RIBEIRO, S.F. R. Grupo de expressão: uma prática em saúde mental. **Rev.SPAGESP**. V.8, n 1, 2007.

RABELO, I.V. TORRES, A.R. R. **Os significados da reforma psiquiátrica para os trabalhadores de saúde mental de Goiânia**. Estudos Psicologia. Campinas, v.23, n.3, p. 219-228, julho-setembro, 2006.

SOUZA, M.E. L; NASCIMENTO, M.A.S. **Trajetória Evolutiva da Psiquiatria no Brasil e no mundo e inserção da enfermagem**. Batatais 2006 29f .127 f. Monografia Apresentada no Centro Universitário Claretiano de São Paulo.

TORRES, E. H.; AMARANTE, P. Protogonismo e subjetividade; a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.6, nº1. Rio de Janeiro, 2001.

TOWSEND, Mary c. **Enfermagem psiquiátrica**: Conceitos de cuidados. 3º Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.