



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

SILVIA VILANOVA MEIRELES DA SILVA

**O CUIDADO DA FAMÍLIA E DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM EM RELAÇÃO AO SUJEITO COM
TRANSTORNO MENTAL NO PROCESSO DE
DESOSPITALIZAÇÃO**

SALVADOR
2013

SILVIA VILANOVA MEIRELES DA SILVA

**O CUIDADO DA FAMÍLIA E DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM
RELAÇÃO AO SUJEITO COM TRANSTORNO MENTAL NO PROCESSO DE
DESOSPITALIZAÇÃO.**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador para obtenção do título de Mestre.

Orientador. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes.

**SALVADOR,
2013**

UCSAL. Sistema de Bibliotecas

S586 Silva, Silvia Vilanova Meireles da.
O cuidado da família e dos profissionais de enfermagem em
relação ao sujeito com transtorno mental no processo de
desospitalização. – Salvador, 2013.
136 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em
Família na Sociedade Contemporânea.

Orientação: Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes.

1. Cuidado da Família 2. Transtorno Mental – Processo de
Desospitalização 3. Enfermagem I. Título.

CDU 316.356.2

TERMO DE APROVAÇÃO

Silvia Vilanova Meireles da Silva

**O Cuidado da Família e dos Profissionais de Enfermagem em Relação
ao Sujeito com Transtorno Mental no Processo de Desospitalização**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família
na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 30 de julho de 2013.

Banca Examinadora:



Dr(a). José Euclimar Xavier de Menezes
Orientador (a)



Dr(a). Maria Cristina Gomes da Conceição
(UCSal)



Dr(a). Hortênsia Maria Dantas Brandão –
(UFBA)

A Lei.

Todo homem tem direito

de pensar o que quiser
Todo homem tem direito
de amar a quem quiser
Todo homem tem direito
de viver como quiser
Todo homem tem direito
de morrer quando quiser

Direito de viver

viajar sem passaporte

Direito de pensar

de dizer e de escrever

Direito de viver pela sua própria lei

Direito de pensar de dizer e de escrever

Direito de amar,

Como e com quem ele quiser.

A lei do forte

Essa é a nossa lei e a alegria do mundo

Faz o que tu queres ah de ser tudo da lei

Faz isso e nenhum outro dirá não

Pois não existe Deus se não o homem

Todo o homem tem o direito de viver a não ser pela sua própria lei

Da maneira que ele quer viver

De trabalhar como quiser e quando quiser

De brincar como quiser

Todo homem tem direito de descansar como quiser

De morrer como quiser

O homem tem direito de amar como ele quiser

De beber o que ele quiser

De viver onde quiser

De mover-se pela face do planeta livremente sem passaportes

Porque o planeta é dele, o planeta é nosso.

O homem tem direito de pensar o que ele quiser, de escrever o que ele quiser.

De desenhar, de pintar, de cantar, de compor o que ele quiser

Todo homem tem o direito de vestir-se da maneira que ele quiser

O homem tem o direito de amar como ele quiser, toma tua sede de amor, como quiseres e com quem quiseres (...)

O amor é a lei, mas amor sob vontade (...)

Viva a sociedade alternativa

Viva! Viva! (Raul Seixas)

Aos que amo e aos que me amam.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. José Euclimar Xavier de Menezes, pelo acolhimento do projeto desta pesquisa desde o momento da seleção e por seu constante estímulo, compreensão e iluminação. A todos os professores do programa *Stricto Senso* em Família na Sociedade Contemporânea os quais, sobretudo me remeteram com orgulho a condição de aluna, pois todos sem exceção contribuíram de alguma forma para ampliar meus conhecimentos sobre a temática que viabilizei melhor compreender com o desenvolvimento deste trabalho. Aos verdadeiros amigos Eneyle Freitas Bittencourt pela acolhida e Wellington Rodrigues Costa por me prestarem algum auxílio podendo contar com o apoio deles, sobretudo, nos momentos da minha vida pessoal que cursaram mesmo tumultuados, pois, foram eles imprescindíveis para que eu pudesse ter continuado. Aos meus filhos Sofia e Israel de nove e cinco anos respectivamente e ao meu enteado Alexandro Silva pela colaboração e aceitação aparentemente pacíficas de algumas ausências que poderão assim espero virem a ser mais bem compreendidas no futuro. Em todos os começos, meios e fim a Deus que considero Pai de todos nós e lhe agradeço me inserir numa grande família.

SUMÁRIO

RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
1. A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL.....	36
1.1 O PROCESSO DE DEMOCRATIZAÇÃO RESSIGNIFICANDO O CONCEITO DE SAÚDE MENTAL.....	44
2. A DESOSPITALIZAÇÃO DOS CLIENTES PSIQUIÁTRICOS E AS NOVAS ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO.....	64
2.1 Panorama atual da Reforma Psiquiátrica: perspectivas para a atenção à Saúde Mental.....	89
3. A ENFERMAGEM E A FAMÍLIA NO CUIDADO DOS CLIENTES PSIQUIÁTRICOS: RECURSOS.....	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS.....	124

RESUMO

Esta dissertação aborda o cuidado da família e dos profissionais de enfermagem em relação ao sujeito com transtorno mental no processo de desospitalização psiquiátrica. Como objetivo geral, busca compreender a contribuição da família e da área de enfermagem no tratamento do Transtorno Mental face aos espaços alternativos de assistência, preconizados pela Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para tanto, faz uma breve retrospectiva histórica da Reforma e explicita as bases teóricas que a fundamentam, a partir das políticas públicas de saúde voltadas para o T.M. O estudo busca, ainda, identificar estratégias para a superação de limites vivenciados pela família do cliente com T.M, bem como a repercussão desse tipo específico de cuidado em sua reintegração social. Para tanto, estabelece diálogo com pesquisadores da área de saúde mental, tomando, como ponto de partida a conceituação do T.M enquanto um fenômeno complexo que demanda cuidados específicos. Nesta perspectiva, aborda também o cotidiano da área de enfermagem no que diz respeito à assistência desse tipo de usuário nas mais variadas instâncias de tratamento, especificamente nos novos modelos de assistência propostos pela Reforma Psiquiátrica. Evidencia estudos sobre o comportamento do familiar ante a problemática do T.M, a partir de discursos que se entrecruzam na construção de estratégias de cuidado prestado a esses sujeitos. Esses estudos tornaram possível o desenvolvimento de um raciocínio acerca da reintegração social do cliente com T.M, a partir do momento em que ele é compreendido como alguém que necessita de cuidado integral e que é privilegiado em sua subjetividade e nas relações sociais que estabelece.

Palavras-chave: cuidado, família, transtorno mental, enfermagem.

ABSTRACT

This study addresses the care of family and professional nursing related to the subject with a mental disorder in the process of deinstitutionalization of psychiatric illness. As a general objective, seeks to understand the contribution of family and nursing in the treatment of mental disorders compared to alternative venues of care, recommended by the psychiatric reform in Brazil. In order to do this, it talks about the reform and the theoretical foundations that support it, from public health policies aimed at T.M. The study aims also to identify strategies for overcoming the limitations experienced by the family of the patient with T.M, as well as the repercussions of this specific type of care in their rehabilitation. To do so, establishes dialogue with researchers in the field of mental health, taking as a starting point, the conceptualization of T.M as a complex phenomenon that requires specific care. In this perspective, also addresses everyday nursing with regard to the assistance of this type of user in various instances of treatment, specifically in the new models of care proposed by the Psychiatric Reform. I highlight this researches a way to bring out studies on the behavior of the family before the issue of T.M, from discourses that intersect in the construction strategies of care provided to these subjects. These studies have made possible the development of reasoning about the social reintegration of patients with T.M, from the moment it is perceived as someone who needs comprehensive care that is privileged in its subjectivity and social relations that are established.

Key-words: care, family, mental illness, nursing.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Mental (T.M) é um fenômeno que tem sido mais compreendido nas quatro últimas décadas. Entretanto, devido a sua complexidade, ainda requer uma permanente atenção, sobretudo por parte da família e dos profissionais de saúde que cuidam diretamente de clientes com T.M, para que as ações de cuidado a eles orientadas sejam mais eficazes. Nesta direção é importante perceber que os estudos relativos ao T.M englobam diversos saberes, cuja interdisciplinaridade pode se constituir em uma ferramenta útil a sua melhor compreensão. Preconceitos e estigmas historicamente construídos não apenas por parte dos familiares, como dos profissionais e de todo o corpo social no qual se insere o sujeito com T.M, podem, inclusive, ser minorados, quando o fenômeno é mais entendido.

Neste estudo, acato o que diz Gonçalves e Sena (2001) quanto ao uso da expressão transtorno mental, ao afirmar que, muitas vezes, é utilizado por ausência de outra expressão que possa sintetizar a idéia de doença prevalente e que possa traduzir o conceito de existência do sujeito em sofrimento em relação ao corpo social, como é a proposta alternativa feita pela psiquiatria democrática italiana, bem como a de “sofrimento psíquico”, usada na contemporaneidade, por muitos autores que, contudo, não deixam de atribuir-lhes também expressão “doença mental”. (GONÇALVES e SENA, 2001).

O *Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders - DSM) é um manual para profissionais da área de saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los, de acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association - APA). Seu uso é feito por clínicos e pesquisadores, bem como por companhias de seguro, indústrias farmacêuticas e parlamentos políticos, evidenciando o impacto que exerce internacionalmente.

A primeira publicação desse manual aconteceu em 1952. Existem quatro revisões para o DSM desde seu primeiro exemplar. A maior revisão foi a DSM-IV, publicada em 1994, apesar de uma “revisão textual” ter sido produzida em 2000. Uma nova publicação está em andamento para 2013, que coincide para esse momento no qual se realiza esta pesquisa. Ao buscar identificar um conceito convergente para transtornos mentais, considerou-se importante identificar a

especificidade diagnóstica para cada grupo de sinais e sintomas. A seção “desordens mentais” da Classificação Estatística Internacional – CID (Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD) é também um outro guia comumente utilizado, especialmente fora dos Estados Unidos. Ganha corpo descritivamente ao longo do texto à predileção por adotar o uso de Transtorno Mental (T.M) de forma generalista, considerando mais ajustado para compreensão dos objetivos que esta pesquisa intenciona. Assim como ao substituir a terminologia de todas as contribuições autorais ao longo do texto da palavra “paciente” por “clientes” tem como intenção denotar uma dimensão mais positiva em aproximação desse agente enquanto provedor de sua autonomia e/ou cidadania.

Agrega saber que a DMS utiliza-se de um sistema Multi – axial que organiza cada diagnóstico psiquiátrico em cinco níveis (eixos) relacionados a diferentes aspectos das desordens ou debilidades:

- Eixo I: transtornos clínicos, incluindo principalmente transtornos mentais, bem como problemas do desenvolvimento e aprendizado;
- Eixo II: transtornos de personalidade ou invasivos, bem como retardo mental;
- Eixo III: condições médicas agudas ou desordens físicas;
- Eixo IV: fatores ambientais ou psicossociais contribuindo para desordens;
- Eixo V: Avaliação Global das Funções (Global Assessment of Functioning) ou Escala de Avaliação para crianças (Children’s Global Assessment Scale) para jovens abaixo de 18 anos.

O sujeito com T.M proclama cuidados integrais. Trata-se de um cliente que precisa de uma assistência específica, que privilegie suas particularidades e demandas, bem como a relação mais intensa com a família. O sujeito com T.M é considerado alguém diferente, que não vive conforme as normas socialmente impostas, incapaz de realizar determinadas funções e ameaçador para a sociedade (GONÇALVEZ e SENA, 2001).

Segundo Lino (2007), a doença mental é percebida como uma falha no modo como a pessoa se comporta e expressa seus sentimentos, pensamentos e ações.

Não há um consenso claramente identificado entre os especialistas, ou mesmo unanimidade, na tentativa por conceituar o que venha a ser transtorno

mental. Teles (1992) designa adoecimento mental quando para o ser humano existe a necessidade de prover-se do sustento adequado e esta condição lhe é tirada, gerando dificuldades materiais concretas que podem levar o indivíduo a tal condição. Para o diretor do INEF – Instituto de Estudos e Orientação da família, Dr. Osvaldo Lopes do Amaral, os Transtornos Mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Isto significa que os transtornos mentais não deixam nenhum aspecto da condição humana intocado. Logo, ao cuidar de indivíduos portadores de transtornos mentais há que se buscar uma assistência multidisciplinar capacitada a reconhecer por seu saber-fazer a complexidade de problemas que englobam os portadores, de maneira a garantir a devolução de sua autonomia para o autocuidado.

Nesse ponto é importante introduzir o conceito de doença mental nos manuais de psiquiatria delineando uma ampla nosologia psiquiátrica. Dentro da lógica medicalizadora incidente sobre o transtorno mental, o dilema é: ou “normaliza” com o uso da refinada química produzida pela máquina farmacológica, ou fica numa espécie de “limbo” social. A imagem do “limbo” bem pode aproximar metaforicamente o espaço não só geográfico, mas, também, o do imaginário social, em que o portador de transtorno mental na contemporaneidade transita errante entre a internação e o domicílio, em cujo cenário as possibilidades de subjetivação estão em jogo, bem como a sua condição de pessoa é questionada. Na transformação semântica da loucura em doença mental, e, atualmente em transtorno mental, a Psiquiatria delinea as fronteiras da normalidade versus anormalidade. (DIAMANTINO, 2011, P.39-40).

A definição de loucura sofreu modificações ao longo do tempo. No âmbito do cristianismo, por exemplo, caracterizou-se a loucura como a possessão relacionada à religiosidade. Durante o classicismo, com a prevalência das oscilações econômicas que abalaram a sociedade nesse período, o louco torna-se o indivíduo considerado improdutivo e perigoso, que deve ser excluído da sociedade. A loucura é, portanto, irregularidade e anormalidade, e o indivíduo é submetido a um controle simultaneamente social e moral, que se consolida na segregação asilar. No começo do século XIX, a percepção da loucura é acompanhada do reconhecimento de

observadores, e a loucura passa a ser vista não como a ruptura da humanidade, mas algo cuja verdade esconde-se no interior da subjetividade humana. Macedo, B.M.A e Jorge, B. S M (2000) colocam ainda que numa sociedade que valoriza a uniformidade e a ordem, a loucura é uma ameaça sempre presente, que se consolida nas instituições psiquiátricas.

Goulart (1990) cita Levinson & Gallanger (1971), que evidenciam as funções do hospital psiquiátrico baseadas nas expectativas da sociedade e dos elementos que formam o corpo pessoal (administrativo, profissional, técnico e de serviços). Essas funções seriam: reclusão de indivíduos perigosos por estarem doentes; de manutenção da vida, protegendo o doente contra seus impulsos autodestrutivos; custodial, delegando autocuidado aos profissionais quando o doente é incapaz de cuidar-se, função terapêutico-reabilitadora, a qual é desenvolvida pelos profissionais que utilizam variadas intervenções no intuito de desenvolver suas capacidades internas com o objetivo de reintegrá-los à comunidade, e função educativa, quando o hospital serve como centro de formação e investigação para a equipe multiprofissional.

Atualmente, e é o que indica a literatura aqui manejada, privilegia-se nomear o fenômeno, objeto desse trabalho, de “sofrimento psíquico”. Não se trata de uma simples mudança de nomenclatura, mas de atendimento aos objetivos aqui traçados que evidenciam as contribuições reflexivas que dão visibilidade a uma nova sensibilidade sobre o sujeito vulnerável, que demanda um cuidado e uma assistência da enfermagem mais alinhada com as novas tendências da Reforma Psiquiátrica e que envolva a família enquanto co-participante e/ou responsável do seu ente mais vulnerável. O que pede das instâncias novas de assistência um esforço contínuo de intervenção e acolhimento interdisciplinares.

Segundo Silva e Fonseca (1995, P.212):

Repensar a interdisciplinaridade na assistência de saúde mental não se limita a repensar a forma com que isto tem se dado, mas, além disso, analisar a sua essência, ou seja, as bases conceituais sobre as quais tem sido construído o conhecimento que embasa a interdisciplinar e que, em última instância, traduz a visão de mundo que permeia o modelo de atenção instituído.

A Reforma Psiquiátrica surge no Brasil a partir da década de 70 como um movimento que criticava a estrutura asilar e apresentava propostas diferenciadas de

assistência em saúde mental, tais como: assegurar os direitos dos pacientes com transtorno mental, auxiliar nas atividades da vida diária, valorizar o sujeito, facilitar as trocas sociais, reforçar subjetividade, promover autonomia e reinserção social do sujeito na sociedade (KIRSCHBAUM, 2000).

O cuidado com o T.M demanda procedimentos específicos e orientados conforme as peculiaridades do usuário. Colvero et al. (2004) menciona que no modelo de atenção atual, a política assistencial vigente preconiza a diminuição da oferta de leitos hospitalares e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental, deslocando, assim, o seguimento e evolução dos tratamentos para o interstício das dinâmicas familiares mobilizadas pela inclusão dos portadores de T.M.

Segundo Cardoso e Galera (2005), o cuidado relativo ao T.M é permanente, envolve uma atenção mais uma vez colocada como específica, mas que para os autores nem sempre é adequadamente prestada. Além das inúmeras dificuldades vividas não só pelos clientes e pelos profissionais, existem aquelas relacionadas aos familiares e à sociedade. De forma geral, a escassez de recursos, a inadequação da assistência profissional, a estigmatização e violação dos direitos dos doentes, bem como as dificuldades de acesso a programas profissionalizantes são fatores que interferem na qualidade do atendimento. O rompimento com o saber/fazer tradicional da psiquiatria e a construção de um novo saber/fazer baseado nos princípios éticos políticos do doente mental como cidadão são metas da reforma psiquiátrica (GONÇALVES, A.M e SENA; R.R 2001). A esse respeito, estes autores afirmam:

A ocorrência de uma contradição importante entre as propostas da reforma psiquiátrica e a devolução ou manutenção do doente mental na família pode ser confirmada. O doente mental está sendo entregue à família sem o devido conhecimento das reais necessidades e condições da família, especialmente das cuidadoras em termos materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida, aspectos estes profundamente interligados. (GONÇALVES, A.M, Sena R.R; 2001. P.54).

Segundo Melman (2006), o resgate da esperança é ponto fundamental para qualquer projeto de cuidado e no momento atual é preciso desenvolver estratégias para a construção de vínculos mais positivos e menos conflitantes entre todos aqueles direta ou indiretamente envolvidos no tratamento do adoecimento mental.

A família é fundamental no processo de cuidado do sujeito com T.M e é preciso que possua as condições adequadas à inserção desses sujeitos-clientes, para que haja correspondência satisfatória com as perspectivas sugeridas pela

desospitalização. A maior responsabilidade atribuída à família diante da necessidade de viabilizar cuidados específicos e em grande parte integrais fomenta uma investigação mais apurada sobre a eficiência e eficácia do tratamento do adoecimento mental. Isso porque se considerarmos o fato de que é possível um tratamento para além do enclausuramento em hospitais psiquiátricos, há de se considerar que existem componentes afetivos que são primordiais ao processo e que não podem ser gerados tão somente por uma assistência de saúde, seja ela pública ou privada.

É preciso, para Gonçalves e Sena (2001), que haja um cuidado muito mais atento, que depende de sentimentos ligados a embates de uma convivência cotidiana, em que se priorize não apenas a transferência do sujeito com T.M do hospital para o confinamento do lar. O que se propõe é que o cuidado familiar seja capaz de não apenas ser cuidador, mas de ser algo para trazer à tona a autonomia do sujeito, o respeito as suas particularidades. A assistência prestada pelo enfermeiro é fundamental, vez que funciona como tratamento complementar, em termos de orientação e compreensão do transtorno. A reintegração se dá a partir do momento em que a cura deixa de ser a única intenção. O que importa agora é o resgate da cidadania enquanto indivíduo autônomo.

Diante disso, a família passa a ser um agrupamento de sujeitos situado no campo das relações entre pessoas que compartilham significados de suas experiências existenciais. Mas é preciso ressaltar que não se trata de apenas devolver o sujeito com T.M às famílias, como asseguram Gonçalves e Sena (2001):

“Se não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os loucos, também não se pode reduzir a reforma psiquiátrica à devolução destes às famílias como se estas fossem indistintamente capazes de resolver à problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental. Isto implica uma progressiva mudança de mentalidade e comportamento da sociedade para com o doente mental. Existem revisões das de saúde mental em todos os níveis e posturas mais críticas dos órgãos formadores de profissionais, principalmente os da saúde e da educação” (GONÇALVES, A.M e SENA, R.R 2001. P.51)

Os estudos de Colvero (2004) demonstram a importância das discussões em torno dos cuidados prestados por famílias e profissionais ao cliente com T.M, haja vista a ampliação desta interface para tal cuidado. A família é convocada à responsabilização para com os doentes, o que fomenta uma maior aproximação

entre os familiares e profissionais enfermeiros, pois estes últimos fazem parte do quadro de profissionais que assistem esses sujeitos por meio dos novos serviços substitutivos e os novos programas implementados pelas políticas públicas. Segundo este autor, mediante as transformações nas formas assistenciais e mesmo políticas que norteiam as ações e discussões sobre saúde mental, identifica-se a importância de expandir o olhar sobre a família: “A doença mental é representada pelos familiares pelo processo de objetivação do familiar doente mental como aquele que é o diferente, que faz coisas que os outros, ditos normais, não fazem” (COLVERO, 2004.P.204).

Os familiares constroem representações do processo saúde-doença mentais, caracterizadas pela diversidade, fluidez e ambigüidade, elementos que apontam para um enfrentamento mais produtivo das relações e, por isso mesmo, mais viável no que diz respeito à reintegração social dos sujeitos. Quanto à convocação dos profissionais de enfermagem para o tratamento do T.M, esta pesquisa sugere também que seja repensada a atuação do enfermeiro nos novos modelos de assistência ao usuário, os quais substituem o enclausuramento hospitalar. Os novos modelos, que aqui são apresentados, apontam à necessidade de um trabalho em equipe e interdisciplinar, como principal instrumento para a transformação do modelo de assistência anterior, denominado “hospitalocêntrico”. Se considerarmos que o trabalho coletivo realmente se mostra eficaz ao longo do tempo, então se tem aí um novo espaço de atuação do enfermeiro, o que demanda criatividade e estratégias inovadoras em sua atuação.

A assistência de enfermagem ao cliente com transtorno mental no Brasil vem, ao longo dos anos, se desenvolvendo e procurando atender às propostas da Reforma Psiquiátrica, que exige dos profissionais de saúde uma contrária à iniciada com a psiquiatria tradicional, caracterizada pelo isolamento e pelo tratamento punitivo. Diante das novas propostas de assistência em Saúde Mental, datadas do começo de 1980, começam a aparecer mudanças na forma de agir da enfermagem. Nesse novo cenário, a assistência deve acontecer de maneira a se privilegiar a individualidade, respeitando-se o sujeito em sua forma de conviver com o adoecimento mental. A enfermagem psiquiátrica buscou explicações sobre a loucura e a forma de lidar com ela, utilizando a psiquiatria e a psicologia. Considero importante, para compreender a atuação da enfermagem, conhecer como essa área tratou o T.M em sua trajetória. Segundo Filho (2009):

“A concepção psiquiátrica predominante até então era organicista, partindo do pressuposto de que a doença mental é uma doença orgânica, se instalando no organismo, independentemente de outros fatores. Por outro lado, os fatores psicossociais incorporados ao discurso psiquiátrico são compreendidos como agravantes de um processo de adoecimento interno, inconsciente do sujeito, de modo que a origem da doença possa ser identificada na sua história individual e em uma perspectiva mais ampliada das relações interpessoais” (FILHO, 2009. P.15)

A história da enfermagem diante da percepção do sofrimento mental precisa ser levada em consideração quando se discute a sua compreensão do T.M. A concepção orgânica, inicialmente, sobressaiu no ensino e na prática da enfermagem, fundamentada em ações técnicas predeterminadas, adequadas àquele momento histórico, que culminavam com o surgimento do manicômio no Brasil. Filho (2009) afirma que somente em 1979 a proposta de uma relação de pessoa-a-pessoa, como essência da enfermagem psiquiátrica, começou a se expandir. Segundo esse autor, trata-se da interação enfermeiros-cliente, para ajudar o sujeito a encontrar suas próprias soluções, e essa idéia está respaldada na crença de que a experiência da doença ajuda o ser humano a amadurecer, percebendo sua limitação e entendendo sua própria vida, bem como buscando forças interiores necessárias à recuperação ou adaptação a algo que não pode ser alterado. A assistência de enfermagem deve priorizar a atenção aos familiares e comprometer-se com a reinserção social dos sujeitos com T.M, a partir da percepção da importância da família no processo.

Entendendo que na esfera da saúde mental é importante pensar no sujeito com T.M inserido em sua rede de relações, cabe ao enfermeiro atentar para o fato de que o cliente psiquiátrico precisa ser considerado no contexto coletivo. Dessa forma, o desempenho do profissional seria mais objetivo, maduro e eficaz. A relação enfermeiros-clientes, além do contexto social adquire contornos de espaços legítimos de exercício de cidadania, que não é apenas reconhecer direitos, mas ampliar a capacidade de autonomia e liberdade, de modo que o transtorno mental não se reduza apenas a limitações e incapacidades. Filho (2009) descreve que:

“A importância do referencial humanístico para a Enfermagem, em detrimento dos ideais biologicista, tão valorizados nos estudos até a década de 1980, está em possibilitar o resgate da subjetividade do sujeito, isto é, a mudança de um olhar clínico para um olhar compreensivo, tendo como princípio o humanismo que envolve interação e diálogo enfermeiros-clientes”. (FILHO, 2009. P.160).

No âmbito do cuidado do sujeito com T.M. entende-se que a família seja o seu genuíno suporte e, por isso, para que o tratamento seja mais efetivo, já não se cuida somente da pessoa, mas também da família. Diante dessas questões, que envolvem as particularidades do sujeito e as suas relações com o meio, percebe-se que o tratamento via manicomial vai de encontro às possibilidades de assistência centrada no humanismo ético, pois os princípios que regem o manicômio, em termos de enclausuramento, não correspondem favoravelmente a essa relação.

Para Filho (2009) o hospital psiquiátrico é visto como um espaço que favorece, aos clientes, o adoecimento de outros males para além do T.M, que é norteado de uma cultura manicomial, que se traduz em humilhações impostas ao sujeito com T.M. Nesse tipo de atendimento as trocas sociais e a comunicação interpessoal entre profissionais e clientes são contaminadas por uma estrutura doentia presente na própria cultura manicomial. A imposição de papéis característicos do paradigma manicomial impede relações intersubjetivas, tais como: afeto, diálogo, acolhimento, conforto, entre enfermeiros-clientes, uma vez que o manicômio, também para o autor, “é o lugar zero de trocas sociais”. Filho (2009), nessa direção, menciona que:

“Com isso, a assistência no modelo hospitalocêntrico tem como objeto de trabalho a doença com seu quadro clínico, e não a pessoa em seu sofrimento. Dessa forma, o olhar da enfermagem não encontra o cliente, mas sua patologia; em seu corpo não se lê uma história, mas uma doença na qual a subjetividade desaparece atrás da objetividade dos sintomas. A ação manicomial contraria as possibilidades de assistência centrada no humanismo ético, uma vez que os princípios norteadores do manicômio, de vigiar, controlar e punir, não se adequam a tal”. (FILHO, 2009. P. 160).

A questão chave nesse processo é o entendimento de como fazer funcionar uma relação enfermeiros-clientes fundamentada em uma ética humanística em hospitais com estruturas fechadas e hierarquizadas, centradas na hegemonia da medicina. Este é um grande desafio para o enfermeiro, cujos saberes e práticas precisam ser repensados e criticados.

No Brasil, a implantação da Reforma Psiquiátrica e da desospitalização dos clientes psiquiátricos está em processo, com vistas à construção de espaços em que haja encontros, solidariedade, afetividade, enfim, espaços de atenção psicossocial. Para tanto, é necessário que os profissionais revejam conceitos, métodos e formas de lidar com o T.M, tornando-se verdadeiros agentes de mudanças quanto aos

novos hábitos e atitudes nesse novo contexto de atuação. A assistência em enfermagem, por isso mesmo, não deve agora se prender aos formatos tradicionais, deve ser integrada ao movimento da Reforma Psiquiátrica, com reinvenção dos espaços de exercício do cuidado, como idealizado pelos Centros de Atenção Psicossocial, já implantado em vários municípios no Brasil. Tais Centros atendem à nova modalidade de assistência, a “extra-hospitalar”, para suprir as novas demandas desse sujeito, pensando em uma existência mais livre e autônoma. Sobre esses modelos alternativos de tratamento, Filho (2009) afirma:

“As novas práticas precisam de conhecimento criativo e reflexivo que habilite os profissionais a fazerem invenções competentes no seu objeto de trabalho. A competência é entendida como a capacidade inteligente de fazer dialogar teoria e, ou seja, teorizar e praticar teorias, sem que se reduza uma à outra. Isso leva à capacidade de propor estratégias, participar como sujeito crítico e inventivo. A teoria pode ser entendida como a arte de criar competências explicativas para os problemas que se enfrenta no cotidiano; é a habilidade de construção; é o questionamento de práticas”. (FILHO, 2009 P. 161)

As novas formas de tratamento propostas pelo Estado, para o cuidado dos clientes com T.M, têm o intuito de oferecer suporte às famílias. O suporte diz respeito aos hospitais-dia, aos núcleos de atenção psicossocial, aos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, aos centros de convivência, às cooperativas de trabalho, projetos de moradia assistida, aos centros de atenção psicossocial (CAPS), entre outros. A complexidade do fenômeno “transtorno mental” requer abertura para as diversas propostas alternativas que possam atender às necessidades do universo da família e sua rede social.

No Brasil, a reorganização do modelo de assistência psiquiátrica centra-se na construção de uma rede de assistência extra-hospitalar que permita aos clientes psiquiátricos serem cuidado principalmente através dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), locus evidenciado pelas políticas de atenção a saúde mental. Esses centros são serviços substitutivos, criados através da Portaria nº. 224/92 pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo geral é a diminuição de internações psiquiátricas, numa tentativa de reinserir o cliente psiquiátrico nos espaços sociais. (DIAS, 2010).

A construção dos CAPS traz à tona a história de muitas vidas, a possibilidade do resgate das histórias, da (re) construção da cidadania e do direito à vida. Esses centros possibilitam convivência, passeios, interação, autocuidado, algo bem diferente das instituições asilares. Isso não significa dizer que os CAPS se tornaram

a solução dos problemas da saúde mental. Mas são estratégias para criar um espaço mais livre e produtivo, que, de fato, reintegre e reabilite. É uma das formas de trazer mudanças no campo da saúde mental.

Com a criação dos CAPS, o enfermeiro se percebe responsável por uma assistência mais inovadora e satisfatória. Abre-se o seu campo de atuação, por meio de atividades grupais, grupos de estudos, reuniões de famílias e de equipe, visitas domiciliares. Tudo isso que diz respeito a uma escuta mais atenta nas relações com o cliente. As responsabilidades com o cuidado da pessoa em sofrimento mental aumentam, pois o enfermeiro deve se permitir experimentar uma proposta que envolve convivência afetiva com o usuário, o qual demanda não apenas uma mecânica, mas um conjunto de técnicas humanizadas. A esse respeito, Dias (2010) entende que a ação profissional no campo da saúde é:

“Multideterminada a fatores ligados à formação acadêmica do enfermeiro, as características pessoais do profissional e características conjunturais da própria sociedade. Contudo, é de suma importância que a enfermagem adquira competência e habilidades para atender às necessidades da população, apoiada no seu próprio saber, construindo seu lugar no processo de produção de saúde, de modo que este venha a se entrelaçar com os demais profissionais”. (DIAS, 2010. P. 475)

A produção de nova cultura, de novas relações entre o enfermeiro e a pessoa em sofrimento mental, deixa de ser direcionada para a cura do doente e passa a uma perspectiva mais ampla de assistência em saúde, abrangendo a subjetividade e a afetividade na construção de cidadania. Cidadania esta compreendida não apenas como acesso a direitos sociais, jurídicos e políticos do cliente com transtorno mental, mas como o direito que o sujeito com T.M deve ter de ser diferente dos outros e de ser respeitado nessa diferença. Essa nova forma de perceber o tratamento favorece a qualidade na assistência, cujos princípios norteadores são o aumento da autonomia e da liberdade.

A atividade do enfermeiro no CAPS não se fundamenta somente em regras e rotinas. Ela é construída gradativamente nos novos modelos de tratamento do T.M, por meio de canais de comunicação entre todos os envolvidos no processo de sofrimento psíquico. Trata-se de se estabelecer uma rede de cuidados, cuja organização exige uma complexa estrutura, serviço comunitário articulado, recursos territoriais, culturais, sociais, enfermarias de saúde mental em hospitais gerais, residências terapêuticas e cooperativa social. Nesse contexto, o trabalho em equipe

adquire uma importância fundamental para o novo fazer dos enfermeiros, uma vez que os clientes psiquiátricos passam a ser considerados sujeitos e agentes no seu próprio tratamento, demandando outros instrumentos-projetos terapêuticos. Segundo Dias (2010), nesse novo modelo de cuidado, os usuários dos serviços dispõem de equipes interdisciplinares para o acompanhamento terapêutico. Aquele autor afirma que equipe interdisciplinar é:

“O conjunto de agentes que operam diferentes saberes, por meio de diversos instrumentos, onde as s se relacionam, interagem entre si, onde há identificação de objetos comuns e uma tendência a horizontalização das relações de poder entre os saberes, possibilitando o enriquecimento mútuo dos profissionais.” (DIAS, 2010. P. 470).

Ao enfermeiro é possível a criação de espaços de produção para que o cliente responda as suas distintas demandas. Assim, as atividades no cotidiano com os clientes assumem fundamental importância, vez que orientam os enfermeiros, fazendo com que eles lidem com a loucura e a compreendam de forma mais produtiva. A criação dos serviços abertos de saúde mental exige a re-arrumação dos processos de trabalho e das estratégias institucionais de tratamento. À enfermagem cabe, agora, assumir uma postura terapêutica, numa perspectiva humanista e de autonomia profissional.

Por outro lado, estudos mostram que os profissionais de saúde, em geral, têm mostrado dificuldade de se incluir nesse novo modelo assistencial, realizando ainda um trabalho que não corresponde ao proposto pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica. (DIAS, 2010, P.475)

A década de 1970 é um marco, no Brasil, para o início da Reforma Psiquiátrica, compreendida como um movimento de caráter político, social e econômico, como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais manejados para se lidar com os indivíduos com T. M, cuja premissa básica é a desospitalização. O Ministério da Saúde criou um tripé de desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: os centros de Assistência Psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas e o programa De Volta pra Casa. A Reforma do Modelo de Assistência em Saúde Mental defende a reinserção social e a assistência integral aos clientes, e prevê que a internação em hospital seja o último recurso no tratamento da doença mental. Oliveira (2011), a esse respeito, afirma que:

“Aqui no Brasil, no final dos anos 1970, terminada a ditadura militar, no momento marcado pela reorganização das forças democráticas do país, trabalhadores de saúde mental de vários estados brasileiros mobilizam-se em torno de propostas de reforma psiquiátrica.” (OLIVEIRA, 2011.P 16).

Torna-se importante ampliar as informações sobre os impactos que essas diretrizes trazem sobre o contexto familiar e dos profissionais que trabalham diretamente com os clientes com T.M, pois, depois de preconizada a desospitalização emergiram novas formas e condições para tratamento, impondo em vários aspectos a ampliação da convivência dos doentes no meio social, tanto nos espaços intra quanto extradomiciliares. A reforma psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e incide em territórios diversos nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, nos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com T.M e de seus familiares, nos movimentos sociais e na opinião pública (AMARANTE, 1994).

Segundo Rotelli et al (1990), o processo de desinstitucionalização objetiva desfazer os aparatos administrativos baseados na separação entre doente mental e a rede social da qual faz parte, abrindo possibilidades de respeito aos direitos sociais dos clientes psiquiátricos e fazendo emergir a participação dos diversos sujeitos que compõem o campo, notadamente os profissionais de saúde, usuários e familiares. Nesta perspectiva, surge a necessidade de serem construídas novas estratégias de inserção desses atores para rompimento com uma cultura psiquiátrica baseada na exclusão e na manicomialização da loucura.

A Reforma não apenas tem o propósito de retirar o sujeito com T.M do hospital, mas fazer com que ele participe ativamente do tratamento e adquira a estrutura necessária para o convívio social. Ela ocasionou a redução de leitos hospitalares e incentiva a criação de serviços que substituam as internações; contudo, muitos familiares ainda encontram dificuldade em adequar-se a esse novo sistema (COLVERO et al., 2004).

Com a revolução industrial, a necessidade de aproveitamento de mão de obra para a produção direcionou a necessidade de excluir, do corpo social, os que pareciam ser improdutivos. Internam-se, então não somente os loucos, mas também os inválidos, os idosos, pessoas da nobreza em decadência e esbanjadores, estes últimos, sobretudo para que não dessem mal exemplo a uma sociedade de trabalhadores. Somente na segunda metade do século que Pinel virá trazer status

científico ao tratamento da loucura, absorvendo claramente a ideologia da época, com um tratamento moral que reeducava para o trabalho. (ODA, 2005).

A superlotação e o crescente aumento das construções hospitalares já davam indícios de que o método de Pinel não era eficaz. Nos anos 50, com o surgimento dos psicofarmacólos e o conseqüente esvaziamento dos hospícios, tem início uma nova perspectiva para o tratamento dos doentes mentais. Por esta ocasião se ganha uma perspectiva renovada para o tratamento dos doentes mentais e os hospitais organizam-se a partir de quatro redirecionamentos de objetivos implícitos ou explicitamente definidos. Primeiramente os hospitais ditos terapêuticos, que transformariam as pessoas, retirando-as de um estado de doença ou incapacidade; o segundo é um elemento socializador, objetivando persuadir os clientes a internalizarem as normas e os valores dessa microssociedade; o terceiro, protecionista, trazendo o enclausuramento como recurso necessário, por afastar o sujeito com T.M do convívio social, uma vez que era visto como perigoso e inapto para a convivência em sociedade; por último, o custodial, com ênfase na substituição familiar ou, na sua ausência, assegurando o fornecimento de alimentação, moradia, vestuário, entre outras necessidades (ODA, 2012).

As causas das doenças mentais ainda não são totalmente elucidadas, o que compromete uma abordagem terapêutica eficaz. A própria trajetória histórica que marca os cuidados ofertados pelas políticas e serviços públicos possivelmente dificulta a re-elaboração cultural por parte da família no momento atual, que não a elabora de forma prioritária, fora do contexto e da visão hospitalocêntrica, pois a internação como forma de tratamento baseia-se na intolerância com os “diferentes”. Diante da sólida permanência dos manicômios e do enclausuramento ao longo do tempo, os processos ligados à desospitalização passam a ter uma dificultosa implementação.

A Reforma Psiquiátrica, amparada nos pressupostos da desinstitucionalização, traz novos significados à função da família, agora considerada coparticipante do processo de tratar e reabilitar. O processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir dos anos 90, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normalizações do Ministério da Saúde, que instituem mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. Para avaliar o ritmo da

redução de leitos em todo o Brasil, no entanto, seria preciso considerar o processo histórico de implantação dos hospitais psiquiátricos nos estados, assim como a penetração das diretrizes da Reforma Psiquiátrica em cada região brasileira, uma vez que o processo de desinstitucionalização pressupõe transformações culturais e subjetivas na sociedade e depende sempre da pactuação das três esferas de governo – federal estadual e municipal. (BRASIL, 2005).

Se houve, por parte das políticas e reformas, projetos destinados a ampliar a convivência dos doentes no espaço do domicílio, substituindo o modelo hospitalocêntrico, a família faz parte, então, do processo de reintegração social do sujeito com T.M. (SIDIRIM apud OLIVEIRA, 2012) define 1970 como um ano significativo para a reforma psiquiátrica no Brasil, ocorrendo, neste período, o processo de democratização, concomitantemente ao término da ditadura militar. Entretanto, passados oito anos, os profissionais das quatro unidades da então divisão Nacional de Saúde Mental (Centro psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, colônia Juliano Moreira e Manicômio judiciário Heitor Carrilho, entraram em greve, conclamando a reorganização dos movimentos sociais. Foi considerada defasada a forma de tratamento por via hospitalar, tanto por sua intra-estrutura quanto por sua aplicabilidade de tratamento. Com a criação, em 1981, do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), convergiram diretrizes que propuseram a intervenção do Estado na oferta de serviços de saúde e na descentralização, regionalização e hierarquização desses serviços (Tenório, 2002 apud Diamantino, 2010).

Os anos de 1986 e 1987 também são importantes para a Reforma Psiquiátrica, segundo Yasui, (1999); Tenório, (2002); Rosa, (2008) apud Diamantino (2010), com as realizações respectivas da VIII Conferência Nacional de Saúde e da 1ª. Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo que, ainda em 1987, ocorreu o II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru, São Paulo, evento que deu início ao Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, orientado pela proposição de uma sociedade sem manicômios. Esses encontros consolidaram avanços no Movimento da Reforma Sanitária, na medida em que postulou o financiamento e a gestão da saúde (incluída a saúde mental) como responsabilidade do Estado, incluindo a participação da sociedade civil nos processos decisórios. Mais especificamente, as intenções estabelecidas na 1ª. Conferência Nacional de Saúde Mental contemplaram a paulatina extinção dos leitos

asilares e a substituição por leitos hospitalares em hospitais-dia, hospitais-noite, lares e trabalhos protegidos.

Quanto ao II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, o seu marco principal, o Manifesto de Bauru, determinou o nascimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Estabeleceu-se, então, o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que não tem existência como instituição formal, porém se concretiza na vida cotidiana dos familiares, usuários e profissionais de saúde mental, buscando a construção de uma sociedade sem segregações, exclusões e violência institucional (YASUI, 1999).

Outros aspectos referem-se à cultura manicomial que perdura no imaginário social, fruto de 200 anos de práticas excludentes, configurando uma necessidade de “instituição”, conforme Dimenstein, (2006) *apud* Diamantino, (2010). Assim, a lógica manicomial não é revertida pela mudança de práticas intra-institucionais, nem de concessões de direitos de cidadania, mas trata-se de lutar contra formas de opressão e de exclusão, e de se experimentar uma nova modalidade de socialização. A presente década, portanto, mostra que, na Reforma Psiquiátrica e na Luta Antimanicomial, existe uma série de desafios e contradições que refletem forças de resistências que se enraízam não somente na dimensão representacional da loucura, herança que atravessa séculos no mundo ocidental, mas em questões da vida cotidiana dos atores envolvidos no processo da desinstitucionalização. Os serviços de apoio, nesse sentido, ainda são precários, dando-se um movimento que coloca a família no centro da arena dos problemas no cuidado ao portador de transtorno mental. (DIAMANTINO, 2010).

Neste trajeto é importante a intervenção dos profissionais de enfermagem, que contribuem para a compreensão da doença, apontando meios produtivos de se lidar com ela. A inserção social dos clientes relaciona-se diretamente à dinâmica do cuidado exercido nos espaços intra e interdomiciliar, espaços estes determinantes para a melhor qualidade de vida dos membros envolvidos. Em 1947, Helena Willis Render foi à primeira autora a introduzir a idéia de que o relacionamento entre o enfermeiro e o cliente é de potencial terapêutico significativo. Em 1952, a enfermeira, médica e educadora Hildegard E. Peplau escreveu um livro que revolucionou o ensino e a prática da enfermagem psiquiátrica nos Estados Unidos, tendo como enfoque o potencial terapêutico do relacionamento de pessoa para pessoa. Desde então, a enfermagem psiquiátrica vem ampliando sua visão,

utilizando conceitos originalmente propostos por Rendo e Peplau (ODA *apud* TAYLOR, 1992).

Para Stuart e Laraia (2002), o relacionamento terapêutico entre enfermeira e clientes é uma experiência de aprendizado mútuo e uma experiência emocional corretiva para os clientes. Nesta relação, o enfermeiro utiliza a si próprio e as técnicas clínicas especificadas no trabalho frente aos clientes, para gerar a alteração comportamental dos clientes.

A Reforma Psiquiátrica trouxe à luz a compreensão de que o tratamento hospitalar dos clientes com T.M, devido a sua perspectiva de enclausuramento, vitima o indivíduo, e que o tratamento adjuvante exclusivamente medicamentoso mostrava-se ineficiente e desumano para a recuperação desses sujeitos. A desospitalização preconizada pela Reforma fomentou mudanças não somente estruturais como relativas ao espaço terapêutico.

Para Freitas (1998), a reforma psiquiátrica vem sendo objeto de luta de significativos setores da nossa sociedade, em que se pretende não apenas responder à irracionalidade econômico-administrativa gerada pelo “hospitalocentrismo”, mas, sobretudo, atender às necessidades da clientela, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral. Tais necessidades equivalem substancialmente a desinstitucionalizar a saúde mental do modelo de assistência dominado por quadros de referência da psiquiatria. Para aquele autor, a Reforma impulsionou também a necessidade de uma nova percepção para o enfrentamento da patologia, marcada historicamente pela exclusão social, propondo a convivência entre clientes com T.M e sociedade, inclusive no que diz respeito ao compartilhamento de espaços urbanos. Essa nova forma de pensar o tratamento do T.M repercutiu sobre as relações socioculturais em que se insere a família, demandando esforços conjuntos dos familiares na superação das adversidades trazidas pelo T.M. (FERREIRA, 2007)

A inadequação do modelo hospitalocêntrico deve-se à ineficácia da estrutura hospitalar, o que inclui recursos físico-humanos e todos os dispositivos estruturais do ambiente, e ao caráter excludente do hospital, cujo espaço funciona, muitas vezes, como um lugar de agressão, em seus mais diversos aspectos (GONÇALVES A.M; SENA, 2001). A família, que deveria ser o principal elo de reabilitação dos clientes, ainda busca o hospital psiquiátrico como solução dos cuidados do portador de transtorno mental, devido às dificuldades de convívio que ele causa; junto a uma

culpabilização em torno da incidência da doença mental, a família se vê investida de uma responsabilização para realizar esses cuidados que se torna insustentável. A sua presença no cotidiano doméstico acarreta uma série de problematizações nos vínculos familiares que agem como forças que podem levar a uma necessidade imperativa de internamento psiquiátrico (MELMAN, 2001). A sobrecarga familiar surge, então, como uma questão relevante na desinstitucionalização.

Desta forma, a permanência do doente mental na família é uma questão bastante complexa, pois envolve desgastes e exigências próprias ao contato com pessoas mentalmente transtornadas, quando não devidamente orientadas e apoiadas no tratamento da doença. Dois movimentos afetivos da família em torno do portador de transtorno mental se processam: aceitação e rejeição, movimentos que agem na dinâmica familiar do portador de transtorno mental. Esses movimentos despertam sentimentos conflituosos que acabam marcando o vínculo família - portadores de sofrimentos mentais. A aceitação funda-se em aspectos emocionais específicos da relação com o portador de transtorno mental, tais como senso de dever, ternura, éticas familiares entre outras coisas, as quais podem ser consideradas tensões que agem sobre os aspectos emocionais e psicossociais da família - vergonha, medo, sensação de perigo, prejuízos materiais, e que determinam, muitas vezes, a internação do portador de transtorno mental (MILES, 1982, P.63).

A contraposição das forças que aproximam ou afastam a família e seus desdobramentos no convívio mais próximo entre a família e o portador de transtorno mental é atravessada pelas orientações advindas da lei 10.216, a qual regulamenta a Reforma Psiquiátrica e a reinserção do doente mental na sociedade a partir dos cuidados na família. Nessa perspectiva, a família é o lócus de uma dinâmica de contradições, cuja estrutura se torna de interesse investigativo, adquirindo importância pelas suas implicações micro e macrosociais, ou seja, por envolver a realidade de famílias em sofrimento e questionar pressupostos das políticas públicas em saúde mental. (DIAMANTINO, 2010)

Dos países desenvolvidos vieram as idéias e os ideais que consolidaram as leis pós-reforma psiquiátrica, em especial Itália e França, disseminando a desospitalização e impossibilitando novas internações para o cuidado integral via hospitalização. Ao longo da trajetória humana, percebe-se que as instituições sociais, ao lidarem com indivíduos portadores de T.M, praticam relações de exclusão

e repulsa, criando estigmas e diversos outros sentimentos de pesar no enfrentamento da patologia, o que interfere na convivência tanto intra quanto extra-familiar. As conseqüências e marcas desse convívio resultaram em traumas, desarmonias, as frustrações e o estresse. No Brasil as tentativas de reformas sempre estiveram equiparadas aos modelos vinculados a experiências européias ou norte-americanas, por isso mesmo, susceptível a inadequações, considerando a realidade socioeconômica e cultural do país. (ALVERGA, 2006)

O psiquiatra Franco Basaglia, já em 1970, impulsionou o rompimento conceitual sobre os Transtornos Mentais, negando o monopólio da psiquiatria. Aboliu a complexidade do fenômeno como meramente médico - clínico. Basaglia fomentava novas subjetividades e possibilidades, buscando a socialização, humanização e produção do adoecimento mental. Para o MS (2007), essa nova mentalidade mais humanitária e subjetiva sobre a forma de tratar os portadores de T.M repercutiu no Brasil, promovendo o direcionamento de ações de saúde mental em Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades ambulatoriais de atenção intensiva em saúde mental (hospitais-dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Convivência, Unidades de saúde mental em hospital geral-emergência e enfermaria, isoladamente ou integrado em sistemas de referência e contrarreferência).

Segundo Diamantino (2010), erguendo o diapasão da antipsiquiatria inglesa, que considera a loucura um fato social e político, Basaglia realizou experiências em Gorizia, na Itália, que fundaram a Psiquiatria Democrática. Contestando a psicologização da instituição psiquiátrica, posicionando a doença mental numa dimensão social e política e mudando radicalmente a atuação dos profissionais especializados e, conseqüentemente, da instituição psiquiátrica, deu origem ao discurso de reinserção social do doente mental e o fechamento progressivo dos manicômios.

A experiência italiana de Gorizia é a de inspiração mais democrática e cidadã, ao propor uma abordagem diferenciada da experiência manicomial: para a psiquiatria democrática italiana, o processo de desinstitucionalização não podia ser reduzido ao simples fechamento dos velhos, sujos e violentos hospícios. Mais que derrubar paredes, muros e grades, desinstitucionalizar implicava o desmonte das estruturas mentais que se densificam e se institucionalizam socialmente. O termo desinstitucionalização vem significar não somente mudanças nos dispositivos dos serviços de saúde na abordagem da doença mental, mas, principalmente, a

necessidade de mudanças nas formas de pensar e de conviver com a loucura e com os loucos, que se apresentam resistentemente na subjetividade e na cultura (CAMPOS & ROMAGNOLI, 2007). Na lógica da desinstitucionalização advinda da experiência de Gorizia, operava-se o deslocamento da clínica centrada na doença para os cuidados em torno da pessoa do doente mental, empoderando um processo de reconstrução das pessoas que seriam atores sociais em diversas dimensões das suas existências (MELMAN, 2001).

É com o significado de desospitalização que a desinstitucionalização vai persistir no processo da Reforma Psiquiátrica atrelada a redução de leitos, política de altas hospitalares e fechamento de hospitais psiquiátricos. O sentido mais amplo de desinstitucionalização, entretanto, englobava novas formas de organização do sistema de saúde mental, deslocando os serviços para a comunidade e a intervenção terapêutica para o contexto das pessoas, construindo “[...] um filtro contra hospitalizações ulteriores [...]” (ROTELLI, LEINARDIS & MAURI, 1990, P. 20). Num plano mais geral, os pressupostos da desinstitucionalização apontam para a mobilização de todos os atores (clientes e técnicos) que atuam no sistema de ação institucional dinamizando competências, poderes, demandas sociais e interesses; transformação das relações de poder entre instituições e sujeitos principalmente os clientes, eliminados os meios que estabelecem formas de controle e submissão; desmontagem do modelo manicomial, a partir das suas próprias dinâmicas internas, deslocando recursos para a construção de novos dispositivos externos alternativos àquele modelo. Nesse caso, novas políticas de saúde mental devem prover a oferta de estruturas que sejam substitutivas à internação, tornado-as desnecessárias; novas formas de administrar os recursos para a saúde mental, propondo maior mobilidade dos operadores em saúde mental, atendimento às exigências individuais dos clientes, aumento dos recursos que são geridos pelos próprios clientes e promoção da sua capacidade de autogestão. (DIAMANTINO, 2010)

A expectativa em torno da Reforma Psiquiátrica não pode ser compreendida como simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, reintroduzindo-o na família. Espera-se que se processe o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, que haja respeito a sua singularidade e subjetividade, que ele possa ser o sujeito de seu próprio tratamento, conquistando, assim, a sua autonomia e a sua reintegração à família e à sociedade. Em relação à responsabilidade da família no cuidado do sujeito com T.M, destaca-se

a necessidade de mudança do cotidiano, vez que se trata de uma nova realidade assistencial. Dentre as principais dificuldades encontradas destacam-se o custo financeiro e a sobrecarga familiar, pois engloba o desgaste físico e emocional. A interação familiar com o doente mental pode encontrar-se em um estado de complexidade em que alguns dos integrantes não conseguem interagir com o doente, o que é extremamente prejudicial para os envolvidos no processo (MONTEIRO e BARROSO, 2000).

Considerando o fundamental papel do familiar-cuidador neste processo, Luzardo et al. (2006) ressaltam que esta pessoa necessita de atenção especializada dos profissionais e dos serviços de saúde, pois a extensão e a complexidade de algumas doenças repercutem de forma negativa sobre sua vida, produzindo desgaste físico, mental e emocional. Garrido e Almeida (1999) relatam que há vários estudos apontando para o desenvolvimento de sintomas depressivos no cuidador. Sem possuir as condições adequadas à inserção do doente, muitas famílias acabam colocando-se contra a reforma, pois a realidade do lar e da comunidade muitas vezes não condiz com o ideal. Sendo assim, o adequado suporte à família é a base da moderna proposta assistencial em saúde mental.

O serviço do cuidado ao "outro" prestado pela área de enfermagem psiquiátrica ao sujeito com transtorno mental (T.M) e a sua família realmente não é uma atividade simples, uma vez que abrange questões pessoais, sociais, emocionais e econômicas relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Sobre isso, FRAGA *apud* RODRIGUES, R.M, 1999, coloca que: “ a enfermagem é uma atividade histórica e social e como tal, liga-se à realidade subjetiva dos que a executam e as suas condições materiais de existência”.

Na atualidade a enfermagem é guiada pelo referencial das relações humanas, o enfoque não se torna mais meramente as condições físico/biológicas da doença passando a ser considerado também como um espaço que conduz as relações dos sujeitos “com outras pessoas”, em que o enfermeiro estaria a explorar o seu “ser” profissional como veículo de assistência. A maneira como essa transição de postura profissional se deu por parte da enfermagem foi influenciada pela percepção de uma atuação “psicoterapêutica” através do “relacionamento terapêutico”. Esse direcionamento ganhou impulso a partir das teorias de Peplau, que salienta que a essência do trabalho do enfermeiro devesse se dar através do relacionamento terapêutico tornando-o essencial para a enfermagem por enfatizar estas habilidades

em que se dão as relações entre os sujeitos, e, este deveria ser adquirido através do conhecimento formal, aprimorando-se nas técnicas para aconselhamento, devendo ser utilizada como maneira de abordagem junto aos clientes e valorizando a interação. (ROCHA, 1994).

Os trabalhadores de enfermagem em âmbito hospitalar devem ser considerados em sua dimensão existencial, como pessoas suscetíveis a inúmeras dificuldades, incluindo exposição física - contaminações biológicas, sistema de plantões e excessiva carga horária, exposição psíquica, entre outras, devido à convivência diária com o sofrimento, a dor, a doença e a morte. As atribuições dos profissionais enfermeiros não se desvinculam das circunstâncias históricas e sociais que as determinam. Sendo assim, torna-se mesmo imprescindível reconhecer as dinâmicas internas no campo de atuação destes profissionais, para que se compreenda a sua participação após a desospitalização. (AMARANTE, 1994).

A enfermagem é aplicada nas situações de crise e/ou mudanças vivenciadas pelo indivíduo/família e comunidade. A competência de enfermagem, em sua teoria, é direcionada em guiar as pessoas e famílias para participarem do cuidar de sua saúde (HICKMAN, 2000). Todavia, é oportuno colocar a questão: qual a natureza da diferença no significado do conceito de saúde em enfermagem, relativamente às outras ciências da saúde? A partilha do mesmo objetivo – a saúde – não esvazia de sentido o conceito de multidisciplinaridade, coloca em evidência a singularidade do olhar lançada sobre aquele objeto por cada uma das disciplinas da área da saúde. Enquanto representação mental, a saúde reveste-se de grande dinamismo, desafiando os enfermeiros a desenvolver processos capazes de ajudar os clientes a mobilizar todos os seus recursos internos e do meio envolvente, para reconstruir uma representação mental do seu estado de saúde alicerçada nas capacidades de lidar de forma eficaz com os desafios postos. A ampliação da convivência do portador com a família/comunidade requer possivelmente novas perspectivas sobre os modelos de atenção a saúde mental e o ambiente no qual se estabelece esta maior aproximação já não é mais o hospital asilar. O ambiente surge aqui diretamente relacionado com o conceito de interação, assumindo-se, também, como um elemento definidor do domínio da enfermagem. (MELEIS, 2005).

Em sua singularidade, a família do sujeito com T.M. depara com limites, no que diz respeito ao exercício do cuidado. Mas eles podem ser superados a partir de uma compreensão mais acertada da doença mental. Nessa perspectiva, valem

ressaltar a necessidade de uma assistência de enfermagem às famílias que convivem com um portador de transtorno psíquico, cujo olhar atento e sensível à causa, aliados ao conhecimento específico sobre o devido cuidado aos clientes, favoreçam o bem-estar dos envolvidos e a conseqüente reintegração social do sujeito com T.M.

Esta pesquisa tem como objetivo geral, compreender a contribuição da família e dos profissionais de enfermagem quanto ao cuidado prestado ao sujeito com transtorno mental no processo de desospitalização psiquiátrica. Em relação aos objetivos específicos, o estudo busca identificar estratégias para superação dos limites vivenciados pela família do cliente com T.M, bem como a repercussão desse tipo específico de cuidado em sua reintegração social.

A construção do objeto desta pesquisa ocorreu a partir da minha inquietação ao observar situações críticas vivenciadas por equipes multiprofissionais que assistem os indivíduos diagnosticados com algum tipo de transtorno mental na emergência de um hospital público em Salvador/BA, local em que trabalho. Enquanto enfermeira chamou minha atenção o fato de que os sujeitos com T.M, na maioria dos casos, estão sem familiares ou qualquer outro acompanhante. Questionei, muitas vezes, frente à visualização do estado desses clientes, se aquele era o local mais apropriado para atendê-los. Busquei, algumas vezes, mais informações sobre eles e geralmente só as obtinha escassamente, por meio dos assistentes sociais, que os apontavam, de forma geral, como indigentes, sendo difícil até identificá-los por seu verdadeiro nome. A observação dessas e de outras situações que ainda vitimam os indivíduos com T.M na atualidade me conduziram à realização deste estudo. Neste estudo não poderia deixar de revelar que há os aspectos pessoais que se relacionam com a temática “família e loucura”: as relações com a doença mental e o caráter discriminatório que dela é proveniente fazem parte das minhas experiências de vida. As imagens, vozes e cenas que povoaram significativamente a minha juventude, endereçam as vivências com pessoas do meu laço parental e também de círculo de amizades.

Não posso, ainda, deixar de referir aqui que há intimamente o questionamento de como a sociedade lida com as diferenças do portador de transtorno mental e como a própria família vem se articulando em torno do estigma que se forma diante de tal diferença. Não descarto a possibilidade de que essas marcas de experiências tenham conduzido ainda mais a minha atenção no ambiente de trabalho para as

dificuldades enfrentadas pelos clientes com T.M. Ao atuar profissionalmente, não somente como enfermeira, mas também como professora/supervisora de campo de enfermagem fui favorecida pela possibilidade de inserção, tanto em hospitais públicos quanto privados na cidade do Salvador, podendo observar que, por um número significativo de vezes, deparei com situações que chamaram minha atenção sobre as relações paradigmáticas nos campos de estágio junto aos alunos.

Dentre essas experiências constatei, por diversas vezes, que alguns alunos recusavam-se a prestar cuidados aos portadores de T.M, alegando medo. Em outras situações, mesmo vencendo os medos, persistiram outros “receios”, pois eles não se permitiam estar a sós com tais clientes e solicitavam sempre, ao prestar alguma assistência, que eu os acompanhasse e/ou requisitavam algum colega. Grande parte deles se mostrava também sensibilizada para com as situações de abandono dos clientes, por estarem sem a presença de familiares, o que os fazia questionar os motivos pelos quais os viam separados dos outros clientes. Sobre isto, era dito a eles que aquela era a orientação nas unidades de enfermaria (local do estágio) por tratar-se de sujeitos sob isolamento social.

O presente trabalho é da natureza de uma revisão de literatura sobre o cuidado da família e dos profissionais de enfermagem em relação ao sujeito com transtorno mental no processo de desospitalização. A coleta de dados voltou-se para a busca de material bibliográfico que suscitasse uma reflexão sobre a problemática que envolve o cuidado relativo ao adoecimento mental e sobre a reintegração dos clientes psiquiátricos na sociedade.

Segundo Gil (1991), a revisão de literatura é descrita como a busca de informações sobre um tema ou tópico que explana a situação dos conhecimentos sobre um problema de pesquisa. O principal objetivo da revisão de literatura é fornecer uma síntese dos resultados de pesquisa, para auxiliar o profissional a tomar decisões; sumariza neste estudo uma oportunidade de crítica, possibilitando uma montagem de redes semânticas, corroborando a elaboração de uma lógica que permite problematizar os interesses para a investigação, ao mesmo tempo em que problematiza um objeto complexo, respeitando essa mesma complexidade. Neste tipo de estudo são abordados os tópicos relevantes sobre o tema, de forma a proporcionar ao leitor uma compreensão do que existe publicado sobre o assunto. Assim, a revisão tem uma função integradora e facilita o acúmulo de conhecimento.

Foram selecionadas dissertações, teses, livros e artigos relativos à temática e aos objetivos delimitados nesta presente dissertação. Trata-se de um estudo de caráter explicativo, o qual, conforme Silva e Menezes (2001) visou identificar fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência dos fenômenos, aprofundando o conhecimento da realidade, porque explica a razão dos acontecimentos.

A pesquisa tem caráter descritivo, situando-se no campo das pesquisas qualitativas que se baseiam nas discussões teórico-críticas propiciadas pela aproximação dos estudos de saúde mental, processos de enfermagem e serviços de saúde. Conforme Andrade (2003), esse tipo de pesquisa ocorre quando a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados constituem a base da pesquisa. A organização do material consiste do processamento da leitura, por meio de técnicas como fichamento, levantamento qualitativo de termos.

Considero, nesta elaboração, o caráter interdisciplinar do Programa de Pós-Graduação em família na sociedade contemporânea, uma vez que a discussão sobre família demanda contribuições de áreas diversas do conhecimento como direito, psicologia, sociologia, saúde coletiva, entre outras, saberes convocados na construção de abordagens fomentadas pela Universidade Católica no seu Programa *Stricto Senso* em família.

Essa pesquisa intenciona servir possivelmente como uma contribuição para futuras investigações acadêmicas, podendo tornar-se um documento útil, ao concatenar estudos atualizados sobre a problemática do cuidado nos casos de transtorno mental. Há o desejo de levantar, senão aspectos que possam, através deste instrumento, colaborar com as transformações tão necessárias ao saber/fazer dos profissionais de saúde, ao menos aspectos que venham sugerir reflexões que se fazem imprescindíveis para cuidar enquanto práxis da enfermagem, ao lidar com os clientes com transtorno mental, equipes de saúde e famílias.

Essa proposta de estudo busca, como referencial de execução, desenvolver uma aproximação entre as etapas da pesquisa, em seus aspectos metodológicos, com os fundamentos teóricos pertinentes a sua realização. Assim, pretende dar consistência e destaque à temática escolhida, em sintonia com as bases teóricas que fomentam discursos atuais sobre o tema, sem perder de vista as estratégias de validação e análise dos dados coletados e a apresentação dos resultados.

O enfermeiro, ao planejar a assistência, garante sua responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que o planejamento, segundo Andrade (2005), possibilita o diagnóstico das necessidades do cliente, garante a prescrição adequada dos cuidados, orienta a supervisão do desempenho do pessoal, a avaliação dos resultados e da qualidade da assistência, vez que direciona as ações. Compreendo que, diante destas novas necessidades legais pertinentes às atribuições do enfermeiro e das novas exigências assistenciais, este trabalho pode contribuir para ampliar as informações úteis à prestação de um cuidado mais qualificado, por meio dos novos serviços substitutivos ao antigo modelo hospitalocêntrico.

A fase inicial da pesquisa conceitua o transtorno mental em sua complexidade, e busca promover uma reflexão sobre as novas diretrizes assistenciais prestadas por meio dos profissionais enfermeiros e preconizadas pelo SUS, envolvendo a área de saúde mental. Aborda, ainda, as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na sua práxis, quando se trata de assistência aos clientes com T.M., e a necessidade de conhecer a realidade das famílias, para que possa contribuir por meio da qualidade do serviço prestado. Este primeiro capítulo, intitulado “**O Transtorno mental no âmbito da saúde mental**” ressalta, ainda, elementos que apontam para a importância da profissão de enfermagem na reintegração social dos sujeitos com T.M.

No segundo capítulo são discutidas as considerações acerca da desospitalização, compreendendo a importância da ruptura do modelo hospitalocêntrico promovido a partir da Reforma Psiquiátrica. “**A desospitalização dos clientes psiquiátricos e as novas alternativas para tratamento**” trata de traçar o campo conceitual relativo às políticas públicas de saúde, além de se ocupar com a formação do enfermeiro voltando-se para o transtorno mental, e descreve nessa intermediação os novos espaços de atendimento do usuário, mostrando o funcionamento da desospitalização.

A terceira e última fase da pesquisa culmina com o capítulo intitulado “**A Enfermagem e a família no cuidado dos clientes psiquiátricos**”, cuja intenção é esboçar os limites e as dificuldades em torno da assistência aos clientes com T.M por parte da família e dos profissionais de enfermagem. Nesta perspectiva, aponta proposições críticas a respeito das formas de se lidar com o adoecimento mental com vistas à redução da estigmatização e do preconceito. Levanta ainda reflexões sobre as adequações necessárias ao cotidiano da família e do enfermeiro frente à

necessidade de um cuidado integral e específico com vistas a favorecer a reintegração social do sujeito com T.M entre outros entendimentos convocados à promoção da saúde e à qualidade de vida das pessoas portadoras.

1. A ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL

A assistência de enfermagem psiquiátrica: Trajetória e desafios para o cuidado na perspectiva do terceiro milênio.

A Reforma Psiquiátrica ocorrida no Brasil tem mobilizado um conjunto de estratégias por parte dos profissionais dos mais variados campos, que visam reorganizar as práticas de cuidado relacionadas à Saúde mental, abarcando tanto questões empíricas quanto as questões conceituais que fomentem novas formas de pensar e atuar no cuidado à pessoa com sofrimento psíquico. Neste capítulo são focalizados os papéis desempenhados pelos enfermeiros nesse cenário, destacando as questões de sua formação específica para o enfrentamento dos desafios de uma prática que se deseja inovadora.

A enfermagem, enquanto prática assistencial voltada para o cuidado dos doentes, existe desde as sociedades tribais sem, no entanto, exigir conhecimento ou treinamento especializado. (BARROS, 2000). Historicamente, o cuidado pode ser concebido como atividade mais antiga no mundo, cuja função é assegurar a continuidade da vida do grupo e da espécie, visando proteger suas funções vitais. Por um longo período foi amparado nas tradições culturais, cujas experiências foram sendo passadas de uma geração para outra. (CULLIÉRE, 1989)

As propostas de reorganização na assistência no campo da enfermagem psiquiátrica foram determinadas pela evolução do campo da psiquiatria que culminaram por modificar até mesmo as políticas públicas voltadas para a área de saúde mental. Nesse atravessamento histórico ocorreram concomitantemente transformações relativas ao preparo e o ensino da área de enfermagem, sendo que essas temáticas encontram pontos de aproximação e distanciamento conforme o contexto analisado.

A assistência de Enfermagem Psiquiátrica foi se constituído processualmente numa prática predominantemente hospitalar, fruto da necessidade disciplinar do comportamento desviante, e na sociedade contemporânea encontra-se numa fase crítica de definição ou (re-definição), uma vez que o próprio hospital psiquiátrico, enquanto instituição central da assistência psiquiátrica tem sido paulatinamente substituída por outros dispositivos de atenção. Para compreender essa discussão

considerou-se como importante ou mesmo necessário a busca do significado do cuidado convergindo sobre os casos de transtorno mental, bem como descrevendo, mesmo que de forma abreviada neste capítulo, aspectos da história da enfermagem no Brasil, quando atrelada à política de saúde e ao campo da psiquiatria, sobretudo, ao ser processada até o momento contemporâneo.

A história da enfermagem no longo período pré-capitalista é a história de uma prática social que nasceu vinculada às atividades domésticas, “detentora de um saber de senso comum, discriminado no meio social, destituída de qualquer conhecimento especializado, próprio” (SILVA, 1986).

No entanto, se demonstrara que o cuidado passou por um processo de profissionalização, sendo um atributo voltado aos profissionais da saúde, ganhando espaço e singularidade na busca pela profissionalização da área. Esse processo histórico é detentor de uma forte herança proveniente de um vínculo moral e religioso.

Segundo Soares (2008) a história da psiquiatria no Brasil, no período do final do século XIX até o fim da década de 1930, demonstrou a existência de um saber que incorporou preconceitos sociais, morais e étnicos. Para esse autor, tal limite foi transposto para o ensino nas escolas de enfermagem, onde fora também reproduzido.

No cenário nacional brasileiro a psiquiatria surgiu a partir do século XIX, sendo este período considerado importante para a reformulação e transformação das enfermarias das Santas Casas e asilos de caridade que eram caracterizados pela produção de morte e doença em instituições de cura e reeducação, ou seja, o hospício moderno. O trabalho de enfermagem era caracterizado pela higiene social, higiene física e controle social.

Nessa direção, Soares (2008) pontua que a apropriação da loucura pela medicina no Brasil, a exemplo dos países Europeus, estaria atrelada ao sistema capitalista e, dessa forma, determinando a maneira como a sociedade ocidental deveria relacionar-se com a loucura, permitindo à psiquiatria caracterizá-la dentro de um modelo biológico hegemônico, nomeando-a de doença mental. Dessa forma, pôde defini-la não somente como uma patologia oriunda de um processo orgânico, como também designou o asilo como lugar da verdade médica, tornando as funções terapêuticas e político administrativo legitimadas nesta mesma ocasião. Torna-se relevante a afirmativa de Soares autor quando menciona que:

“Como processo social, as políticas de saúde revestem-se de grande complexidade na sua trajetória, e as propostas de reforma dessa política encontram-se em um processo lento e entrelaçado por vários interesses e consequências de avanços e recuos, em função das diferentes forças que se apresentam em cada conjuntura e dos vários projetos diversificados para superar a lógica do capitalismo”. (SOARES, 2008. P.609)

Barros (2000) efetiva um descritivo que reafirma o cuidado empírico prestado através da Enfermagem, não sendo mesmo considerada como profissão e permanecendo sem especialização por um longo período. Os cuidados eram efetivados com o estatuto de caridade, pulverizado de sentimentos de humildade, obediência e submissão. Os profissionais dessa área eram, sobretudo, leigos (pobres escravos, livres ou não, e antigos doentes). Estes sujeitos atuavam nas casas de misericórdia, onde a execução dos serviços era direcionada pela congregação religiosa. O ensino era passado verbalmente de uma irmã para outra, porém nada formal ou padronizado.

A enfermagem profissional tem início somente na segunda metade do século XIX, na Inglaterra. Entre diversos acontecimentos que antecederam a profissionalização da enfermagem estava à necessidade crescente de um pessoal paramédico melhor qualificado, que correspondesse aos avanços no campo da medicina e às grandes transformações em curso na instituição hospitalar. (BARROS, 2000)

A fundação de uma escola de enfermagem, por Florence Nightingale, cujas metas eram o preparo do pessoal para exercer os serviços usuais de enfermagem hospitalar e domiciliar voltava-se para capacitar o pessoal para as atividades de supervisão, administração e ensino. Este tem sido considerado um marco no nascimento da enfermagem moderna.

Formiga et al (2005), enfermeiras e educadoras da disciplina Administração e Exercício de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro, realizaram um estudo cujo propósito fora refletir sobre o ensino de Administração de enfermagem no Brasil. Partindo da sua origem até os dias atuais, teceram considerações significativas sobre a importância de Florence e suas idéias modernizadoras, concorrendo para a visão administrativa no papel do enfermeiro. Afirmaram que o ensino, até a década de 70, fora marcado por um viés conservador e autoritário. Entretanto, descrevem que a partir dos anos 80 existiram mudanças, sobretudo na postura que foi expressa por meio de publicações críticas e pelo debate no interior da profissão, atreladas ao processo de abertura político-democrática que se

instaurou no país. Tornou-se ainda reconhecido o papel de Florence como protagonista de um projeto social de saúde, que se fez necessário no âmbito das transformações do século XX, na Inglaterra. A administração de Hospitais, a formação de enfermeiros e a educação em serviço foram, para Florence, a sua preocupação primordial, e fundamentou todo seu empreendimento na Enfermagem. Tais idéias ficaram expressas por meio da sua mais difundida obra, o livro “Notas de enfermagem: o que é o que não é”, escrito em 1859 e só traduzido para o português em 1989.

Em outubro de 1854, Florence foi convidada para dirigir os hospitais militares de Scutari, o setor asiático e Constantinopla, na Turquia, onde a maior parte dos feridos e enfermos ficava alojada. Nesses hospitais, o sofrimento dos soldados era algo inusitado; no entanto poucas medidas eram tomadas em relação ao atendimento dos feridos. Sua primeira iniciativa ao chegar nesse lugar foi organizar a infra-estrutura local. Deixou impresso seu caráter de ordem e comando em tudo que realizava. Introduziu uma visão de enfermagem não só de intervenção direta ao doente, mas ampliou o processo interventivo da função para meio ambiente, organizando o serviço de lavanderia, rouparia, cozinha dietética, almoxarifado e limpeza, tendo o controle desses por meio de observação e supervisão rigorosa. Organizou a hierarquia do serviço e introduziu o rigor da disciplina de enfermagem. (FORMIGA et al 2005; P.223).

Quando retornou da guerra da Criméia (1856), Florence publicou, em 1858, em outro livro, “Notas sobre questões que afetam a saúde, eficiência e administração hospitalar do exercício britânico”. Identificou, por meio dele, sua preocupação e conhecimento acerca da administração de enfermagem. Vale ressaltar que, paralelamente, nesse mesmo momento histórico, vivia-se a plena expansão do capitalismo, a recuperação da força do trabalho convergindo para um projeto político importante, cabendo à Medicina, através dos hospitais, essa recuperação. Com esse projeto político-social a valorizar as funções de planejamento, direção e supervisão atrelando-se ao sistema fabril encontraram repercussão no sistema hospitalar, sobretudo, a partir de meados do século XIX. Florence Nightingale é considerada pioneira também por caracterizar a necessidade da administração.

O sistema criado pela Enfermeira Florence Nightingale foi implantado nos Estados Unidos no ano de 1873, com a criação de três escolas. Após nove anos, em 1882, foi estabelecida no McLean Hospital a primeira escola de enfermagem a traçar um horizonte com o objetivo de melhorar a assistência ao se prestar cuidados aos doentes mentais (MANFREDA; KRAMPITZ, 1977).

O modelo de ensino implantado passa a ser difundido em outras partes do mundo. Apesar do sucesso, o sistema Nightingaliano continha claros e rígidos princípios preconizados por sua idealizadora, em consonância com os valores sociais da época. Entre eles podemos destacar: rigorosa seleção de candidatas e ensino teórico-prático metódico. Isso, porém, não significou que outros princípios não garantissem alguma autonomia como a direção da escola ser exercida obrigatoriamente somente por enfermeiras.

A volta de Florence da Guerra da Criméia ensejou a inauguração em Londres do seu sistema educativo. Inaugurou a construção de um saber científico de enfermagem, rompendo com a ação caritativa, identificada com as tarefas domésticas, que não demandava qualquer preparo profissional dos agentes. (SILVA, 1986).

Na época de Nightingale, Tuke e Pinel já haviam instituído o tratamento moral. Ou seja, já se iniciava um discurso médico psiquiátrico sobre os loucos que eram asilados na Inglaterra, e o país estava abarrotado de hospícios. No entanto, essa população não foi objeto de interesse para a “Revolução Nightingale” (BARROS, 1996).

A enfermagem moderna no Brasil se alinha aos moldes e aos princípios Nightingalianos. Surge em 1923 a escola de enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro (posteriormente Escola Ana Nery). Esta escola, organizada sob orientação de enfermeiras americanas, é o marco fundamental na estruturação da enfermagem como profissão, com parâmetros próprios, produzindo e sistematizando os conhecimentos que subsidiam suas atividades práticas e estabelecendo normas que regulam seu exercício profissional. (PIRES, 1989).

A Enfermagem foi sendo influenciada por diversos fatores históricos, desenvolvendo-se ao ritmo das grandes correntes de pensamento que marcaram evolutivamente seu saber-fazer. Collière (1989) aponta para uma prática da enfermagem já na primeira metade do século XX, se distanciando dos valores morais e religiosos outrora prevaletentes, passando a adotar o modelo biomédico, e

este, concomitantemente, associado a um cuidado que se restringiu cada vez mais, por promover uma desvinculação entre o ser humano com o universo, o ambiente e o grupo social.

Ângelo, M. (1994) aponta em seu artigo intitulado “Educação em enfermagem: a busca da autonomia”, que a primeira escola de enfermagem criada no Hospital Nacional de Alienados fora idealizada para atender à crise da mão de obra daquele momento, sendo norteadada pela psiquiatria.

Foi a “Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência aos Alienados”, atualmente Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, anexa a este mesmo hospital e subsidiada através do decreto nº. 791 de 27/09/1890 pioneira ao destinar a formar profissionais para inseri-los nos hospitais psiquiátricos, civis e militares, existentes no país. A instrução de mulheres pobres e/ou abandonadas e sua consequente “profissionalização” aconteceram paralelamente, muito embora tal formação se voltasse à subordinação garantida dos médicos (modelo biomédico); evitavam-se, com ela, os conflitos ocorridos outrora com as religiosas no hospício, tornando-se instrumentos médicos de intervenção e sob sua direção.

A enfermagem trilhou um percurso histórico privilegiando a ideologia médica, atribuindo-lhe seu poder dominante e *status*. A sua arte retirou o foco do ser humano e pautou-se no saber da medicina, subtraindo assim uma expertise autêntica, o que facultou aos profissionais dessa área uma idéia falsa de autonomia. (TERRA, 2006; P.167)

Segundo Silva (1993), ao seguir o modelo biomédico durante anos, a Enfermagem afastou-se das suas origens. Isto aconteceu em decorrência das tradições científico-culturais e padrões de pensamentos de natureza dogmática que acabam determinando uma resistência às mudanças. Waldow (1998) descreve complementando a idéia do autor supracitado que, “ainda hoje, apesar de todo movimento de transformação paradigmática que ocorre no momento atual, a Enfermagem ainda se orienta por uma postura contrária ao discurso “biopsicossocial” (que já é reducionista), enfatizando apenas o aspecto biológico através de procedimentos e ações terapêuticas”. Terra (2007) afirma:

“A visão tradicional do cuidado, parte do pressuposto de que o ser humano é passivo, espectador, e que o cuidado é estabelecido de modo linear, seqüencial, sem considerar a capacidade que ele possui para relacionar-se e interagir. Visto dessa maneira, ele fica à espera do cuidado planejado, preciso, verificável, lógico e metódico pelo cuidador, conseqüente da mecanização da sua forma de pensar como único caminho para desenvolver o cuidado” (TERRA, 2007; P.167)

A reestruturação da assistência psiquiátrica contemplando a reabilitação psicossocial, bem como sua implantação efetiva, é traduzida em novas s que conclamam a discussão sobre o significado do cuidado em saúde mental. Faz-se emergente, particularmente para os enfermeiros, anunciando a necessidade de entendimento sobre o distanciamento entre a prática assistencial e o saber produzido na academia.

Estudos realizados por Terra et. al (2007), objetivando refletir sobre o significado do cuidado de enfermagem, o fazem sob o prisma do Pensamento Complexo. Através dele, os autores puderam evidenciar pontos de ancoragem para uma concepção teórica e uma atividade mais ajustada às necessidades que se colocam no momento contemporâneo para a Enfermagem. As questões histórico-conceituais relativas à concepção do cuidado foram atreladas ao Pensamento Complexo objetivando, sobretudo, contribuir para pavimentar uma nova matriz de significados para o cuidado prestado através da enfermagem na atualidade, constituindo um modo mais interativo de abordar a realidade, no esforço de trazer à vida da enfermagem, enquanto disciplina e profissão, possibilidades de trilhar novos caminhos que possam esclarecer os diferentes significados do cuidado, sobretudo através da educação formal, fruto da modernidade, dos avanços científicos e tecnológicos.

* Florence Nightingale, proveniente da burguesia inglesa, tinha conhecimentos - de línguas, de matemática, de contabilidades incomuns as mulheres da sua época. No contexto da medicina científica, ela propôs uma de saúde pautada num saber de enfermagem, sistematização do ensino e investigação empírica, cujos princípios nortearam a enfermagem moderna.

Ao analisar a história das s de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, Kirschbaun (1997) reafirma o que já foi aqui anteriormente apontado sobre o trabalho de enfermagem dentro dos hospitais psiquiátricos, sendo considerado inferior e cercado de preconceitos, uma vez que o serviço era caracterizado pela superlotação, somando-se à suposta agressividade presente em todos os clientes e às condições insalubres no interior dos espaços físicos de trabalho. A inserção nessa atividade laboral acontecia não por direcionamento vocacional, mas provinha da necessidade de sobrevivência financeira, somada à oportunidade de adquirir uma profissão. Entretanto, para as pessoas oriundas de classes sociais elevadas, ocorria a possibilidade da escolha por afinidade e/ou convicções pessoais.

Desde os primórdios, o ensino da enfermagem psiquiátrica processou-se nos moldes asilares, com ênfase no confinamento e na vigilância. No entanto, o desenvolvimento da psicanálise e de novas correntes psicológicas passou a influenciar alguns programas de ensino, a partir da segunda metade da década de 50, apontando para uma valorização dos aspectos psicológicos do comportamento humano (FERNANDES, 1982).

Em consonância a estes aspectos, pode-se retomar a importância de ressignificar o cuidado retomando a ótica do pensamento complexo, buscando evidenciar pontos que fundamentam uma concepção teórica e uma prática mais aderente às necessidades que hoje se colocam para a enfermagem, vinculados aos serviços de saúde disponíveis, podendo ser este um local a privilegiar o encontro entre os profissionais e a clientela que demanda por atenção relacionada ao campo de saúde mental.

Ao contrário do pensamento fragmentado e unilateral que ensina a disjuntar, a simplificar e reduzir, o pensamento complexo constitui outro modo de abordar a realidade. De maneira geral, a complexidade é capaz de reunir, de contextualizar, de globalizar, mas, ao mesmo tempo, pode reconhecer o singular, o indivíduo, o concreto. Ele se baseia em dois princípios: o da emergência e o da imposição. O da

emergência mostra que o todo é superior à soma das partes; e o da imposição comprova que o todo é inferior à soma das suas partes. A humanidade, ao longo da sua existência, foi e é influenciada por correntes de pensamento tomando como exemplo aqui já referenciado o da implantação do sistema de Florence, que contornam diferentes formas de conceber inúmeros aspectos da existência, e vão processualmente se manifestando e consolidando concepções e na humanidade. As mudanças de concepções e, particularmente, de uma dada realidade, são muito lentas, uma vez que envolve toda uma rede de relações, contextos e situações. (TERRA et al, 2007).

1.1 O PROCESSO DE DEMOCRATIZAÇÃO RESSIGNIFICANDO O CONCEITO DE SAÚDE MENTAL

Com o passar do tempo, as regiões metropolitanas foram ganhando importância em consequência do crescimento urbano, atrelando a configuração das cidades à industrialização e à urbanização. O espaço urbano passa então a ser o lócus a potencializar as contradições entre as classes sociais, propiciando que os movimentos dos trabalhadores favorecessem o poder contestatório. A maior aflição das populações do século XIX incidia sobre as questões como a disciplina cotidiana, a normalização e o adestramento das sociedades urbanas. O asilo surge enquanto reflexo dessa sociedade nascente, e pelo fato de encontrar-se embrionária, o Estado arroga para si a sua gestão, a sua organização e a sua constituição. A vida institucional e a vida coletiva bem regrada e conduzida tornaram-se o instrumento favorável a que o alienado pudesse recuperar a razão (CAVALCANTI, 1996).

Os conhecimentos científicos evocados na época de Esquirol forneceram as bases teóricas para amparar e possibilitar novas formas de se assistir os grupos classificados como indisciplinados. Já na segunda metade do século XIX, novos componentes foram incorporados ao se conceituar a loucura, possibilitando extrapolações para além dos muros das instituições manicômiais. Nesta direção, o enfoque de intervenção visa o comportamento da população dentro do contexto do meio urbano, lançando, a partir dela, as bases de uma medicina social e higiênica voltadas para o controle sanitário das metrópoles, sobretudo visando conter a expansão de “degenerados”, mediante a intensificação de vigilância dos focos de

degenerescência. Houve, assim, a intervenção na psiquiatria em direção às atividades preventivas (CUNHA, 1988).

O modelo que prevaleceu na assistência aos portadores de transtornos psíquicos severos no Brasil é o clínico–biológico, acrescido de instrumentos inovadores como o atendimento familiar, as atividades terapêuticas em geral, com entendimento pautado na psicanálise, mas ainda com a finalidade de minimizar e/ou conter sintomas. Esse modelo tem legitimação no decreto de lei n. 24.559, de 03 de julho de 1934, “que foi promulgado num momento particularmente delicado no cenário político - ideológico mundial, e cujo propósito é viabilizar o sequestro do sujeito do meio social e a sua exclusão dos centros urbanos” (SILVA, 1997:4).

Nesse atravessamento histórico, tal conhecimento científico professado coabita com a primeira revolução industrial que impulsiona a instituição psiquiátrica a ser vista socialmente como local de proteção e tratamento. Ao institucionalizar reclusamente os degenerados, protege-se a sociedade dos indivíduos que perturbam seu sistema social. O manicômio deixa de ser o local onde se define o objeto da psiquiatria, transformando-se no lugar onde são confinados os indesejáveis, por motivos geralmente alheios à doença (BASAGLIA, 1971).

Da mesma forma, a família passa a ter um papel significativo levando em consideração as verdades científicas que afirma ser a hereditariedade a maior responsabilidade pela origem dos “degenerados”. Tornando-se alvo de estudo e intervenção, faz-se necessária a elaboração dos padrões para a família normal, com estabelecimento dos papéis sexuais e a afirmação do casamento e da maternidade como valores importantes a reger a construção da sociedade ideal. (CUNHA, 1986).

Nas últimas três décadas, o ensino da enfermagem psiquiátrica, que passou a ser chamado por algumas escolas como enfermagem em saúde mental, vem sofrendo mudanças nas suas características tradicionais, passando a abordar aspectos da relação familiar, técnicas grupais e relacionamento interpessoal. Além disso, incorporou, no nível do discurso, a necessidade de ações extramuros para atuar na promoção e proteção à saúde mental (BARROS, 2000). O sistema acolhia as denúncias de seus críticos, tanto que emergiram uma infinidade de propostas e ordens de serviços, oriundos do Ministério da Saúde, de Secretarias Estaduais e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Todas elas tinham em comum a diretriz de manter o doente na comunidade e não afastá-lo do seu vínculo com o trabalho (BRASIL, 1983).

Apesar das reformulações no ensino, a prática da enfermagem psiquiátrica e, em particular, a do enfermeiro psiquiátrico é apontada, por diversos estudiosos, como burocrático administrativo, e suas ações são baseadas ainda no modelo biológico (SAEKI, 1982 e 1994; FRIZOLA, 1990)

Outros autores como Baldi (1992) e Amaral (1990) sugerem que existe uma distância que separa a realidade de atuação profissional e o discurso acadêmico dos cursos de graduação. Enquanto as escolas de enfermagem estão enfatizando no ensino o papel do enfermeiro como terapeutas, a atividade realizada no espaço institucional permanece e aparece mais uma vez como burocrático administrativo. (BARROS, 1996)

Alem disso, Ornellas (1997) também alerta para o fato de que, nessas inter-relações (família e instituições) dentro dos espaços em transformação, as relações entre os agentes não estão muito claras. A autora coloca que as questões de poder que ainda continuam sendo caracterizadas na mão de agentes institucionais (principalmente o médico), autorizando a internação, estabelecendo as normas terapêuticas e dando alta. Entretanto, se essa participação do técnico está bem determinada, o mesmo não ocorre com a comunidade e com a família, sobre a qual não há nada claramente determinado.

Freitas (1998) apresenta argumentos que colaboram com essa opinião, ao afirmar que doente e família continuam situando-se “na base da pirâmide”, enfatizando o desrespeito para com a clientela enquanto cidadã:

“O cliente psiquiátrico é cliente, não é cidadão. A assistência não é prestada segundo um contrato com a clientela, onde sejam acordados objetivos individualizados segundo as especificidades da demanda e apropriados aos procedimentos que garantam na sua rede social, momentos de tutela, proteção e sustentação” (FREITAS, 1988; P.105).

TSU (1993) alerta para o fato de que, por muitos anos, o Estado chamou para si a responsabilidade para com o doente na medida em que isso fazia parte de um mecanismo de regulação social. Entretanto, o movimento da reforma psiquiátrica, que culminou com a desospitalização, acionou a família ativamente na participação do tratamento, sobretudo, ao responsabilizá-la sobremaneira por “seu” doente,

implicando com isso possivelmente uma desobrigação de uma atividade pela qual no passado ele (Estado) respondeu.

A proposta de Higiene Mental favoreceu uma gama de atividades para as enfermeiras que, de certa forma, demonstrava uma valorização de seu papel, levando em conta os padrões socioculturais durante essa mesma época, na qual se engessava a mulher apenas aos afazeres domésticos do lar. Houve, como aponta Yahn (1947) em seu artigo intitulado “O valor da enfermagem psiquiátrica - uma necessidade de uma força de trabalho”, uma demanda a que se procurou atender: “(...) É tão escasso o número de enfermeiras no nosso meio que não há exagero em se propor, por força da lei, que todo hospital com um número elevado de leitos possua em anexo, uma escola de enfermagem”.

A formação dos profissionais da área da saúde se dá, segundo Fontes (1995), a partir de valores capitalistas, não valorizando as necessidades sociais. Com isso prioriza o enfoque individual, limitado aos fenômenos biológicos específicos, ignorando os problemas sociais e morais, intimamente ligados à doença, e pouco ao doente, deixando de lado as relações com os fatores intrínsecos e extrínsecos da problemática humana. A maioria das doenças tem por origem dimensões mais profundas, por isto não basta enxergar somente o organismo biológico, pois a doença pode ter se iniciado no organismo social.

As atuais mudanças na saúde mental e os reflexos na assistência de enfermagem foram se tornando proeminentes a partir da década de 70, FREITAS (1998). Intensificaram-se mediante as denúncias do que passou a ser conhecido como a “indústria da loucura”. As críticas mais acirradas eram relativas ao dispêndio de enormes recursos financeiros e às características “cronificadoras” da assistência. Dessa forma, devido à reformulação do conceito de loucura e à difusão do saber psiquiátrico na medicina legal, é que os loucos foram diferenciados do homem normal. Atitudes como ingestão de drogas, incapacidade para o bem, contornavam o perfil desses anormais perigosos.

Para Rezende (1987), com o golpe militar de 1964 a psiquiatria adquiriu o *status* de prática assistencial de massa, com início da mercantilização da loucura, por meio da celebração de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1967. A psiquiatria começou a transformar-se em um lucrativo negócio e, para defendê-lo, formou-se um poderoso *lobby* que atuava e ainda atua nas esferas do poder, impedindo qualquer tentativa de mudança.

A esse respeito, Cavalcanti (1996) chama a atenção para o fato de que a psiquiatria biológica vem se impondo, porém, não sem repercussões: “a psicofarmacologia” e os diagnósticos traçados através de classificações galgadas na sintomatologia acentuam cada vez mais a dependência de produção de medicamentos de parte da sociedade, que se torna imperativamente medicalizada.

Em seus estudos realizados sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica, Barros (1996) demonstra mais uma vez que privilegia a intervenção realizada através do relacionamento terapêutico enfermeiros-clientes. As questões relacionadas com o direito de os clientes terem direitos, com a sua cidadania e sua condição de sujeito psiquiatrizado e excluído não eram preocupações objetivadas no ensino da assistência. A superação dialética entre o ensino e a ação assistencial se faz necessária no momento atual, na tentativa de superar as contradições internas e externas do fenômeno que engloba a saúde mental por meio de um método que favoreça uma práxis de formação educacional mais eficaz para as questões de uma sensibilidade diferenciada do profissional ao tratar com o sujeito em sofrimento mental.

A nova proposta assistencial, para Luis (2002), dificulta o entendimento entre a concepção da doença e o doente em outros moldes que não os desvios e afecções e principalmente sobre o tipo de interação a ser desenvolvida no âmbito da comunidade (doente família e os vizinhos). As novas propostas que o governo apresenta, voltadas à saúde mental, dando como exemplo os serviços substitutivos, visando à extinção dos hospícios, torna-se um fato que corrobora para que, por parte dos profissionais, se articulem também novas estratégias, mudanças na concepção do cuidado, o que lhes imporá certos atributos novos como a flexibilidade e a criatividade.

Para TSU (1993), Ornellas (1997), e Freitas (1998) a maneira como a reforma vem sendo articulada ainda apresenta muitos elementos questionáveis. A nova proposta assistencial não parece combinar com a hierarquia nas relações interpessoais nem com as demandas de profissionais da área de saúde, pois a formação dos seus profissionais, de maneira geral, é pautada predominantemente em conceitos e procedimentos hospitalares.

Luis (2006) menciona que a simples devolução do enfermo à família possa vir a repercutir uma exclusão às avessas, pois esta reporta à devolução do desviante

para quem o gerou. Podendo caracterizar um ato a ser interpretado como uma desassistência do sistema de saúde e até mesmo um castigo quando o Estado passa a ampliar as responsabilidades sobre a família. Se em tempo anterior a reforma psiquiátrica cabia ao Estado, em termos de proteção social assegurar e financiar o tratamento Total aos clientes, em nome do progresso gerado com a desinstitucionalização vindo a ser amparado nos discursos dos movimentos/manifestações dos profissionais não se possa falar no momento atual desse direcionamento como progresso necessariamente ao ampliar essa maior responsabilização sobre as famílias, mas, de mudanças, e esta pareça somente adequada ao “caminho feliz” - aquele que convém prover para o Estado somente contenção de gastos. Outro fator a ser ponderado também diz respeito à família que se tem idealizado em termos de composição:

“Delegar o cuidado do enfermo mental à família, na situação atual, significa transferir encargos a pessoas que não têm entendimento necessário para lidar com as condutas do seu parente e que não têm, em geral, recursos financeiros para sua manutenção nem continência emocional para compartilhar esse convívio” (LUIS, 2006 P.32).

Como afirma Pitta e Bezerra apud Barros (1994), nesta busca de novos paradigmas para uma nova abordagem assistencial encontra-se o dilema transformação/substituição do hospital psiquiátrico, desde que assuma o compromisso de modernização e humanização; baseada em experiências alternativas não hospitalares, as propostas substitutivas pretendem substituir o manicômio por uma rede de serviços socio sanitários diversificados em termos de modelos teóricos, mas gerenciados pelo mesmo modelo teórico-filosófico.

Torna-se fundamental que os profissionais de saúde reflitam sobre o seu papel, nesse momento de transformações, pois é certo que não aceitem assumir conscientemente a antiga função de guardiões e controladores de pessoas rejeitadas pela sociedade, mas aceitar, incondicionalmente (por conta da “reforma”) normas estabelecidas pelo mesmo Estado, sobre temas nos quais os conhecimentos e avaliação técnica devam falar mais alto – como é o caso das internações, da competência para o cuidar (família, serviço) e no estabelecimento dos padrões de cronicidade. Sem clareza desses elementos, indicam os especialistas, a desospitalização da loucura pode ser traduzida como um abandono do portador de

transtorno mental à própria sorte, e uma omissão dos profissionais, semelhante àquela ocorrida no passado.

A reabilitação psicossocial torna-se o arcabouço conceitual importante para os aspectos acima identificados, devendo ser enfatizada, sobretudo, através do ensino. A reabilitação psicossocial é descrita por Sarraceno (1995) como “um processo que determina o aumento da capacidade do usuário de utilizar oportunidade e recursos, em um percurso que faça crescer sua contratualidade psicológica e social, construindo o direito pleno de cidadania e a constituição material de tal direito”. Nesse contexto, é posto que a enfermagem brasileira precise buscar mais intensamente a crítica e a reflexão da prática e do ensino de enfermagem na área de saúde mental.

Na “Declaração de Caracas”, reconhece-se que a atenção psiquiátrica convencional não permitia alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva. Caracterizou-se, assim, a necessidade de uma revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços. Vale ressaltar que o Brasil foi signatário desta declaração e membro participante daquela conferência visando à reestruturação da atenção psiquiátrica. (OPAS/OMS, 1992)

O Estado Brasileiro, na década de 80, encontrava-se duplamente pressionado pela insatisfação da sociedade com a prestação dos serviços vistos como de má qualidade, como também pela recessão econômica que assolava o país. A complexidade que engloba o cuidado a ser prestado aos indivíduos acometidos por um transtorno psíquico severo, objeto das intervenções nas práticas de saúde mental, uma das estratégias encontradas para assisti-los, e de reconhecido valor, tornou-se a assistência por meio de um conjunto multireferenciado de profissionais, a equipe multidisciplinar. Compreende-se o trabalho em equipe aquele executado por um conjunto diversificado de profissionais de diferentes seguimentos, e não o trabalho realizado individualmente, por cada um deles.

Doravante, com base na “divisão do trabalho”, nenhum agente realiza isoladamente a totalidade de suas ações em atendimento a essa complexidade de demanda assistencial. Cabe na modernidade a interdependência e a complementaridade, tornando o conjunto dos profissionais atuantes através de trabalhos parcelares, possibilitando caracterizar uma nova totalidade. (PEDUZZI, PALMA, 1996: P.236).

Segundo Gonçalves (1992), tal parcelamento do trabalho incorporado à enfermagem assistencial emerge da incorporação tecnológica ao processo produtivo. O profissional médico-coletivo dividiu-se “horizontalmente”, tanto em diferentes especialidades dentro da medicina, quanto em agregação a outros profissionais com práticas complementares, como psicólogos, o terapeuta ocupacional, o assistente social, o sanitarista, o odontologista, o administrador.

A criação da instituição hospitalar viabilizou que as ações de enfermagem deixassem de ser voltadas empiricamente para o conforto da alma, em vez de assistir o corpo do enfermo (Almeida; Rocha, 1986). Concomitantemente foi à institucionalização do hospital enquanto local de cura que impôs a necessidade de pessoas mais qualificadas para auxiliar as ações do médico. A institucionalização da enfermagem surgiu com a finalidade principal de disciplinar a conduta do pessoal inserido para trabalhar nos hospitais, bem como espaço do doente, com ventilação, água e higiene. O que significou o desenvolvimento da disciplina, que é um mecanismo de controle a confluir para uma vigilância constante, espaço individualizador, classificador e de registro sistemático.

No momento que a psiquiatria enfocou os cuidados voltados para o corpo, gerou mais uma vez essa necessidade de pessoas qualificadas e habilitadas para administrar tais cuidados. A enfermagem psiquiátrica passou a executar, além das ações disciplinadoras, os procedimentos específicos como aplicações de insulina, assistência em neurocirurgias entre outros, possibilitando, através do corpo, ampliar as alternativas terapêuticas e de intervenção junto aos indivíduos com agravo mental. Na década de 50, Hildegard Peplau, enfermeira americana, introduziu o relacionamento terapêutico enfermeiras-clientes como principal instrumento da enfermagem psiquiátrica. Esse método foi desenvolvido a partir da compreensão da loucura através das lentes da psicanálise e pela psiquiatria psicoterápica. Preconizava o respeito mútuo entre enfermeiros e clientes, e o processo somente tornava-se efetivo se ambos saíssem acrescidos dessa relação. (PEPLAU, 1988).

Nota-se que a primeira tentativa de sistematização do ensino de enfermagem brasileira foi na área de psiquiatria. Tendo como lócus de trabalho exclusivamente o hospício, os instrumentos de assistência eram galgados no controle e na disciplina do doente mental. “Ficou assim caracterizada a função intermediária do enfermeiro entre os dois extremos da estrutura hospitalar - o médico e os clientes -, cumprindo as ordens que o primeiro prescrevia para o segundo” (BARROS; 1960 P.60).

A reforma psiquiátrica impulsionou progressivamente uma diluição de papéis porque reduziu o poder hierárquico institucional. Entretanto, de acordo com Stefanelli (1991), para romper essa relação de dominador e dominado e se fazer ouvir e respeitar, a enfermeira deve ter preparo e conhecimento científico para participar da equipe. O trabalho em equipes na área de saúde é uma estratégia de trabalho coletivo que visa minimizar o intenso processo de especialização (Campos, 1997, Peduzzi, 2001). Entretanto, através de um levantamento bibliográfico, Peduzzi (2001) observou a predominância da abordagem estritamente técnica, em que o trabalho de cada área profissional é apreendido como um conjunto de atribuições, tarefas ou atividades, nos quais a articulação não é problematizada.

Trabalhar em equipes multiprofissionais em saúde coletiva - campo complexo e transdisciplinar inserem os trabalhadores num cotidiano inteiramente novo, tornando necessário trabalhar com as diferenças, as vulnerabilidades próprias dos agentes sociais, como também o estímulo à percepção em lidar com conceitos de território e fronteiras disciplinares.

Nessa mesma direção, os profissionais que trabalham nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem diversas formações; ele é considerado um serviço aberto, além de um centro de acolhimento. Ao estudarem a atividade cotidiana da enfermeira no CAPS, Oliveira, Jorge e Silva (2000) consideraram os CAPS como uma instituição flexível, e a atuação da enfermeira dentro desse serviço favorecem uma atividade humana plástica, efetiva e compartilhada. Para esses autores, trata-se de um local a potencializar a desconstrução/ reconstrução de conceitos sobre loucura, de novas formas de se lidar com o sofrimento psíquico e de papéis que se expressam no cotidiano institucional mediante diálogo, no confronto com outras sociais, com usuários e familiares. Essa instituição foi inaugurada em março de 1987, com propostas inovadoras de atendimento.

Como espaços novos de cuidado clínico de enfermagem em saúde mental podem citar o CAPS. Esses serviços surgiram após reivindicações propostas pela Reforma Psiquiátrica, na década de 80, em que se exigiu uma substituição dos serviços hospitalares para o aparato de cuidados externos, com a criação de novos serviços substitutivos, bem como um deslocamento das psiquiátricas para de cuidado realizadas na comunidade.

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário que serve de referência para tratamento de pessoas com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e

demais casos, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004).

Nesse espaço, a enfermagem deve integrar os esforços clínicos do cuidar ao deparar com o sofrimento psíquico dessa clientela. Entretanto, é importante que esse cuidar não se restrinja às tecnologias duras que segundo Merhy (1997) referem-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações. Para ele, há de se enfatizar pelos enfermeiros as tecnologias leves que se expressariam como o processo de produção da comunidade, das relações, de vínculos que se constroem no encontro entre o trabalhador em saúde e o usuário/ cliente.

Nas políticas públicas existem conhecimentos teóricos importantes acerca das construídas coletivamente, através de trabalhos em equipe, com os movimentos sociais fomentando encontrar soluções para as vulnerabilidades humanas. Entretanto, o trabalho em equipes multiprofissionais, muitas vezes, é transposto pelos trabalhadores em saúde como um fazer confuso e desgastante, com polarização que vai desde o trabalho que expõe os profissionais ao estresse a atitudes apáticas e de descomprometimento, em que, frequentemente, o trabalhador sente-se desvalorizado enquanto profissional e ser humano.

Para Goulart (1990), as expectativas da sociedade e dos elementos que formam o corpo pessoal (administrativo, profissional, técnico e de serviços) determinam funções específicas para o hospital psiquiátrico. Essas funções seriam: reclusão de indivíduos perigosos por estarem doentes; manutenção da vida, protegendo o doente contra impulsos autodestrutivos; ação custodial; delegação de autocuidado aos profissionais quando o indivíduo é incapaz de cuidar-se; aplicação de plano terapêutico - reabilitador, desenvolvido pelos profissionais que utilizam variadas intervenções, no intuito de desenvolver suas capacidades internas com o objetivo de reintegrá-los à comunidade, e função educativa, quando o hospital serve como centro de formação e investigação para a equipe multiprofissional.

O cuidado de enfermagem, para dar conta da complexidade e dinamicidade das questões que envolvem o estar saudável e o estar doente de indivíduos e/ou grupos populacionais, precisa abranger, além dos aspectos técnicos científicos, os preceitos éticos, estéticos, filosóficos, humanísticos e culturais. (CARDOSO et al, 2006).

Segundo Tavares (2006) A reforma questiona a função dos saberes psiquiátricos, ao mesmo tempo em que a assistência tende a mudar do serviço hospitalar para os cuidados do território/comunitário. Para essa autora, a educação permanente dos profissionais é preponderante, devendo ser, por meio dela, enfatizada.

Nesse raiar do século XXI, os debates nascidos em meados do século passado sobre um profundo questionamento das bases da racionalidade médica, ganham, na agenda da saúde, um importante espaço. De Bachelard a Edgar Morin, de Canguilhem a Foucault, para apontar apenas alguns autores que debatem a temática, muito se tem produzido sobre a crítica ao paradigma científico moderno e a sua crise, que afeta e modifica a produção de saberes em distintos campos.

O Governo Federal adota a política de educação permanente como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, de atenção, de gestão e controle social do setor saúde, criando em 2003 o Departamento de Gestão e Educação na Saúde e instituindo em 2004, os pólos de Educação Permanente. Três eixos são apontados por Amarante (2003) e que teoricamente devem orientar a formulação da proposta de educação permanente em saúde mental: a) a organização do trabalho em saúde, com ênfase no processo de trabalho dos trabalhadores da área de enfermagem em saúde mental, tendo como perspectiva sua transformação através da construção de práticas renovadas, em função dos desafios colocados pela necessidade de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS); b) a integridade da atenção como princípio (re) orientador das práticas sanitárias e (re) organizador dos serviços de saúde; c) as bases para a construção de práticas pedagógicas crítica que possam promover a formação de um novo profissional frente às demandas impostas pelas transformações políticas de saúde, como um modo de explicar a complexidade do processo de trabalho, assim como possibilitar a apreensão de novas habilidades necessárias à construção de uma prática mais qualificada em saúde mental.

Peplau (1962) identificou o papel psicoterápico como sendo o âmago da enfermagem psiquiátrica. O enfermeiro deveria desenvolver habilidades para se relacionar como os clientes de modo a compreender o significado de seus comportamentos e assim poder ajudá-los. Frente às mudanças paradigmáticas na compreensão da saúde mental, torna-se fundamental construir conhecimentos que levem às transformações necessárias do conjunto de saberes de enfermagem. É

preciso refletir e/ou repensar, na atualidade, alguns aspectos dentro das investigações científicas em enfermagem que colaborem com algumas questões centrais paradoxais que orientam a constituição deste saber, e que contemple:

- . a superação do conjunto de aparatos científicos, legislativos, de códigos de referência cultural e de relações de poderes, estruturados em torno de um objeto bem delimitado: a doença.

- . a ruptura do paradigma clínico de caráter reducionista, recortado no âmbito exclusivamente biológico dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença mental;

- . a ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura;

- . a explicação dos marcos conceituais que embasam as novas práticas não manicômiais e, ao mesmo tempo, do próprio processo de trabalho da enfermagem em saúde mental para o reordenamento da finalidade do meio e do objeto, enquanto elementos constitutivos deste processo;

- . a reflexão e a revisão dos processos de qualificação dos profissionais, de modo a instrumentalizar os enfermeiros para a intervenção no campo da saúde mental, reconhecendo-a necessária dentro do processo de trabalho multi-agente e multiprofissional, e em diferentes níveis de atenção à saúde;

- . a construção de projetos de intervenção assistencial de enfermagem amparados na necessidade dos clientes enquanto indivíduo - social.

Para Almeida Filho (1997, P.10), alicerçado em trabalhos de Maturana & Varela (1992), há um crescimento no campo científico da consciência de que a ciência se configura cada vez mais como uma ação de construção de modelos, de formulação e solução de problemas num mundo em constante mutação.

Podemos pensar que a atividade multiprofissional estabelece diálogos entre disciplinas, e que a integração disciplinar parece se mostrar em espaços emergentes.

Entretanto, estudos apontam na direção de que há uma falta de clareza das funções do enfermeiro no hospital psiquiátrico tradicional, campo de atuação da enfermagem na área de saúde mental. Por outro lado, outros estudos evidenciam também uma falta de preparo dos enfermeiros para atuar em serviços extra-hospitalares (AMARAL, 1990; ROLIM et al., 1992, COLVERO, 1994).

Esse emaranhado de vivências concatenou possivelmente diversos desconfortos para os profissionais de saúde e para o seu “saber-fazer”. Investigações produzidas pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde Mental para Pesquisa e Treinamento em Saúde Mental da Escola de Enfermagem da USP, junto com 40 escolas de enfermagem no Brasil, por exemplo, demonstrou discordância entre as diretrizes curriculares e as experiências em unidades extra-hospitalares. O ensino era direcionado fundamentalmente sob visão hospitalocêntrica.

Esses são alguns dos desafios enfrentados na evolução histórica da enfermagem rumo a sua profissionalização, construindo, inclusive, diversos paradigmas com que ela se defronta no momento contemporâneo, ainda mais ao se refletir sobre o significado do cuidado na área de saúde mental. Pode-se colocar que algumas etapas desse processo tiveram maior repercussão, tendo em vista o seu caráter de ruptura com a concepção dos modelos já existentes. Para Colvero (2000) importa também compreender no processo histórico de evolução desse mesmo conhecimento de enfermagem que o cuidar apresentou sempre duas facetas ao longo da atividade profissional do enfermeiro: o físico e o emocional. O cuidado físico compreendido por meio das atividades direcionadas ao corpo biológico; o cuidado emocional sendo implementado em conjunto com atividades puramente técnicas, nomeando-as como “cuidado subjetivo”.

Este estudo evidencia o direcionamento do papel da enfermagem a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) compreendendo que possa ser esse um elo enquanto proposta a redirecionar mudanças no modelo assistencial, rompendo paradigmas e instituindo possibilidades para novas práticas, sobretudo, através dos seus princípios e diretrizes. O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever do Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988.

Esse Sistema assenta-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo o cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos conselhos Municipais,

Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. (BRASIL, 2004).

Com a criação do SUS em 1990, o princípio da integralidade passa a ser uma diretriz e um conceito central na sua construção e organização das políticas públicas. A integralidade, não somente como uma diretriz, mas também como um conceito central na construção do SUS, quer significar a organização do fazer profissional, a organização do seu trabalho e das políticas públicas, nos quais a dimensão da subjetividade e intersubjetividade sejam efetivamente aplicadas, tanto do ponto de vista de conceito, quanto da tecnologia de cuidado e escuta em relação ao trabalhador e à população em geral (Fagundes, 2001, Mattos, 2001, Pinheiro, 2004). “Depende de que pensemos mais em intersubjetividade que em subjetividade, que consideremos, em outras palavras, o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidade como indivíduos e grupos” (AYRES, 2001, P.68).

A utilização do termo “acesso universal e igualitário” reconhece, constitucionalmente, a importância e a relevância das ações e serviços de saúde como um bem público. Em 1990, este dispositivo constitucional foi regulamentado pela promulgação da lei orgânica da saúde nº. 8080/90 que criou o sistema único de saúde, ao dispor sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde. O SUS está regulamentado em torno de três diretrizes: a descentralização, com direção única em cada esfera do governo, o atendimento integral e a participação da comunidade. Participação que está assegurada pela Lei 8142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a transferência intergovernamental de recursos financeiros na área de saúde. São dispositivos legais que colocam a saúde como uma política pública de responsabilidade do Estado, em sua esfera Federal, Estadual e Municipal.

Para Barros (1992) a proposta de transformação no modelo assistencial rompe com paradigmas e novas práticas passam a ser pensadas, havendo mudanças necessárias na formação dos profissionais no campo da saúde mental. Desde a década de 70, Cerqueira (1984) já insistia na necessidade de se investir na formação de “trabalhadores de novo tipo”, considerando uma prioridade na

psiquiatria e apontando para a celebração de convênios entre a secretaria de saúde e as universidades, como alternativa para a formação de profissionais aptos às novas tarefas, competentes no manejo das novas concepções.

Esse desafio advém da própria necessidade de transformação, não somente da ação assistencial a população, como também da emergência por uma nova mentalidade na compreensão do processo de saúde e doença. O desafio é preparar profissionais nesse sentido para transpor o modelo assistencial anterior, que era alicerçado na racionalidade médica hegemônica, centrado na doença, na atenção individual, hospitalocêntrica e com grande ênfase nos procedimentos e instrumentos técnicos, para um modelo de saúde que considera o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos, produtor de novas estratégias de cuidados que incluam a subjetividade e as necessidades coletivas, com ênfase na promoção da saúde, articuladas em uma rede intersetorial, visando à inclusão social e a uma crescente autonomia dos usuários. Isso concorre para que haja profundas mudanças na relação entre os profissionais de saúde e população com suas demandas e necessidades. Mudanças também nas instituições formadoras desses profissionais nos cursos técnicos, na graduação como na pós-graduação, produtoras de conhecimento. (BARROS, 1984 P.155)

Feuerwerker e Lima descrevem que:

Historicamente a relação entre a universidade (mundo de aprendizagem) e os serviços de saúde (mundo do trabalho) tem traduzido movimentos contraditórios de reprodução e de transformação da realidade social. Essas contradições variam entre dois extremos: indivíduos adaptados ao mundo do trabalho e de sujeitos críticos, ativos, éticos, responsáveis, compromissados com o direito das pessoas e, portando, capazes de transformar a realidade (FEUERWERKER e LIMA, 2002, P.171).

Oliveira (2003) descreve que o momento atual do trabalho de enfermagem em saúde mental se caracteriza pela transição entre a prática de cuidado hospitalar que visava outrora à contenção do comportamento dos “doentes mentais” e à incorporação de princípios novos e desconhecidos que buscam adequar-se a uma **atividade** interdisciplinar aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações.

Humberto Costa, Ministro da Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde para o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas durante o período de lançamento do manual - Saúde Mental no SUS: O centro de Atenção Psicossocial (2004), em sua página de apresentação intitulada: Os CAPS e a Democratização do

Acesso em Saúde Mental; em aproximação de idéias com o autor anterior, menciona:

“Sabemos como é difícil implementar a reforma psiquiátrica, como são grandes os desafios. Um dos maiores desafios é justamente a consolidação desses serviços de atenção diária. Porém depois de uma experiência que já completou 10 anos, vamos aos poucos construindo a convicção de que vale a pena investir nos CAPS, que vêm se mostrando efetivos na substituição do modelo hospitalocêntrico, como componente estratégico de uma política destinada a diminuir a ainda significativa lacuna assistencial no atendimento a clientes com transtornos mentais graves” (HUMBERTO COSTA, 2004).

. Nas últimas décadas, o Brasil vem fomentando um movimento na tentativa de mudanças, realizando um conjunto de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas, jurídicas, lutando para transformar a compreensão cultural e a relação da sociedade com as pessoas que sofrem transtornos mentais. Este processo resultou na provisão de incentivos para o uso de recursos extra-hospitalar, prezando pela manutenção do portador de T.M em seu meio familiar e comunitário. Essas iniciativas, aliadas à divulgação através dos meios de comunicação, da precária assistência psiquiátrica hospitalar da violação dos direitos civis dos clientes vieram convergir em consenso para uma necessidade de promover mudanças (MELMAN, 1999).

Sawaia (1998) reporta-se à noção de cuidado como “categoria central de enfermagem”, inaugurando uma ruptura com modelo hegemônico de fronteiras entre as ciências humanas e biológicas. Importante, nesta conjuntura, é não perder de vista a idéia apresentada também por Lopes (1995), na qual a “ação do cuidar é interdependente e se constrói no cotidiano das atividades de enfermagem, na sua dimensão objetiva (categorias, procedimentos técnicos, comunicação), na subjetividade de quem cuida (racionalidade, intencionalidade) e o ser cuidado (o cliente)”.

Para que se concretizem relações positivas no propósito de cuidar do outro, requer-se, por parte dos profissionais, o gerenciamento do acolhimento para com os usuários, e para levantar alguns aspectos considerados relevantes ideologicamente neste trabalho, sobretudo, ao refletir sobre o “espaço” a possibilitar o encontro entre usuários e profissionais, destaco o serviço mais proeminente na estratégia da produção da atenção à saúde mental, a saber, os centros de atenção psicossocial (CAPS), sinalizando, desde já, que o debate mais especializado sobre o tema será

apontado no capítulo 2, bem como a disponibilidade atual sobre outros serviços substitutivos ao modelo asilar, sobretudo, em oferta de atendimento/assistencial após a reforma psiquiátrica. Entretanto, vale ressaltar que as experiências multiprofissionais trazidas através do CAPS serão privilegiadas e norteadoras deste estudo.

A utilização da expressão “acesso universal e igualitário” reconhece constitucionalmente a importância e a relevância das ações e serviços de saúde como um bem público. Em 1990, este dispositivo constitucional foi regulamentado pela promulgação da lei orgânica da saúde nº. 8080/90 que criou o Sistema Único de Saúde, ao dispor sobre as condições de promoção, proteção e recuperação a saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde.

Barros (2006) descreve sobre a proposta de operacionalização das categorias de acesso e descentralização em um modelo de análise de sistemas de saúde, apresentando como pressuposto que a saúde do indivíduo é uma responsabilidade social e tecendo duas possibilidades para que se tornem operacionalizáveis através desse mesmo modelo - o campo social e o político. A autora afirma remissivamente sobre o acesso através do campo social que:

[...] Categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para sua não efetivação (custos excessivos, habilidades técnicas, características da organização, etc.). O acesso deve funcionar como uma categoria de valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas. Sua avaliação não pode se dar de forma simples, portanto não podemos perder de vista que ele também deve abranger os vários planos de produção dos serviços (ROTELLI, 1986; P.232).

Dentro do contexto de uma política pública de saúde efetivada no Brasil se articulam ainda conceitos de território, responsabilização e acesso. Essa política surge de um processo histórico de lutas travadas no cenário nacional, desde a década de 70, atrelada ao processo de democratização do país e da construção de uma sociedade mais justa, que culminaram por elaborar a própria constituição e os princípios e as diretrizes que foram incorporados ao seu texto.

Para Rotelli (1990) o manicômio está para além de paredes, muros e grades. Desarticular estas instituições significa, fundamentalmente, desmontar estruturas mentais que dão sustentação e legitimidade ao modelo psiquiátrico centrado no hospital. Quanto a isso, vale ressaltar que um dos maiores gastos que incidem sobre o Sistema Único de Saúde no Brasil concentra-se na rede hospitalar voltada para as internações psiquiátricas. Uma parcela significativa dos leitos (78,8%), em grande maioria privados e contratados pelo setor público, apresentam internações longas, chegando a alcançar em média 55,6 dias de duração. Esses dados reforçam a necessidade na atualidade, ainda, por transformações na maneira de conceber as vias de tratamento destinadas aos casos de transtorno mental de maneira a consolidar a concepção teórico-filosófica impulsionada através da reforma psiquiátrica no Brasil (Gauduroz, apud Ministério da saúde do Brasil, 1999).

Uma situação preocupante é posta caso se considere o crescimento absoluto de habitantes, o impacto psiquiátrico causado pela concentração de renda, a diminuição do acesso dos bens de serviço distribuídos pelo Estado, uma vez que seu modelo econômico reforça a desigualdade social, fragmentando o país em regiões desenvolvidas e subdesenvolvidas.

Franco et al (1999) mencionam que a responsabilização clínica e sanitária, e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e vincula. Afirmam que:

Na medida em que, nas de saúde, individuais e coletivas e sanitárias e a ação resolutiva tendo em vista as pessoas como caminho para defender a vida, reconhecem que, sem acolher e vincular, não há produção dessa responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividade que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (FRANCO et al, 1999, P.347).

O espaço institucional possibilita o encontro que produz o cuidado, regido pela alegria e pela beleza, na produção de sentido do território, sendo somente possível se o usuário acessar o serviço e os recursos de que dispõe para esta produção de vida, gerando possibilidades para que os profissionais intervenham, colaborando para sua efetiva reinserção social.

No relatório da III conferência Nacional de Saúde Mental, há inúmeras referências ao conceito de acolhimento, dentre as quais, propõem no item “organização e produção da rede e dos serviços substitutivos”.

Os serviços substitutivos devem desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre os trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, no vínculo e na definição precisa de responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios da cidadania (SUS, 2002, P.38).

Todo esse processo se articulou com outros movimentos sociais e com a luta pela redemocratização do país, levando seus protagonistas a desempenharem uma militância que transcende as questões mesmo da saúde mental. Mais do que isso, criou um movimento social, o movimento da Luta Antimanicomial, que se tornou um congregador não apenas de setores da saúde mental, como profissionais, associações de usuários e familiares, mas também estudantes, artistas, jornalistas, intelectuais.

Pode-se dizer que um dos aspectos imprescindíveis no processo de mudanças na assistência psiquiátrica é a desconstrução das representações sociais. A representação do sofrimento psíquico entre os sujeitos até aqui apresentados liga-se às angústias dos momentos vividos por cada um, os quais sendo basicamente frutos de acontecimentos humanos são experiências elaboradas e tecidas no contexto em que passaram. Apesar disso, observa-se concomitantemente a internalização de ideologias, ancorado no saber vigente que colocam os transtornos mentais como fato imutável decorrente de fatores orgânicos. Nessa percepção, agrega-se o fato de que as problemáticas da convivência com a doença mental no contexto familiar possibilitam gerar, nesse momento de transformações assistenciais, relações conflituosas e muitas vezes desagregadoras, das quais surge a questão do fardo imputado à família através do direcionamento das políticas de saúde mental postas na atualidade.

As carências de informações, de apoio, de orientação conduzem a um leque de necessidades não satisfeitas que evidenciam a fragilidade do núcleo familiar. Koga (1997) coloca não ser possível haver reintegração com uma família desassistida. A singularidade para ele e o conhecimento da dinâmica familiar poderão ajudar o

estabelecimento de metas para intervenções significativas na expansão da rede de atenção de saúde mental.

Nessa perspectiva, o próximo capítulo, assim como os demais, intencionam ampliar as possibilidades reflexivas por uma assistência mais digna e global, atendendo os objetivos propostos pela ideologia de se reinserir e desestigmatizar socialmente os sujeitos portadores de sofrimento mental. As apresentações das discussões e as diversas experiências e já evidenciadas nesse viés foram então levantadas, sobretudo os recortes que incidem sobre o universo dos profissionais de enfermagem e da família em suas possibilidades e potencialidades em ofertar cuidados vinculados ao portador de sofrimento psíquico, e assim, possivelmente colabore na direção das transformações que se fazem necessárias e fluidificadas nessa relação entre profissionais de saúde mental, os clientes e suas famílias.

2. A DESOSPITALIZAÇÃO DOS CLIENTES PSIQUIÁTRICOS E AS NOVAS ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO.

Qual o estatuto da assistência prestada na área da saúde mental na atualidade?

O processo de desinstitucionalização, como desconstrução do paradigma asilar, e como invenção de novas possibilidades de atendimento, é proposto como um conjunto de ações que vão de encontro a toda política de abandono, de desassistência, de hospitalização, e de inovação dos serviços públicos. Exigindo a criação de novos serviços complexos voltados para os cuidados da saúde mental, foram eleitos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), lares protegidos e hospitais-dia como modalidades inovadoras no atendimento mais respeitoso à dignidade das pessoas com transtornos mentais. É na prática cotidiana que ocorrem novas experiências que podem alicerçar uma ética que colabore para a construção/ reconstrução da cidadania dos sujeitos que apresentam algum problema mental, permeada pelo respeito à diferença, à singularidade e à pluralidade. Isso poderá impulsionar a criação de micropolíticas sociais em que convivam iguais e diferentes; singulares e plurais. (OLIVEIRA, 2000)

Para Aranha e Silva (2005) a reorientação do modelo assistencial em saúde mental em curso no país é fruto da organização de agentes de saúde com formação de nível superior e médio, do usuário e do familiar de usuário de serviços de saúde mental e da responsabilização do Ministério da Saúde, por meio de leis, portarias e regulamentações. Assim, a realidade imposta pela reforma sanitária das duas últimas décadas do século XX, no Brasil, pelo processo de implantação e consolidação do SUS e, particularmente, pela Reforma Sanitária, vem provocando um contínuo e consistente rompimento nesse paradigma.

O conhecimento sobre a evolução do processo no qual se pretende intervir é fundamental por parte dos profissionais da área de saúde, pois é deles que dependerá a parte mais significativa de inovação nessa assistência que se configura no cenário pós-reforma.

A lei 10.2116/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Em seu Artigo 1º, os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata essa lei, são assegurados sem qualquer forma de

discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno. A letra da lei, portanto, assegura uma assistência ao transtornado sem quaisquer reservas ou condicionamentos.

O processo de consolidação do Estado Democrático, que restaurou os direitos inscritos na Constituição Cidadã, como afirmava Ulisses Guimarães, não deu conta de abarcar uma gama significativa do povo brasileiro, que continuou à margem do mundo dos direitos e do “mundo maravilhoso do capitalismo globalizado”. A política econômica tem afrontado esse processo ao propor, seguindo a orientação de Washington, imposta pelos organismos internacionais, a desregulamentação e a redução das tarefas do Estado, implantando o chamado “Estado Mínimo”, entregando suas atribuições à lógica de uma onipresente figura denominada mercado que, em nossa dependente economia, têm se revelado extremamente perversas, já que aumentam a acumulação das riquezas da elite, aprofundando a injustiça na distribuição de renda e agravando a crise social.

Bandeira (1993) alerta para o fato de que a desinstitucionalização falha quando depara com a falta de apoio financeiro suficiente para criar serviços substitutivos, de formação profissional, de preparação e engajamento da comunidade no acolhimento ao doente, de atendimento permanente, e de comunicabilidade entre diferentes setores.

Levando em conta a realidade do Brasil, sua dimensão continental, suas diferenças socioeconômicas de cultura local e regional, e a realidade das necessidades e peculiaridades da sua população, se pensou refletir aqui acerca da mecânica que estrutura o aparato do Sistema único de Saúde (SUS) atrelado à Lei 10.2116/2001, que contempla a integralidade na assistência em saúde mental.

Se focarmos nos profissionais de enfermagem alinhados na dinâmica dessa realidade, teremos que considerá-los não apenas como agentes a intermediar relações interpessoais dentro das instituições de atendimento psiquiátricos atualmente disponibilizados pelo sistema de saúde, mas, sobretudo, profissionais que exercem o seu ofício alicerçado por sua ética e compromisso social enquanto cidadãos; elege-se refletir neste capítulo sobre seu papel e inserção no Sistema Único de Saúde, sobretudo no interior dos dispositivos de acolhimento do transtornado mental, desafiados a atender a gama de complexidades existentes na

tarefa que se lhes é apresentada, bem como as possibilidades de contribuição ao cuidar de usuários, das famílias e das comunidades.

Com a promulgação da constituição de 1988 e com a sanção das Leis 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/ 990, foi criado e regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), que significou grande avanço na assistência de saúde em nosso país, cujas ações devem obedecer aos seus princípios e diretrizes. O modelo de assistência em saúde mental deve ser congruente a estes mesmos princípios e diretrizes. Lamentavelmente, mesmo com o advento do SUS, não foram criados serviços de atenção primária e secundária em saúde mental, de acordo com as necessidades. Os serviços hospitalares existentes se deterioraram progressivamente, em razão da asfixia financeira sofrida. Os serviços de nível terciário criados são insuficientes e o formato e os números dos existentes não respondem às demandas atuais (Manual da Associação Brasileira de Psiquiatria, 2006).

É importante ressaltar, ainda, o estabelecimento, a partir da Reforma Psiquiátrica, de um conjunto de práticas concebidas como *Modo Psicossocial*, contraposta ao *Modo Asilar* para lidar com o cliente (Yasui, apud, Diamantino 2010). Enquanto no Modo Asilar se impõe uma organização verticalizada e um fluxo de poder em sentido único, no Modo Psicossocial processa-se uma organização de trabalho horizontal, que objetiva a participação, a autogestão e a interdisciplinaridade.

Os dois modos podem ainda ser diferenciados quanto à forma com que se dá o relacionamento com a clientela e a nova concepção dos efeitos terapêuticos e éticos: no Modo Asilar há uma separação entre doentes e sãos, na qual a instituição psiquiátrica interdita o diálogo, enquanto que no Modo Psicossocial a instituição se torna, através de seus agentes, espaços de interlocução e de subjetivação. Assim, no campo da saúde coletiva, a instituição se torna um espaço de fala e escuta da população. (Yasui, apud, Diamantino 2010).

Segregação, violência e exclusão permanecem como mecanismos de tratamento do transtornado, o que nos provoca hoje, mais do que nunca, pautar a agenda da discussão nacional a respeito. Nesse sentido, a defesa da noção de “saúde, direito de todos e dever do estado” cumpre um importante papel. Uma forte alavanca desse debate é a tese de que a saúde é uma questão pública e nacional, como afirma Escorel (1995) ao lançar uma contra ofensiva de caráter ideológico em

defesa não só de um direito constitucional, mas de uma perspectiva de entendimento de uma sociedade que garanta efetivamente os direitos básicos à saúde, ao trabalho, à educação, à moradia.

São princípios e diretrizes do SUS:

Universalidade: a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas, cabendo ao Estado assegurar esse direito;

Equidade: princípios de justiça social que procura tratar desigualmente os desiguais e investir onde há mais necessidade.

Integralidade: considera a pessoa como um todo. Pressupõem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento, a reabilitação e a integração entre as demais políticas públicas. Opõe-se à fragmentação e à verticalização na organização dos serviços, das práticas e projetos de saúde, na formação, gestão e na atividade dos profissionais; a atenção centrada em queixa-conduta e na doença condiciona a lógica econômica de oferta e demanda; a ausência de vínculo – responsabilização -, comprometimento de profissionais e serviços com usuários; as fronteiras rígidas de núcleos de saber e de poder profissionais.

Descentralização e Comando único: descentralização de poder e de responsabilidade entre as esferas de governo.

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em uma área geográfica por níveis de complexidade crescente;

Participação Popular: por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, com o objetivo de formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

A atenção à saúde se dá para o Ministério da Saúde a partir de quatro campos interconexos; a) Assistência à saúde - prestada no âmbito ambulatorial, hospitalar, domiciliar e quaisquer outros espaços, institucionais ou não; b) Promoção da saúde - voltada para intervenções ambientais incluindo-se as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, controle de vetores e hospedeiros, operações de sistemas de saneamento ambiental; c) Proteção à saúde - envolvendo a prevenção e o controle de riscos e agravos à saúde, incluindo entre eles as doenças; d) Políticas intersetoriais interferentes como determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-adoecimento-cuidado das coletividades, tais como as de emprego, de habitação, de educação, de lazer, de alimentação e de segurança alimentar, entre outras.

Assim, os princípios do SUS se fundamentam em pelo menos seis dimensões:

- de unicidade (informação, comunicação e operacionalização únicas na União, Estados, Distrito Federal e Municípios);
- de acesso e cobertura (universalidade e equidade)
- de gestão (interinstitucionalidade, intersetorialidade, descentralização com direção única em cada esfera do governo, locorregionalidade, hierarquização, integralidade, participação da comunidade);
- de regulação (controle social);
- de educação: educação permanente em saúde como política de gestão e de educação para o SUS, articulando formação e gestão, atenção e participação social;
- de atenção (integralidade, equidade, qualidade, humanização, resolutibilidade, controle social).

Os quatro campos de atenção à saúde sustentam-se ou se interconectam com os princípios do SUS na dimensão da atenção, já mencionados: integralidade, equidade, humanização, resolutibilidade (eficiência –eficácia -efetividade), controle social.

A consolidação do SUS, portanto, requer a existência de mecanismos de regulação que dêem conta do dinamismo deste processo. Nesse sentido, as Normas Operacionais Básicas, que tratam do aspecto de divisão de responsabilidade, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios, passaram a representar instrumentos fundamentais para concretização estabelecida pela Constituição e pela regulamentação do SUS.

O SUS hierarquiza o sistema público de saúde em três níveis: baixa complexidade (unidades básicas de saúde), média complexidade (hospitais secundários e ambulatórios especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários). Os clientes são atendidos nas unidades de saúde de outro nível, conforme a necessidade e a complexidade de seu quadro clínico. Assim, clientes de alta complexidade atendidos, por exemplo, em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários, podem ser encaminhados (referência) para hospitais de alta complexidade (hospitais terciários).

Nessa lógica de atenção à saúde preconizada pelo SUS, depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, o cliente é reencaminhado (contrarreferência) para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento. O modelo SUS de hierarquização do sistema e de referência e contrarreferência dos clientes visam garantir ao cidadão acesso aos serviços do

sistema público de saúde - desde o mais simples até o mais complexo, de acordo com as reais necessidades.

A lei 2.312 de 03 de setembro de 1954, que estabeleceu Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde e o Decreto Regulador nº. 49974-A/61, que se constitui no Código Nacional de Saúde, que regulamentou a referida Lei, davam ênfase ao atendimento psiquiátrico extra-hospitalar. Os artigos ficaram assim definidos:

Art. É dever do Estado, *bem como da família*, defender e proteger a saúde do indivíduo.

§ 1º- Ao Estado, precipuamente, cabe a adoção de medidas preventivas de caráter geral, para defesa e proteção da saúde da coletividade.

§ 2º - À família, por seus responsáveis, cabe a adoção de medidas preventivas, de caráter individual, recomendadas pelas autoridades sanitárias competentes e as providências necessárias e adequadas, assistência médica de seus integrantes quando doentes.

Ambos, Lei e seu Decreto foram revogados pela Lei 8080/90 que não aproveitou nada dos instrumentos legais de uma época em que se vivia uma democracia plena.

No Brasil, a necessidade de saúde do portador de sofrimento psíquico esteve submetida à ordenação jurídica, que respondeu ao clamor social da década de trinta, do século XX, prestando-se como foi visto ao controle do alienado e oferecendo-lhe minoria social e tutela jurídica até a aprovação da nova legislação que reorienta o modelo assistencial, em abril de 2001. O relatório sobre a saúde no mundo 2001, da Organização Mundial da Saúde dedicada à saúde mental, indica e reconhece o custo social, econômico e pessoal da doença mental.

Neste diapasão, a experiência desta pesquisadora como funcionária pública corrobora fortemente para observar e enfrentar as dificuldades junto com a equipe mesmo multiprofissional no setor de emergência (hospital-geral), em cujo espaço se confere o nítido despreparo dos profissionais para lidar com clientes com transtorno mental, ainda mais se apresentando crise aguda. A constatação é constrangedora: no hospital estatal em causa, não há nenhum programa educacional prévio, ou programa de formação continuada, para aparelhar o corpo profissional multidisciplinar que, por sua vez, possa lidar com o fenômeno dos transtornos mentais, mesmo que os dirigentes considerem a necessidade fundamental, teoricamente, é a de capacitar os profissionais para o atendimento assistencial

voltado aos portadores de agravo à saúde mental fora de hospitais especializados, uma vez que estes requerem um atendimento personalizado, sendo direcionado não somente ao cliente/clientes, mas também às famílias. Fica aqui registrada a minha percepção após sete anos, tanto pessoal quanto profissional, dentro desse espaço, mesmo que institucionalizado, pois dele fluiu tanto a experiência de convivência quanto a inquietação sobre o fenômeno dos sofrimentos biopsicossociais.

O que preceitua a Lei 10.216/2001? Que contempla a integralidade da assistência em saúde mental. Bem, o seu texto não propõe um modelo rígido, mas sim diretrizes para um modelo de assistência integral que possa ser aperfeiçoado continuamente, na busca do ideal, e em âmbito institucional específico.

Os diversos serviços existentes devem contar como se preconiza com equipes multiprofissionais. Neste aspecto, reforça-se a condição do enfermeiro como um profissional que tem a sua expertise também atrelada à interação em conformidade com outros saberes e práticas, ao propor ou mesmo direcionar sua práxis assistencial no cuidado e/ou atenção à saúde mental. Muito embora cada profissional seja instado a exercer o papel que é próprio a sua profissão, os desafios e ordenamentos legais novos impelem as instituições a pensarem mecanismos viabilizadores de relações de colaboração recíproca entre todos, sempre em benefício dos clientes e do compromisso com a atenção sanitária integral que lhes são devidas.

Um modelo de Assistência Integral em saúde mental deve contar com princípio da integração entre os diversos serviços (ao qual se inserem os profissionais), constituindo um sistema integrado de referência e contra-referência, no qual as unidades devem funcionar de forma harmônica, complementando-se, não se opondo ou se sobrepondo uma à outra, não concorrendo nem competindo mutuamente. Para isso, é fundamental a definição clara das funções de cada serviço e os meios a serem adotados nos procedimentos de referência e contrarreferência hoje disponíveis. Uma reflexão que pode ser articulada nesse íterim para além dessas funções e dos meios que se utilizam as políticas públicas através desse sistema integrado converge sobre as possibilidades de atuação/cooperação dos profissionais nesse viés.

Seguindo-se a Lei 10.216/2001 é preciso contar com os seguintes parâmetros de atenção e serviços:

NÍVEL PRIMÁRIO:

- Promoção e Prevenção

Campanhas para reduzir o estigma dos portadores de transtorno mentais, incluindo orientação da população em relação às doenças mentais, e o apoio à criação e ao fortalecimento de associações de familiares e portadores de transtornos mentais.

-Orientação educacional contínua para os integrantes de comunidades específicas, tais como escolares, religiosas, de grupos responsáveis por resgate, atendimento pré e pós-hospitalares.

- Programas de orientação, esclarecimento e suporte às famílias dos transtornados, especialmente de crianças, adolescentes e idosos, mas também de clientes adultos incapacitados que dependem da família, seja social, emocional e ainda financeiramente.

-Ampla divulgação dos serviços de saúde, assim como orientação da forma como procurá-los e utilizá-los, proporcionando a detecção e tratamento precoce dos acometidos de transtornos mentais.

-Treinamento e supervisão contínuos e específicos para os integrantes das equipes multiprofissionais, orientando competências e responsabilidades de cada um dos profissionais e de como executá-las.

Tais investimentos resultarão em economia na medida em que a detecção e o tratamento precoces contribuam para uma menor perda de capacidade dos clientes.

- Unidades Básicas de Saúde (UBS)

-Treinamento de médicos do Programa de Saúde Mental de Família (PSF) e Unidade Básica de Saúde (UBS), de acordo com os critérios estabelecidos pelas diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina para identificar, tratar e encaminhar aos serviços especializados os casos de transtorno mentais que não consigam cuidar, construindo um sistema de referência e contra-referência.

-Esse sistema de referência e contra-referência deve ser estruturado através da ação de equipes matriciais, ligadas à rede de saúde mental (serviço de saúde mental de referência para determinada população), que será responsável por dar suporte técnico e supervisão, através das técnicas de interconsulta e consulta conjunta para um determinado número de PSF e UBS.

- Criar programas de promoção, prevenção e intervenção terapêuticas em saúde mental específica para a atenção primária, elaborando diretrizes a serem implantadas conjuntamente pelas equipes de atenção primária e matricial.

(FONTELLE, 2011) coloca que a atenção primária deve atuar como um filtro inicial, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde (por volta de 85%) dos usuários e ordenando a demanda de serviços de maior complexidade, organizando os fluxos de continuidade da atenção ou do cuidado. Este papel essencial da atenção primária, tanto na resolução dos casos quanto no encaminhamento do usuário para outros níveis, torna-se a base estruturante do sistema, e ordenador de um sistema piramidal.

NÍVEL SECUNDÁRIO:

- Centro de Atenção Médica, Psicológica e Social (CAMPS)

Serviço que funcione de acordo com seus programas de atendimento e público alvo específico, contando com equipe multiprofissional completa, necessária para desenvolver os programas da unidade. O CAMPS deverá ser estruturado seguindo os ditames da Lei 10.216 que prevê assistência integral à pessoa portadora de T.M, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. Deverá proporcionar atendimento mais intensivo que o ambulatório, tanto em duração quanto em frequência de atendimento. Será um serviço intermediário entre o ambulatório, tanto em duração quanto em frequência de atendimento. O CAMPS será estruturado em três níveis de complexidade. No CAMPS I, em regiões do país em que haja carência de psiquiatras, aceitar-se-ia temporariamente que o médico não fosse especialista. No CAPS II e III o médico será necessariamente um psiquiatra registrado como tal no Conselho Regional de Medicina.

- Ambulatório Psiquiátrico Geral e Especializado

Serviço de atendimento essencialmente médico organizado de acordo com a demanda existente em cada local, inserido ou não em ambulatório médico geral, e que sempre faça a distribuição gratuita dos medicamentos prescritos.

Deverão ser observadas a localização geográfica e a população a ser assistida.

O atendimento ambulatorial é eficaz no tratamento e controle dos transtornos mentais, e, quando combinado com a dispensa de medicamentos, mostra uma elevada taxa de resposta terapêutica com baixo custo.

NÍVEL TERCIÁRIO:

Hospital Dia e Hospital Noite

Serviços destinados à hospitalização parcial para clientes que não necessitem permanecer em tempo integral no hospital, mas apenas parte do dia. Muitos clientes que seriam hospitalizados podem ser mais bem atendidos neste serviço e outros tantos poderiam ter o seu tempo de internação integral abreviado, sendo referenciados para o hospital parcial antes de passar para o CAMPS ou ambulatório.

• Centro de Atendimento Integral em Saúde Mental (CAISM)

O Centro de Atendimento Integral em Saúde Mental situa-se tanto na atenção primária quanto na secundária e terciária, pois contemplaria um atendimento completo em todos os níveis de complexidade (promoção, prevenção, ambulatório, pronto socorro, CAMPES, hospital parcial e hospital para internação em tempo integral). O CAISM, preferencialmente uma instituição de ensino, seria ideal para algumas regiões e localidades. Hospitais já existentes poderiam ser transformados em CAISMs, constituindo-se em centros de excelência no atendimento psiquiátrico.

• Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral

Serviços destinados a internações de clientes agudos, em princípio, de curta permanência, para clientes psiquiátricos sem intercorrências, ou para clientes psiquiátricos com intercorrências clínicas ou cirúrgicas que necessitem de internação em hospitais gerais. A possibilidade de autocuidado e o risco individual de conduta violenta e antisocial devem ser aferidos em função da possibilidade de atendimento de cada serviço.

• Hospital Psiquiátrico Especializado

Serviços destinados a atender clientes que necessitem cuidados intensivos cujo tratamento não é possível ser realizado em serviços de atendimento à menor complexidade. Deverá funcionar de acordo com seus programas de atendimento, contando com equipe multiprofissional completa, necessária para desenvolver os programas terapêuticos da unidade.

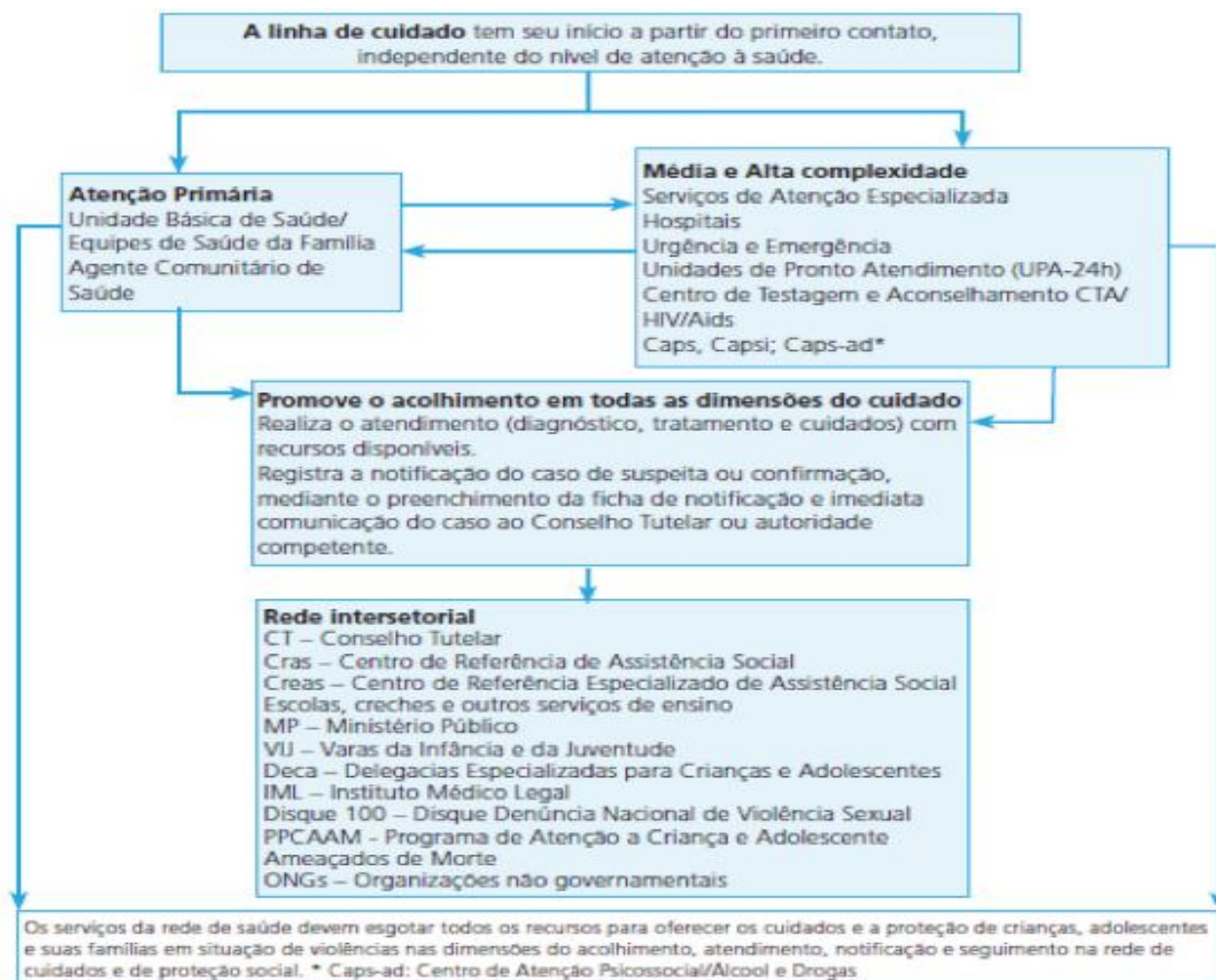
• Unidade de Emergência Psiquiátrica

Unidade de pronto socorro psiquiátrico, aberta em tempo integral (24 horas por dia), com leitos para acolher clientes em crise, em curtíssima permanência (até 24 horas). Teríamos unidades de emergências psiquiátricas específicas, em hospitais psiquiátricos, e unidades de emergências psiquiátricas em hospitais gerais.

As unidades de emergência deverão estar articuladas com o SAMU. Nas cidades maiores o SAMU deverá ter uma ambulância específica para o atendimento pré-hospitalar de clientes psiquiátricos, a qual deverá contar com pessoal especializado e ser equipada adequadamente para estes atendimentos.

O importante a destacar é que a forma organizativa e o modelo de atenção à saúde não podem ser escolhas da autoridade pública de saúde. Elas são definidas constitucionalmente no art. 198, e legalmente nos arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90 que determina a integração dos serviços públicos dos entes federativos em redes de atenção à saúde; Estas redes devem ser regionalizadas, o que pressupõe um relevante papel do Estado, ente competente para definir as regiões de saúde a partir de aglomerados de municípios limítrofes com características que importem à organização de rede de atenção a saúde, conforme determina a C.F.

No diagrama abaixo, está expresso para uma melhor visualização e/ou compreensão o fluxograma da linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências, nos três níveis de atenção à saúde:



Fonte: Internet, acessado em 01/04/2013.

PROTEÇÃO SOCIAL:

- **Serviço de Residência Terapêutica I (Lar Abrigado)**

Serviço destinado a clientes com autonomia, sem necessidades clínicas de internação, que não contam com o apoio da família. Os moradores terão como referência um serviço de saúde mental.

- **Serviço de Residência Terapêutica II (Pensão Protegida)**

Serviços destinados a clientes com a autonomia comprometida, sem necessidades clínicas de internação, que não contam com o apoio da família. Os moradores terão como referência um serviço de saúde mental.

- **Centro de Convivência**

Serviço destinado à convivência de pessoas, com variados graus de comprometimento, para recreação e convívio. Nestes centros poderão ser utilizadas técnicas de reabilitação, com profissionais de nível superior, à exceção de médicos.

Os centros de convivência estariam referenciados a um serviço de assistência de nível secundário.

Para assegurar o acesso a todas as alternativas para o tratamento das doenças mentais por meio dos serviços hoje disponibilizados pelo governo, de modo a garantir a qualidade de atendimento, parece ser imprescindível investir minimamente em treinamento dos profissionais ao modelo de atenção proposto. De fato, no ano de 1989 foi apresentado na Câmara Federal o Projeto de Lei nº. 3.657 de autoria do Deputado Paulo Delgado, propondo a extinção dos hospitais psiquiátricos e a subordinação dos atos médicos à equipe multiprofissional e à promotoria pública.

Nessa direção a literatura sobre o futuro da gestão hospitalar fala em redução da necessidade de leitos hospitalares, e coloca em foco a desospitalização. A desospitalização enquanto estratégia consiste na retirada dos clientes do hospital, passando a focar a realização dos cuidados sobre estes no espaço domiciliar, considerando que esses mesmos cuidados já não são de alta complexidade e sim de alta dependência (Neto e Malik, 2007 apud Gonçalves, F.A; 2010, P.3). “Dentre os princípios norteadores do SUS, o princípio da integralidade é o que mais implica a desospitalização” (Guedes, Mateus e Kalline et AL, 2008, P.74). No estudo de Guedes, entre outros autores realizados em 2008 fica exposto que o ponto chave

para a desospitalização é a organização de linhas de cuidado. Isso implica ações gerenciais resolutivas da equipe de saúde, centradas no acolher, informar, encaminhar por dentro de uma rede, na qual o usuário saiba sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial.

Neto e Malik (2007) falam de modelos de cuidados alternativos aqueles prestados em ambiente hospitalar e outros que complementam a assistência hospitalar, ajudando a dar à desejada integralidade a atenção. Optou-se por trabalhar duas modalidades “substitutivas”, baseadas ou não em hospitais: a assistência domiciliar e o hospital-dia. A primeira retira os clientes do ambiente hospitalar para prestar cuidados em sua residência ou opta por não interná-los. Em abril de 2002, foi sancionada, pelo Ministério da Saúde, a Lei nº. 10.024 que estabelece o atendimento e o Programa de Internação Domiciliar (PID).

O gerenciamento do cuidado hospitalar torna-se um importante objeto de pesquisa em serviços de saúde para (Gonçalves,2010), devido ao seu papel singular na assistência e do seu alto custo. Na assistência hospitalar atual do Brasil e do mundo não há como saber se os disponíveis são suficientes e de boa qualidade, apesar de serem excessivamente caros; estima-se que setenta por cento dos gastos dos SUS são destinados ao hospital (Neto e Malik, 2007). A baixa resolutividade dos problemas de saúde aumenta as readmissões e a permanência, os clientes se tornam onerosos para o hospital e para o sistema de saúde. Isso diminui a verba disponível, aumenta o racionamento dos gastos, diminui a qualidade da assistência e conseqüentemente torna-se menos resolutivo, recomeça o ciclo vicioso. Esse ciclo vicioso pode ser percebido ao analisar as reinternações, alta permanência e baixa rotatividade nos hospitais do Brasil e do mundo. (GONÇALVES, F.A ;2010, P.1)

Dados apontam que a cada cinco hospitalizações sofre-se um evento adverso após a alta hospitalar, levando os clientes a procurarem novamente atendimento em pronto-socorros, o que gera novas internações (JACK,CHETTY,ANTHONY,2009)

A intervenção do agente profissional é importante nessa interface, pois, sua atuação é capaz de interferir tanto nas reinternações, alta permanência, e na seguridade de saúde dos clientes. Através dele se planeja a alta hospitalar para que haja transferência de cuidados dos diversos níveis de serviços propostos na atualidade, conduzindo ao domicílio com segurança. Para isso é necessária uma orientação e troca de informações efetivas entre profissional, clientes e familiares. O

planejamento da alta é benéfico para os clientes e interfere significativamente nas porcentagens das reinternações (MAMON, STEINWACHS, FAHEY et al, 1991).

O enfermeiro é legalmente responsável pelo planejamento e gerenciamento da alta hospitalar, e pode ser responsabilizado civil e penalmente caso ocorra algum dano aos clientes. A LEI 7498, de 25 de junho de 1986 no artigo 11, parágrafo 3º, incumbe privativamente ao enfermeiro planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência à enfermagem os garantindo como parte integrante da equipe participação e operacionalização do sistema de referência e contrarreferência dos clientes nos diferentes níveis de atenção. No parágrafo 6º prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados a clientela. Sendo o enfermeiro então essencial no gerenciamento do plano de alta. “A gerência de serviços de saúde tem sido uma ação realizada por enfermeiros, os quais têm utilizado para isso a sua capacidade de organizar e sistematizar rotinas, já legitimadas”. (ELMEL e FRACOLLI, 2003).

A gestão do cuidado, envolvendo ensino, atenção, pesquisa, trabalho e gestão setorial, seguirá os princípios ordenadores da educação e do trabalho para o SUS? O SUS em seus princípios e diretrizes instituiu a mudança de um modelo tecnicista e centrado na doença para o modelo centrado nas pessoas e em suas experiências de adoecimento, tanto quanto nas necessidades sociais de saúde de pessoas e de coletividades. Nesse contexto, a metodologia do cuidado de enfermagem e a sistematização da assistência de enfermagem serão ou estão sendo repensados segundo os princípios e as diretrizes do SUS?

Segundo a Associação dos Psiquiatras Brasileiros (ABP) que congrega mais de 5.000 associados em 58 instituições federadas pelo Brasil, e que defende desde os anos 60 a reformulação do modelo da assistência em Saúde Mental no Brasil, após cinco anos da promulgação da Lei. 10.216, ainda não ocorreu a criação de um modelo assistencial que atenda às reais necessidades das pessoas que padecem de transtornos mentais. Logo, as expectativas para que houvesse um modelo de assistência integral de boa qualidade que acolhesse todos aqueles acometidos de transtorno mental em seus mais diversos graus de complexidade, efetivamente, não se concretizaram.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil ocorreu somente na década de 1980, com um significativo atraso histórico em relação a países da Europa e os Estados Unidos da América, fomentando, a partir desse momento, a reorganização do modelo de

atenção à saúde mental, doravante implementando novas propostas e possibilidades de assistência ao cliente com sofrimento psíquico, buscando assegurar o exercício de seu direito à cidadania, priorizando a sua reinserção social.

Nesse contexto, a práxis do enfermeiro dentro do cuidado à saúde mental possivelmente deva enfatizar e ampliar os conhecimentos sobre as políticas, bem como sobre as estratégias propostas pelo governo em substituição ao antigo modelo assistencial, imprescindíveis para a promoção, prevenção e proteção aos agravos à saúde, colaborando para a reinserção social dos sujeitos a que assiste. Considerando os estudos de Lobosque (2001) e evidenciando o que diz essa autora a partir da minha própria formação em enfermagem, rememorando a disciplina em saúde mental no ano de 2006, tempo que estagiei no Hospital Juliano Moreira, fica claro o que ela demonstra e chama a atenção em seu trabalho de pesquisa ao confrontar os serviços substitutivos e os hospitais psiquiátricos lançando sua afirmação de ser esse último o campo de estágio ainda a ser privilegiado para muitas instituições de ensino, e isso acaba por fortalecer paradoxalmente a cultura de ser esse um local ideal para o tratamento dos transtornos mentais.

Ao mencionar as diretrizes legais preconizadas no Brasil, corroborando para um modelo de assistência integral em saúde mental e contemplando sua reformulação, a Associação Brasileira de Psiquiatria, a Associação Médica Brasileira, o Conselho Federal de Medicina e a Federação Nacional dos Médicos elaboraram um manual em 2006, (Diretrizes Para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil) que aponta algumas das dificuldades enfrentadas nesse momento de transição para o alcance das pretensas melhorias. O manual afere que passados cinco anos da promulgação da Lei 10.216 ainda não ocorreu à criação de um modelo assistencial que atenda às reais necessidades das pessoas que padecem de transtornos mentais. “Esperávamos que, com a promulgação da referida lei, ocorresse um grande impulso em direção a um modelo assistencial integral, de boa qualidade e que acolhesse a todos aqueles acometidos por transtornos mentais em seus mais diversos graus de complexidade, o que efetivamente não ocorreu”. (P.6).

Estudos históricos demonstram que a transformação da assistencial psiquiátrica vem ocorrendo de forma lenta e gradual, mesmo quando implicações éticas e legais evidenciam a necessidade de aceleração desse processo. Uma pesquisa realizada no período de 1930 a 1964, envolvendo 22 conteúdos programáticos da disciplina de enfermagem psiquiátrica de escolas de enfermagem

das esferas federal, estadual e privada, permitiu constatar que o ensino era realizado enfatizando os aspectos clínicos da doença mental, encerrando no modelo biológico a explicação de causalidade da loucura, e, portanto, tendo no hospital o centro de suas ações.

Munary; Godoy e Esperidião (2006, P.232) afirmam nesse sentido que a situação atual de ensino e na área de saúde mental necessita de uma revisão, a fim de enfrentar a dicotomia entre o saber produzido nas escolas e o praticado na assistência ao portador de sofrimento mental, que acaba por resultar na formação de profissionais acríticos, pouco atuantes politicamente e desvinculados da proposta da Reforma Psiquiátrica.

Muitos tratavam da reorientação da saúde para as Américas, como a Terceira Reunião de Ministros da saúde, em Santiago no Chile em 1972, promovida pela Organização Pan-americana de Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Costa-Rosa (1987) destaca a apresentação do Ministro da Saúde, presente àquela Reunião, situando o teor das formulações pretendidas e suas metas no campo da saúde mental. Segundo ele:

O sistema nacional permanece profundamente alicerçado na assistência hospitalar, oferecendo poucos e minguados recursos extra-hospitalares [...] Há uma necessidade de reformulação de fundo e forma [...] A atuação preventiva com base em s, atividades e com a participação da comunidade é fundamental para que na década de 70/80 possamos suplantar as s asilares ou custodiais ainda presentes (Mario Machado apud Costa-Rosa, 1987, P.69).

Segundo o Ministério da Saúde (1992), para haver coerência nos modelos propostos, a capacitação de pessoal deve incluir o campo das políticas de saúde e saúde mental, apontando para uma organização diversificada e qualificada dos serviços, instrumentalizando a atenção individualizada, respeitando a singularidade das pessoas em sofrimento psíquico, desencadeando investigação, junto ao processo de avaliação.

A Organização Mundial da Saúde, neste mesmo ano de 1992, realizou a conferência de Caracas, da qual o Brasil foi signatário, reconhecendo que: a atenção psiquiátrica convencional não permite alcançar os objetivos compatíveis com uma atenção comunitária descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva. E ainda que a reestruturação da atenção psiquiátrica na América implique a revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços.

A Teoria das Relações Interpessoais emergiu nos Estados Unidos da América para a enfermagem na década de 50, visando superar o processo histórico de predominância e delineamento dados aos procedimentos técnicos de enfermagem que se alicerçavam fortemente na área biológica. Buscando sua cientificidade, experimentavam uma tentativa de aproximação com o saber da medicina, com sua autoridade e assim coincidindo saber - da enfermagem e o modelo da medicina alicerçado no processo de adoecimento sob a visão organicista.

Esses saberes cumpriam funções técnicas e ideológicas, convergindo para um trabalho em contradições entre o harmônico e o humanitário.

Um dos desafios proeminentes no campo psiquiátrico é a busca de novos parâmetros em que se possa (re) pensar os cuidados de enfermagem de uma forma ampliada, indo de encontro ao modelo biologicista /organicista, que se mostrou insuficiente para dar conta das questões complexas que envolvem este universo.

O estudo investigativo realizado por Freitas (1998) no centro Psiquiátrico Pedro II, intitulado “Subsídios para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica”, demonstra a dificuldade de superação dos modelos e s assistências ulteriores à reforma psiquiátrica. O modelo assistencial almejado na atualidade visa superar a reclusão da “loucura”.

A condição trágica do homem não pode aparecer na sociedade de vencedores e de indivíduos competitivos. A psiquiatria normativa se aplica em delinear uma nosologia exaustiva na busca de aprimorar o diagnóstico diferencial, que implica controlar os sintomas e aplicar a “melhor medicalização” para devolver a “normalidade” à funcionalidade, diga-se, a capacidade de produzir e não incomodar a rede produtiva.

O trabalho de investigação realizado por (Cardoso e Galera; 2010) sobre o cuidado em saúde mental na atualidade levanta questões que devem ser consideradas pelos profissionais de enfermagem envolvidos com o cuidado a ser prestado aos portadores de T.M, família e/ou cuidadores, bem como a comunidade na qual estão inseridos. Reconhece esse estudo; a complexidade e a multiplicidade de fatores presentes, por vezes paradoxais. Neste sentido, o alcance da adequação da assistência no cuidado em saúde mental suscita diversos questionamentos acerca da proposta de desinstitucionalização, uma vez que ela ainda caminha quanto possibilidade a se consolidar como modelo de atenção, gerando grande

demanda aos insuficientes serviços substitutivos atualmente disponíveis, ainda mais aqueles com características comunitárias.

O cuidado em saúde mental fomenta reconhecer ainda a intrínseca relação entre os serviços de saúde, seus profissionais, os clientes e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico.

As autoras anteriormente citadas expõem que a demanda de cuidado na área de saúde mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. O cuidado a ser sistematizado pelos enfermeiros nessa direção não poderá desconsiderar as questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Doravante, requer também por parte dos profissionais o reconhecimento do que seja esse cuidado cotidiano envolvendo uma demanda de atenção nem sempre em conformidade com o desejável para prestar uma assistência de qualidade, devido a inúmeras dificuldades vivenciadas pelos clientes e seus familiares e/ou rede de apoio, como também pelos profissionais e a sociedade de um modo geral, tais como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldades na oferta e/ou de acesso a programas profissionalizantes, etc. Por isso as (os) enfermeiras (os) precisam rever sua formação, apontando para novas posturas frente ao sujeito e seu sofrimento psíquico; ampliar conhecimentos para além dos adquiridos na graduação, compartilhando efetivamente s e saberes subjacente a essas s com outros campos disciplinares. A da enfermagem, nesse contexto, deve ser criativa, flexível, com finalidade de possibilitar aumento de habilidades, de autonomia do usuário do serviço de atenção à saúde mental, não mais exclusivamente a remissão de sintomas. (Barros, 1996) considera que o ensino retrata a visão de mundo dos docentes, visão esta que subjaz, tornam-se fundamental a consciência do caráter ideológico do saber, tanto por quem ensina como por quem assiste. Ou seja; o cuidado tem sido almejado, através da capacitação de todos os sujeitos envolvidos nesse processo (clientes, familiares, profissionais e sociedade), a melhor compreender a doença mental, bem como a fundamental importância dos cuidadores.

No Brasil, algumas das propostas da Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/02, centrada na qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar de serviço com assistência humanizada, como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e Unidade

Psiquiátrica em Hospitais Gerais (UPHG); inclusão das ações da saúde mental na atenção básica e a reinserção social de clientes longamente institucionalizados na família e na comunidade, além da reabilitação psicossocial. Assim emerge um novo paradigma- A Reforma Psiquiátrica- determinando serviços substitutivos ao modelo asilar, convocando o repensar a, e o saber que a embasa.

Os SRT's, de acordo com a Portaria nº 3090 de 23 de dezembro de 2011, constituem-se como ponto de atenção estratégico no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de pessoas longamente internadas em Hospitais Psiquiátricos e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP).

Para os profissionais de saúde mental este é o momento de rever o objeto de trabalho (constituir o sujeito enquanto cidadão), devendo para isso utilizar-se de novos instrumentos e podendo ampliar sua (possibilidades de intervenção) e maximizar a finalidade da assistência, para além da remissão dos sintomas manifestos (CAMPOS, 1998).

Para Queiroz, Salum (1996) a enfermagem, “ao compor parcela do trabalho coletivo de saúde e ser integrante da parcela do trabalhador coletivo de saúde, não tem um processo próprio de trabalho, tampouco um objeto que lhe é específico”. Como outras s sociais, ela tem responsabilidade de desenvolver sua especificidade nos processos de trabalho (assistência, gerenciamento, investigação e ensino) do processo de produção, processos de trabalho estes aos quais as demais s sociais se conectam com suas especificidades.

Para (Aranha e Silva AL, Fonseca RMG, 2005) o que guia o processo de trabalho em saúde é um conjunto de determinantes de ordem: a) estrutura – a lei orgânica da saúde, diretrizes e políticas para o setor; b) particular – a função do serviço na rede local de atenção, os dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde, e c) singular – a forma de organização do serviço, modelo de atenção operado institucionalmente e a capacidade de o serviço produzir saúde (nível de satisfação de clientela e trabalhador, resolutividade, previsibilidade de ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais).

O Movimento Antimanicomial luta para conferir ao transtornado direitos cidadãos. Até o ano de 2001, a estrutura da lei referente ao doente mental fazia parte do código civil brasileiro de 1919. “Alguns artigos da lei determinam para o

doente mental uma cidadania tutelada porque nega a competência e a autonomia dos doentes mentais na determinação das condições de suas próprias vidas. O “louco” é impedido de usufruir de prerrogativas da vida civil (liberdade individual, direito à palavra, direito de ir e vir, de assinar cheques, comprar, vender, casar-se, separar-se etc.), da vida política (votar e ser votado) e da vida social (sujeito à reclusão em instituições especiais)”. (MAIA & FERNANDES 2002)

Dallari (1987) apud Maia. & Fernandes ressalta duas questões particularmente problemáticas com relação à Lei 10.216 de 2001. A questão do próprio significado de louco é a primeira delas, uma vez que não haja consenso entre os médicos e há grandes controvérsias entre os especialistas para definição de doença mental e sob as formas de manifestações. A segunda questão refere-se ao atrelamento da loucura, implícito na lei, ao modo pelo qual uma pessoa gerencia seus recursos.

O Movimento Antimanicomial tem como objetivo a conquista de uma cidadania plena, emancipada. Trata-se de uma cidadania que se alcança com competência tanto para tematizar a impropriedade das formas de exclusão do louco quanto para decidir sobre questões que afetam a sua vida. A reivindicação de direitos tem como base a idéia de que todos os membros da sociedade devem ser moralmente responsáveis, a fim de que possam desenvolver uma relação de igualdade, assumindo direitos e deveres que a cidadania exige. Qualificar legalmente o doente mental entre os cidadãos significa uma apropriação crítica da tradição e um processo de argumentação pública, no decorrer dos quais, concepções concorrentes de identidade e legitimidade política são articuladas, contestadas e refinadas (MINOW, 1997; HABERMANS, 1974, P.102).

A sociedade passou a repensar o destino dado aos indivíduos ditos “loucos”. Diversos debates e propostas foram postos em consideração no sentido de articular a melhor forma de tratamento: internações e o uso de psicofarmácicos de um lado, ou a proposta de recuperação a partir da integração do portador na comunidade. A contra-reforma argumenta que a loucura é orgânica e deve ser tratada via medicação, eletrochoque, psicocirurgia, entre outros. Na concepção biologicista, se o cliente não responde bem a medicações, a tendência é aumentar sua dose, o que na maioria das vezes implica uma situação ainda pior, na qual o “louco” tem seu sofrimento agravado com as reações adversas das drogas. No dizer de Rotelli, passa-se da “instituição negada” a “instituição inventada” (ROTELLI, 1990:91). Na

“instituição inventada” o olhar deixa de ser exclusivamente racional, clínico técnico; em vez da patologia e sintomas, o olhar está direcionado à pessoa, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana, aspectos que constituem precisamente o campo de inerência de tais sintomas. Então, é o doente, é a pessoa, o objetivo do trabalho terapêutico, e não a doença. Dessa forma, não cabe pensar essa relação com a loucura em termos de “cura”; torna-se necessário renunciar a soluções ideais, reorientando as teorias e as que norteiam o trabalho terapêutico.

A psiquiatria traz ao longo da sua história alguns marcos que nortearam o atendimento ao “louco”, como a revolução de Pinel, a introdução dos psicofarmacos, o uso da psicoterapia, o desenvolvimento dos recursos terapêuticos e de diagnóstico, entre outros.

Novas idéias para o tratamento dos transtornos mentais, como aponta Maia e Fernandes (2002), a chamada antipsiquiatria, adquiria forças no país. Famosos representantes da corrente antimanicomial na Europa, como Michel Foucault e Robert Castel, participaram de congressos sobre novas terapêuticas, cujas idéias repercutem fortemente no Brasil da década de 1980. Uma base organizacional, em termos de associações profissionais, começou a se formar também nesse período. O sindicato dos psicólogos, o sindicato dos enfermeiros e o sindicato dos assistentes sociais criaram, em 1986, o movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, sendo as suas principais reivindicações a conquista por melhores condições de trabalho nos manicômios, a ampliação do quadro de funcionários e o aumento dos investimentos do setor público na área de saúde mental. No segundo encontro desse movimento, em 1987, organizou-se sua estrutura administrativa como fórum nacional e passou a englobar várias entidades como ONGs e Conselhos de familiares de doentes mentais.

Uma análise a partir dos textos publicados nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEEn) que convergem sobre pesquisas cujos descritores sejam saúde mental – enfermagem – desospitalização/desinstitucionalização – serviços substitutivos, revela abordagens direcionadas pelo ideário que rege os fundamentos básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) atreladas às políticas públicas que permeiam o atual plano assistencial para a saúde mental, ensejando contribuir para a reflexão do planejamento assistencial que possa ser pensado pelos profissionais de saúde, sobretudo para os enfermeiros, na intenção de trazer reflexões que corroborem para

se pensar se houve superação e/ou ruptura dos problemas apontados no passado, avançando para a qualidade da atenção proporcionada à saúde mental na atualidade.

Identificar concomitantemente as repercussões trazidas para os profissionais de enfermagem, os familiares, sobretudo, para os indivíduos portadores de T.M neste momento de transição tornam-se importante para promoção e prevenção de agravos a saúde, uma vez que almeja-se um salto na qualidade da assistência a ser prestada através dos programas e serviços públicos hoje implantados. Nesse sentido, ampliar as informações que essas diretrizes trouxeram sobre o contexto familiar e os profissionais que trabalham diretamente com os clientes com T.M, avaliando os impactos e as reais transformações que projetem favoravelmente a cidadania, a autonomia e a qualidade de vida dos entes envolvidos, torna-se deveras significativo. A preconização da desospitalização psiquiátrica suscitou novas formas e condições para tratamento, impondo em vários aspectos a ampliação da convivência dos doentes no meio social, tanto nos espaços intra quanto extradomiciliares.

É preciso ressaltar que não se trata de apenas devolver o sujeito com transtorno mental às famílias, como assegura Gonçalves e Sena:

“Se não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os loucos, também não se pode reduzir a reforma psiquiátrica à devolução destes às famílias, como se estas fossem indistintamente capazes de resolver à problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental. Isso implica progressiva mudança de mentalidade e comportamento da sociedade para com o doente mental. Existem revisões das s de saúde mental em todos os níveis e posturas muito críticas dos órgãos formadores de profissionais, principalmente os da saúde e da educação” (GONÇALVES e SENA, 2001. p).

Neste sentido, Silva, K. et al (2010) mencionam que a doença mental não pode ser explicada só pela causas biológicas, mas também pelas psicológicas e sociais, cabendo assim desenvolver s de enfermagem influenciada pelas relações humanas, levando em consideração o contexto das relações interpessoais em que o profissional é um instrumento de cuidado e intermediando e enfrentando na sua atividade o paradigma de transpor uma cultura de exclusão e repulsa com relação a indivíduos portadores de sofrimento mental.

A “desinstitucionalização psiquiátrica” impõe também uma transformação no conhecimento profissional nos campos da educação e das s das atuais instituições de saúde mental nesse momento de ruptura. Os mesmos autores afirmam, através

da análise de dados na área de enfermagem, que o sucesso da reforma psiquiátrica depende de novas formas de atendimento e tratamento sendo prestado por parte dos profissionais, e para isso, a de enfermagem deve ser humanística, de perspectiva criativa, reflexiva e imaginativa, considerando o cuidado como um processo dinâmico e mutável. Nessa perspectiva, Beteghelli et al (2005) coloca que o bem estar do doente mental deve ser alvo do enfermeiro, sendo necessário modificar efetivamente as respostas psicoemocionais inadequadas em todos os âmbitos da assistência de enfermagem, enfatizando a promoção de um efetivo relacionamento enfermeiros-clientes, de estratégias cognitivas, de expressões de sentimentos, de modificações comportamentais, de habilidades sociais e da educação em saúde mental.

O rompimento com o saber/fazer tradicional da psiquiatria e a construção de um novo saber/fazer baseado nos princípios éticos políticos do doente mental como cidadão são metas da reforma psiquiátrica (Gonçalves e Sena, 2001). A esse respeito, os autores afirmam concomitantemente que:

“A ocorrência de uma contradição importante entre as propostas da reforma psiquiátrica e a devolução ou manutenção do doente mental na família pode ser confirmada. O doente mental está sendo entregue à família sem o devido conhecimento das reais necessidades e condições da família, especialmente das cuidadoras em termos materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida, aspectos estes profundamente interligados” (GONÇALVES E SENA, 2001, P.54).

Segundo Cardoso e Galera (2010), a demanda de cuidado em saúde mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. O cuidado a ser prestado na atualidade engloba questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Tal cuidado se dá na vida cotidiana, demandando e envolvendo uma atenção nem sempre prontamente assistidas, devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos clientes quanto por seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral, tais como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldades de acesso a programas profissionalizantes, etc.

O cotidiano das relações entre os profissionais do tratamento, os clientes e seus familiares é com frequência frustrante, tão minimamente colaborativo a ponto de ser a coerção o que coordena as interações. (Freitas, 1998).

“Na convivência com a instituição psiquiátrica, clientes e famílias se encontram à espera que a sua doença desapareça, ou que seja curada segundo termos médicos. Todos querem continuar a levar a vida satisfatoriamente. E se suas vidas não melhoram. Volta-se contra os profissionais de saúde mental, porque o que esperam não ocorre, porque a cura está sempre sendo postergada. Por sua vez os profissionais se sentem igualmente frustrados: a cura não ocorre, a doença desafia a sua formação profissional, o irrecuperável é a negação da sua competência profissional” (FREITAS, 1998, P.96).

Na medida em que a assistência de enfermagem é deslocada dos hospitais psiquiátricos para a rede de serviços comunitários destinados a trabalhar com as capacidades interativas da clientela, indicadores de natureza da reabilitação psicossocial são exigidos. Entretanto, no que se referem ao ensino da enfermagem psiquiátrica, vários estudos realizados com enfermeiros fazem referência à dicotomia existente entre o discurso teórico e a prática profissional, tais como: FERRAZ (1986); AMARAL (1990); PEDRÃO (1990); FRAGA (1993); MIRANDA (1996), entre outros.

Em seu estudo sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica no Brasil, Fernandes (1982) citada por Rocha (1994), descreve as alterações dos programas de ensino da disciplina, que acompanharam diferentes momentos da psiquiatria, influenciado pelos movimentos de transformação, como o da Psiquiatria Social, Comunidade Terapêutica, Psiquiatria Comunitária e Preventiva. Contudo, ao analisar os programas, constatou que a mudança não foi consistente, mantendo a maior parte da carga horária voltada para a psicopatologia e sua assistência. Quanto aos estágios, verificou que continuaram em hospitais e, mesmo em raras ocasiões, quando em ambulatórios, não se desvinculavam das atividades tradicionais. De acordo com o trabalho de Colvero (1994), o enfermeiro nos serviços ambulatoriais tem sido visto como limitado e restrito às características e exigências da instituição. A autora mostra a contradição no ensino de enfermagem, que vem preparando o aluno para atuar basicamente em unidades hospitalares, alterando apenas o discurso sem, contudo, repensar a proposta.

Hoje não existe uma política do Ministério da Saúde para combater o estigma ao doente psiquiátrico que esteja comprometida com sua reabilitação e reinserção social. As limitações ou perdas de capacidades operativas para o desempenho social e laboral decorrentes do adoecer mental devem ser objeto de estratégias de reabilitação dirigidas aos recursos dos clientes, aos talentos existentes e às

possibilidades para lidar com a doença que minimizem a incapacidade. Reabilitação psiquiátrica, nesse sentido, se torna um conjunto de ações dirigidas a pessoas com doenças mentais, transtornos comportamentais e déficits funcionais graves.

2.1 Panorama atual da Reforma Psiquiátrica: perspectivas para a atenção à Saúde Mental.

A reforma surgiu no sentido de questionar a instituição asilar, a médica, e humanizar a assistência. Trouxe consigo, a princípio, concepção de Comunidade Terapêutica, que introduziu no Hospital Psiquiátrico medidas administrativas democráticas e coletivas, para dinamizar a instituição asilar, fazendo com que haja ênfase na reabilitação ativa, em detrimento da custódia e da segregação.

A psiquiatria de setor, para Macedo, B.M.A & Jorge ,B.S.M (2000) atua no sentido de restringir a integração a uma etapa, destinando a priorização da assistência dentro da comunidade, o que gera ênfase na ressocialização do indivíduo.

Com o processo de reforma associando-se à modernização da assistência, surge a proposta da equipe multiprofissional, tendo como tese o saber e o poder diluídos, isto é, mais bem distribuídos pelos agentes albergados nos novos modelos institucionais. À idéia da equipe multiprofissional, articula-se também a noção de multiplicidade de problemas, dificuldades e tarefas que a loucura suscita o que demonstra ser necessário trabalhar para a reabilitação social, desenvolver diferentes formas de terapia e desenvolver trabalhos de apoio e orientação à família.

Nesse diapasão, Szasz (1980) aponta que é preciso mudar o modelo baseado na hegemonia do Hospital Psiquiátrico e transferir recursos do modelo hospitalocêntrico para o modelo descentralizado, em que a saúde seja respaldada na ação primária, isto é, apreenda o homem na sua totalidade, e não na visão de especialidade que promove a segregação articulando vários campos do saber.

A base teórica para sustentar a ação de enfermagem, construída sob a influência da enfermagem norte-americana e transmitida hegemonicamente pelas

escolas, faculdades e cursos de nível médio, privilegiava o papel terapêutico e de agente de mudança da (o) profissional, a atitude terapêutica, técnicas de comunicação terapêutica e relacionamento terapêutico interpessoal, apoiadas na teoria da crise, noção de psicopatologia de recorte fenomenológico e influência humanista do cuidado ao ser humano. O paradoxo entre o *ensino* e a *ação* evidenciava-se quando a ação de enfermagem não alvejava o paciente ou sua família, mas a manutenção do "ambiente terapêutico" pode ser um verdadeiro palco de intervenções médico-centradas.

Isso se traduzia outrora na promoção do silenciamento dos sintomas exuberantes (delírio, hipomania, inquietação psicomotora, agitação psicomotora, crise de auto ou heteroagressividade, tentativa de suicídio ou de fuga, tentativa de comunicação com o mundo exterior), ou dos sintomas silenciosos (depressivo grave, idoso senil errante pela enfermaria, anoréxico ou bulímico, obsessivo e compulsivo renitente) e a ação de enfermagem, sempre sob o controle da conduta médica, incluía solicitar a avaliação médica, administrar a medicação prescrita, conter mecanicamente, se necessário, manter o paciente sob vigilância e suspender direitos, como ir ao pátio, sair aos finais de semana, dar alta médica. (ARANHA e SILVA, 1987).

A ação de enfermagem psiquiátrica (e das demais práticas sociais em saúde), em que pesasse a disponibilidade pessoal ou o agenciamento afetivo intra-equipe (relação de amizade, respeito pessoal ou profissional), estava institucionalmente submetida ao saber e ao poder médico. Assim, a realização de atividade grupal, atendimento individual, atividade externa, acompanhamento familiar, toda e qualquer intervenção profissional não médica era regulada e regulamentada pelo corpo clínico médico. Dessa forma, a habilidade e o conhecimento teórico e prático do manejo da doença e sua sintomatologia ensinados à enfermeira (o), durante a formação acadêmica (transmitido ao profissional de nível médio e mantido sob severa supervisão), eram dispensáveis.

Essa dinâmica alimentava o exercício de um poder perverso da enfermagem, obtido por meio de mecanismos de prevalectamento ou coação dos pacientes, sempre sob o controle de quem *tinha a chave*, o jargão utilizado para discriminar quem podia sair e quem estava preso na instituição. Por outro lado, a chave e o acúmulo de ação não específica provocavam, no agente de nível superior e de nível médio de enfermagem, também, a ilusão e o desejo da autonomia administrativa, da

manutenção da ordem institucional necessária para o exercício de um outro poder, um poder dissociado do saber e do fazer específico de enfermagem psiquiátrica: um poder gerencial, administrativo, normativo e disciplinar, submetido ao poder da instituição médica e das idiosincrasias próprias das instituições totais.

Atualmente, existem mecanismos de controle social (ação cidadã que avalia e interfere na oferta dos produtos de saúde mental) das instituições asilares remanescentes, como a Portaria nº. 251 e os Conselhos de Saúde. Entretanto, com relação aos serviços substitutivos, regulamentados pela Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os trabalhos escritos por gestores de serviços indicam que, na rede pública de assistência à saúde mental, duas condições não mudam: a) na dimensão singular encontram-se o trabalhador e o gestor de serviço buscando alternativa para as ações de saúde, a interlocução mais arejada, arriscando um projeto assistencial que possa fazer mais sentido para sua vida e a do usuário e b) condição de trabalho precária, morosidade no financiamento das ações substitutivas em saúde mental, salário aviltante e o imenso esforço de convencimento para a concretização de um projeto de saúde mental cidadão.

Paralelamente a esse estado de coisas, os especialistas constataam insuficientes investimentos do SUS nos serviços substitutivos, aditado a isso o aumento da demanda em saúde mental. Alguns dados fornecidos pelo Ministério da Saúde sobre a situação da Saúde Mental publicados em março de 2012 demonstram os insuficientes investimentos do SUS nos serviços substitutivos e o aumento da demanda em saúde mental. A evolução do investimento nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS (Brasil, 2002-2011) torna nítidos os congelamentos do financiamento ofertado pelo M.S. a partir dos anos de 2007 e 2008, coincidindo tanto com a alteração dos códigos de procedimento dentro dos CAPS sobre a nova tabela unificada de procedimentos do SUS, quanto ao novo modelo de financiamento proposto pela portaria GM nº. 2.967, de 27 de novembro de 2008, que fixou o custeio dos CAPS com base na serie histórica de procedimentos.

Com o intuito de minimizar a distância entre o aumento de demanda pelos serviços e os recursos a eles destinados, compatibilizando o financiamento mais sincrônico e mais compatível à expansão da rede CAPS, foram publicadas as portarias GM nº 3089 de dezembro de 2011, que estabelece novos valores de financiamento para o CAPS- e nº 3.099, de dezembro de 2011- que repassa novos recursos da portaria nº3089- com previsão de impacto para o ano de 2012.

(Brasil/Ministério da Saúde. 2012). Ainda assim, os dados abaixo mostram o tamanho do desafio a ser superado neste quesito:

- dos estados brasileiros, somente seis têm cobertura da rede CAPS muito boa, considerando-se o índice CAPS/100.000 habitantes (índice acima de 0,7) e 11 apenas boa (índice entre 0,5 e 0,69), no que se inclui a Bahia.
- embora o crescimento histórico de 148 em 1998 para 1742 CAPS instalados em 2011, apenas 57% da população que demanda os serviços é atendida.
- os serviços residenciais terapêuticos (SRT's) estão difundidos na região sul e, apesar do número absoluto de SRT's em funcionamento ter um total de 625 módulos, o total de moradores é de 3470. Além disso, no final do ano de 2011 havia 154 SRT's em fase de implantação. O processo de implantação dos serviços segue o ritmo de fechamento dos leitos. Contudo, a expansão do número de moradias é um grande desafio.
- A diminuição da oferta de leitos psiquiátricos pelo SUS foi reduzida de 51.393 em 2002 para 35.426 em 2009. Isso significa que em torno de 16.000 usuários, presumivelmente, deixaram a internação para o atendimento na rede CAPS. Ora, esse é um passivo que fica na rede de saúde mental com desativação dos leitos existentes, sendo acrescido por novas incidências da doença mental, o que incrementa o número de demandas do serviço de saúde mental. O contingente populacional de usuários está sendo atendido pela rede disponível? Sendo usuários de leitos, houve acessibilidade ao que o Ministério da Saúde coloca como sendo "leitos de alta qualidade na rede aberta de serviços"?

Um terceiro aspecto é o que se refere ao desejo de alguns pacientes em permanecer na internação (Machado, Manso & Santos, 2005). A permanência desejada de alguns pacientes e sua correlata dificuldade na reinserção social, endereça a uma série de questões: estas abarcam desde necessidades vitais de sobrevivência (alimentação, serviços médicos, enfrentamento da violência urbana)

até aquelas de natureza psicossocial (adaptação social, trabalho assistido, reintegração na família, ocupação de territórios extra-asilares).

No entanto, além de levarmos em conta os aspectos citados, devemos considerar como nos aponta Pitta (1993, P. 128), que existem infinitas dimensões de qualidade de serviços encontradas numa tipologia de qualidade que podem ser úteis na implantação de leitos psiquiátricos em um hospital geral:

- 1º: sobre a “qualidade social”, que se mede em função da acessibilidade à prestação, ou seja, ao efetivo tratamento com as suas características de escuta, acolhida, negociação terapêutica. Entretanto, deve-se considerar não só de um ponto de vista da organização dos serviços, mas também considerar a dimensão do custo para o usuário (econômico, afetivo e cultural). De outro modo, um serviço pode ser definido com base na sua qualidade social não somente avaliando-se o grau de coerência entre o que o serviço oferece e o que o usuário demanda; a qualidade social se pode medir também em termos da aceitação do que se oferta nos caminhos da “satisfação” do usuário.
- 2º: a qualidade econômica, definível em termos de eficiência, mensurável na relação entre custo e serviço ofertado.
- 3º: a qualidade técnica, mensurável em termos da correta aplicação do conhecimento e recurso humano e material disponível.

Monteiro (2006) defende a idéia de que o enfermeiro foi direcionado para desenvolver ações técnicas claras, previsíveis e definidas, e que o cuidado ao doente mental não se baseia em intervenções objetivas tão previsíveis, exigindo do profissional uma formação dinâmica e contínua, pois em saúde mental, exige-se do enfermeiro uma postura de iniciativa e criatividade, cujas oportunidades nem sempre lhes são oferecidas na graduação e na instituição, sendo necessárias constantes capacitações. Conejo e Colvero (2005) também afirmaram que o cuidado envolve uma ação interativa, essa ação está calcada em valores e no conhecimento do ser que cuida para com o ser que é cuidado, destacando assim o aspecto relacional como componente fundamental da assistência aos indivíduos no campo da saúde mental.

A ajuda às pessoas com incapacidades decorrentes de um transtorno psiquiátrico para aumentar o nível de seu desempenho, de tal forma que possam

sentir-se bem sucedidas e satisfeitas, deve ser feita através de: alternativas residenciais, facilitação do transporte, programas de suporte comunitário (centros de convivência), oficinas de trabalho protegidas, suporte à atividade escolar, grupos de autoajuda e defesa de direitos.

Rocha (1994) demonstra que, para o enfermeiro atuar em saúde mental, deve ter preparo suficiente, com uma questão que não se restrinja ao hospital psiquiátrico, que o curso deve oferecer unidade de pensamento teórico, permitindo a formação de enfermeiros que apresentem uma verdadeira identidade profissional.

A reforma psiquiátrica, ora em andamento, engloba princípios como a democratização dos serviços, universalização e equidade, tal como a reforma sanitária em geral, mas necessariamente deve incluir o esboço de um novo modelo de serviços, que tenha a cidadania do usuário do serviço de saúde como premissa fundamental. Isto implica, necessariamente, ruptura com o paradigma manicomial. Vale à pena lembrar que os indivíduos com sofrimentos mentais sempre estiveram presentes na comunidade. A história da enfermagem vem sendo traçada desde que o homem apresentou ou pensou a doença mental, e atualmente atinge 25% da população em dada fase de sua vida. São também universais, afetando pessoas de todos os países e sociedades, indivíduos de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, pessoas de áreas urbanas e rurais, exercem um impacto sobre os indivíduos, as famílias e a comunidade mediante a magnitude do ônus econômico, do sofrimento do doente, e gasto adicional, não só para sua família como também para o poder público (CANEJO; COLVERO, 2005; PESSOA, 2006; OMS, 2001).

Nesta concepção Campos, C. M. S (1998) o tratamento tem a finalidade de restaurar o indivíduo acometido a um padrão de normalidade previamente determinado, geralmente associado à redução de sintomas que elevaram a internação, utilizando para isso o diagnóstico e a terapêutica, ações geralmente executadas a partir de prescrições médicas e executadas por outros profissionais da equipe, os quais são coadjuvantes e ficam impossibilitados de apropriarem-se da unidade de concepção/execução do tratamento, que fica em poder do profissional médico. Esse foi o modelo hegemônico nas assistências psiquiátricas percebido no Brasil pelo autor.

A maior parte dos profissionais, na atualidade, reconhece ainda como ações de saúde mental apenas a administração de medicamentos psiquiátricos e o

encaminhamento do paciente para serviços especializados. Mas, na realidade, o atendimento da enfermagem para esses casos deve ir muito além, começando por acolher e escutar o cliente. (CAIXETA, MORENO, 2008; GONÇALVES, 2009).

Segundo dados do Ministério da Saúde de 2004, existem mais de 57 mil leitos psiquiátricos no Brasil. Essa situação indica que agentes de enfermagem (e demais campos de saber) podem estar submetidos à organização do trabalho asilar. A reorientação do modelo assistencial no campo psiquiátrico indicado no Relatório final da 3ª conferência de - Saúde Mental- encontra dificuldades de operacionalização nas três dimensões da realidade objetiva, em função da magnitude do problema.

O que guiaria, por conseguinte, o processo de trabalho em saúde nessas três dimensões para Egry EY. (1996) torna-se um conjunto de determinantes de ordem:

- a) *estrutural* - a lei orgânica da saúde, os princípios do SUS, regulamentações, diretrizes e políticas públicas para o setor;
- b) *particular* - a função do serviço na rede local de atenção, os dispositivos de interdependência ou colaboração das ações no sistema de saúde, e
- c) *singular* - a forma de organização do serviço, modelo de atenção operado institucionalmente e a capacidade do serviço produzir saúde (nível de satisfação de clientela e trabalhador, resolutividade, previsibilidade de ações, disponibilidade e capacidade de absorção de demanda espontânea ou produzida nas ações interinstitucionais).

No campo da saúde mental, a dimensão *singular* - compreendida como coletivo institucional como coloca Goldberg JI. (1998) que: "permanece e se enraíza nos indivíduos envolvidos por uma dinâmica institucional [...] algo deste imperativo coletivo [que também] poderia exercer-se de modo a solapar, a obliterar ou simplesmente dilapidar as vontades em jogo num espaço institucional". A dimensão singular, o coletivo institucional é, portanto, a essência do projeto terapêutico, é o lócus onde se inscreve a concepção de ser humano que determina a ação de saúde oferecida para alcançar o objetivo de produzir produtos de saúde: cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, melhoria da qualidade de vida dos usuários, entre outros.

Dessa forma, no campo psicossocial, que pressupõe ação integrada da equipe, o agente de saúde mental de formação superior ou médio não compete, compõe; não rivaliza, solidariza; não controla, acolhe; não promove submissão, mas a cooperação; não se submete ou estabelece hierarquia, mas reflexão e colaboração na geração de produto de saúde, porque crê que o usuário de serviço de saúde mental, tal qual a população em geral, tem necessidade produzida e imposta pelo próprio desenvolvimento das forças produtivas como: necessidade de ganhar dinheiro, viver dignamente, ter acesso a bens de consumo, ter uma vida afetiva e amorosa estável e tratamento no seu sentido mais estrito, clínico. (ARANHA e SILVA 2003).

O campo psicossocial, para Fonseca (2000), para ser produtor de ação de saúde, tem como pressuposto: o planejamento do modelo assistencial coletivizado, produzido no espaço multiprofissional com qualidade interdisciplinar, a superação da rigidez da especificidade profissional e flexibilidade para gerar o produto de saúde mental compatível com a necessidade do consumidor de produto de saúde mental. Essa posição é coerente com a base teórica para a reorientação do modelo de atenção que afirma a concepção de saúde como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção de saúde. No campo do ensino e da pesquisa, trata-se de consolidar a aquisição teórica já acumulada, fundamentada na perspectiva crítica da ciência, com a contribuição dos conceitos da saúde coletiva.

Sob essa visão de mundo, a realidade objetiva não é linear, não resolve um processo histórico primeiro para depois iniciar outro. Diferentes momentos históricos apresentam-se assim sob o mesmo recorte temporal, o que explica os diversos níveis de transformação num único recorte da realidade objetiva, como é o momento histórico da saúde mental no Brasil: convive-se com níveis distintos de transformação institucional e conceitual, sob a regência das três dimensões da realidade objetiva.

Assim, é possível depreender ao menos três grandes contradições a serem enfrentadas pela Reforma Psiquiátrica que são colocadas por Peduzzi (1998) como sendo: a) a *ação de saúde* produzida nas instituições asilares remanescentes; b) a *ação de saúde* produzida no processo de desospitalização que pode estar encampando uma iniciativa higiênica e c) à *ação de saúde* produzida nos serviços

substitutivos que podem estar reproduzindo a lógica de dominação, sob a forma de relações mais democráticas sob o mesmo princípio das relações de dependência.

A Reforma Psiquiátrica também se configura não apenas como mudança de subsetor. Ela nasce a partir da mobilização de trabalhadores de saúde, no cotidiano de práticas institucionais e nas universidades. A Reforma buscou politizar as questões específicas de saúde mental, especialmente na luta contra instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocam uma ruptura epistemológica; criou estratégias de cuidado contra-hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais, e busca produzir efeitos no campo sociocultural.

O campo de saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É lugar também de confronto: das idéias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania ou da sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismo, pactuação, negociações, articulações. Assim, a Reforma Psiquiátrica pode ser compreendida pelos profissionais que atuam junto aos usuários como um movimento político, impregnado ética e ideologicamente, porém um processo ainda em construção, mas que não pode ser desvinculado da compreensão de ser uma luta pela transformação da sociedade.

Para não concluir.

Que caminhos devem e/ou podem ser trilhados por todos os envolvidos nessa ampla convivência com o sofrimento mental? Afinal, do que ou de quem devemos cuidar?

3. A ENFERMAGEM E A FAMÍLIA NO CUIDADO DOS CLIENTES PSQUIÁTRICOS: RECURSOS

Levando em consideração que a Reforma Psiquiátrica no Brasil preconiza a reintegração e/ou a reabilitação social dos portadores de T.M, entre outros pretensos benefícios que visam romper com o estigma em torno da “doença”, buscando vencer um processo histórico de exclusão da “loucura” e do “louco” relativamente ao meio social, pode-se sustentar que se consolidaram programas voltados para a área da saúde mental nesses mais de 20 anos no Brasil. Esses programas buscam garantir o pleno exercício dos direitos atrelados ao resgate da autonomia por parte dos sujeitos portadores de T.M, bem como a afirmação plena da sua cidadania.

Desde que, conforme Foucault (2007), a cidadania corresponde à possibilidade de produzir bens para a sociedade, os que se marginalizam no processo tendem a ficar alienados não ao capital, mas à retórica da “oportunidade igual para todos”. Trata-se, obviamente, de uma retórica excludente, já que propõe uma sociedade pautada pela competência e livre iniciativa, habilidades pouco plausíveis ao portador de transtorno mental.

Na história da enfermagem brasileira, a legislação que norteia o exercício profissional muitas vezes veio regulamentar uma situação já consolidada na realidade da saúde do país, buscando estabelecer uma situação mais favorável à profissional (DANTAS; AGUILLAR, 1999). No entanto, sabe-se que essa história sofreu e sofre influência de fatores sociais, políticos e econômicos que buscam atender às necessidades ditadas pelo capitalismo, cujo modelo assistencial hegemônico predominou e privilegiou o sistema e os serviços hospitalocêntricos.

Dessa forma, não é possível implantar uma forma de serviço e atuação “novos” que vá contra o modelo hospitalocêntrico e biomédico de assistência se não ocorrer o enraizamento dentro das próprias equipes de saúde (enfermeiros), o engajamento nesse sistema. Faz-se importante que os profissionais de saúde mental se vejam como sujeitos ativos no serviço, e que sua conduta proporcione aos clientes autonomia e confiança frente ao plano terapêutico. Por meio da construção de uma rede de possibilidades que explore essa mesma autonomia dos que estão em tratamento e ainda promovam trabalhos de desconstrução dos rótulos atribuídos

à doença mental, se possível promover a aceitação social dos portadores de transtorno psíquico (JORGE e BEZERRA; 2004).

Nas sociedades pré-capitalistas, o cuidado com o “louco” era remetido à família; na sua inexistência, o “louco” tornava-se uma questão pública, de justiça ou de deliberação do rei (CASTEL, 1978 apud ROSA, 2003). Já no século XX, com as transformações e os avanços de saberes como a psicanálise e o movimento de higiene mental, a família é vista de modo negativo, sendo culpabilizada pelo surgimento de transtorno mental (ROSA, 2003).

Waldow (2001) sustém que nas últimas décadas a enfermagem vem buscando delinear seu corpo teórico, bem como tem buscado definir epistemologicamente seu objeto. Ao longo dessa elaboração, o “cuidado” vem sendo delimitado como a essência da profissão. O cuidado é posto como atividade existente desde que há vida humana e, como atos de intervenção do outro, é por meio dele que a vida se mantém. Durante milhares de anos, não esteve associado a nenhum ofício ou profissão, e sua história se constrói sob duas orientações que coexistem, complementam-se e se geram mutuamente: cuidar para garantir a vida e cuidar para distanciar a morte (COELHO e FONSECA, 2005).

Ao se tornar foco das ações de enfermagem, o cuidado passa a ser conceitualizado aqui a partir de referenciais humanísticos como o ato de envidar esforços no sentido de proteger, promover e preservar a vida. Seu desenvolvimento se dá no processo de interação terapêutica, e é fundamentado no conhecimento empírico, pessoal, ético e político. Podemos, assim, delimitar duas esferas distintas que compõe o cuidado de enfermagem: “uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar do outro ser” (SOUSA et al., 2005, P.269).

Dessa forma, o processo de trabalho de enfermagem em saúde mental vem sendo caracterizado pela transição entre uma atividade de cuidado hospitalar que visava à contenção do comportamento dos “doentes mentais” para a incorporação de novos princípios, na busca pela interdisciplinaridade, aberta às contingências dos novos sujeitos envolvidos, superando a perspectiva disciplinar para suas ações (OLIVEIRA ; ALESSI, 2003).

Assim, ao pensarmos as relações entre ação de cuidado e o processo de trabalho no campo da saúde mental, podemos sugerir que se trata de um espaço no

qual clínica e política precisam estar articuladas. Isso ocorre exatamente porque a despotencialização política (tanto do trabalhador como do usuário), a ênfase no saber do especialista, em detrimento da vivência subjetiva dos envolvidos e naturalização/biologização do sofrimento humano repercutem diretamente nas (im) possibilidades de novos territórios subjetivos.

Sendo assim, um dos aspectos que se pode destacar como um desafio para os profissionais de enfermagem no empreendimento do cuidado clínico em saúde mental é o mapeamento/reconhecimento das forças de saberes e poderes que perpassam a organização dos processos de trabalho e de cuidar nos serviços. Não sendo mais de cura que se trata, qual deve ser a ênfase dos novos serviços? Os enfermeiros estão atendendo positivamente à demanda nesse sentido? Ou estratégias de limpeza urbana cobradas pela sociedade no passado estão no momento contemporâneo mais uma vez sendo silenciosamente repetidas por não suportar seu Outro radical? Reinventarmos nossa forma de atuação a começar pelas possíveis respostas a esses questionamentos seria um passo para nos apropriarmos desses desafios.

Os caminhos para incorporar tal reestruturação poderão encontrar sustentação em territórios que se expressam nos processos relacionais dos atos vivos de saúde e nas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho (MERHY, 2002). O processo de trabalho vai envolver também mecanismos de relacionamentos interpessoais (profissional e clientes), no qual, necessariamente, esses momentos vão ser perpassados por ferramentas da escuta.

A escuta passa a ser então uma estratégia para o desenvolvimento do cuidado clínico em enfermagem, enfocando nesse processo a responsabilização do sujeito à medida que esclarece que cada um possui em si mesmo as respostas de seus problemas. O enfermeiro deve se deslocar da posição do profissional que já tem a resposta pronta para os problemas do cliente, renunciando em alguns momentos à fala, à justificativa, ao desejo de explicar, de convencer, de responder o sofrimento do outro.

Trata-se de desenvolver um campo que rompa com a assistência psiquiátrica tradicional (voltada para a doença), e que desenvolva um ambiente de trabalho mais voltado para as especificidades de cada paciente, desmistificando-o como um ser passivo, que deve ser conduzido segundo o pensamento racional. Em vez disso, uma postura nova o encara como um sujeito ativo de sua vida, cujos pensamentos,

embora diferentes daqueles considerados “normais” pela maioria da população, devam ser respeitados e inseridos ao seu plano terapêutico, ali adquirindo legitimidade expressiva, lugar que afirma e incentiva à replicação em conquistas em outras áreas.

Dessa forma, faz-se necessário definir um plano terapêutico, de forma que aja não como instrumento de controle, mas como um dispositivo de potencialização do sujeito. Nessa perspectiva, o cuidado clínico à pessoa com T.M deve ser contemplado em seus aspectos éticos, que englobam a atenção integral, a indissociabilidade do biopsicossocial, a solidariedade, o respeito aos costumes, à cultura e à diferença dessa pessoa. Assisti-lo, por conseguinte, requer conhecimento criativo reflexivo para que os profissionais possam intervir de forma competente, utilizando, para isso, o relacionamento interpessoal e a comunicação terapêutica (MARZANO; SOUZA; 2003).

Para Kantorski et al (2005), o relacionamento terapêutico é um instrumento necessário ao cuidado clínico de um cliente em sofrimento psíquico. Esse método, segundo ele, permite que o sujeito reflita sobre habilidades para o enfrentamento do sofrimento e da reintegração social. Além do crescimento pessoal e reconhecimento do ser humano como importante promotor do cuidado de si.

Para acompanhar um sujeito em sofrimento psíquico em serviços abertos, dependemos da construção de novos dispositivos terapêuticos, além da medicação e da escuta, tais como visitas domiciliares, reuniões com a família, agenciamento da escola, trabalho e atividades de lazer (MOURA; 2003).

Como instrumento de aproximação entre os profissionais e a pessoa em sofrimento psíquico, pode-se englobar estrategicamente o acolhimento, que não se limita apenas à recepção do cliente e familiares/acompanhantes, nem mesmo a uma equipe de referência ou tratamento terapêutico especializado que, eventualmente, ele venha a receber. Quanto a isso, em sete anos de experiência hospitalar, constatei que uma simples presença, um simples reconhecimento do outro como sujeito pode resultar na superação da terapêutica tradicional, inclusive abortando, na maioria das situações, as administrações medicamentosas geralmente analgésicas, sob as quais o cliente gritava solicitante, alegando a presença da “dor” (também subjetiva em alguns casos). Porém, depois de alguns minutos demonstrando preocupação e dialogando com ele, já não interpusse nenhuma necessidade real de ingeri-la, expressando assim: “enfermeira, eu não quero tomar nada não, viu!”.

Geralmente, essas situações começaram com um mero questionamento sobre o que ele estava sentindo. O que foi que houve hoje? Como é essa dor? Como passou o dia (...). E o indivíduo, relatando suas queixas, indicava que se não havia à solução do problema, ao menos se indicava nesse diálogo que não se trata somente de administrar drogas.

Vale saber que as considerações acima concorreram favoravelmente para a solução de problemas, mesmo se tratando de clientes não portadores de sofrimento mental, pois obtive resultados semelhantes a esses. Meus diálogos ensejaram perceber que a dor que existia concretamente tinha uma forte dimensão psicossomática, perpassada pela sensação de angustia, solidão, preocupação, entre outras apreensões desse naipe. Em meio a numerosos outros indivíduos hospitalizados junto com ele, tornava-se uma tentativa de chamar e/ou obter atenção (escuta) exclusiva, que suponho não ter existido por parte daqueles colegas do plantão anterior, ao preferirem ou privilegiarem realizar pronta e exclusivamente as medicações em consonância às prescrições médicas, ávidos por checá-las no prontuário. Infelizmente esse trabalho não dá conta do que mereceria também atenção em hospitais gerais, frente à desproporção do número de funcionários, como também dessa adequação em todos os outros serviços a eles destinados, o que não me dá o direito, conseqüentemente, de questionar de maneira alguma a não predileção de alguns profissionais em não privilegiar o diálogo (que não aparece na produtividade), pois o que nos é cobrado como resultado não se traduz em um indicador que revele a satisfação do cliente frente à realidade de atendimento/serviço. A minha percepção em evidência cotidiana me dá um contingente significativo de colegas insatisfeitos de uma maneira geral com as condições de trabalho nas quais eu me incluo.

Cabe reforçar que, dentro desse espaço institucional de ingerência sobre a adequação de dimensionamento de pessoal (funcionários - demanda), o papel do acompanhante adquire uma relevância significativa junto aos sujeitos hospitalizados em (nível terciário), sobretudo aqueles que possuem um déficit grave para o autocuidado, pois a ação “cuidadora” se torna proficiente quando há essa presença de intervenção e/ou gerenciando as “ações-cuidadoras” por parte deste ente familiar/acompanhante (rede de apoio) junto ao cliente, o que sensivelmente na dinâmica do nosso trabalho demonstra e converte-se em baixo índice de queixas e solicitações, sobretudo voltadas para administração medicamentosa, se necessária, além da

percepção de outras condições a ele também favorável como, por exemplo, manter melhores condições higiênicas do que os que se encontram solitários, lembrando que é nessa última condição que geralmente se encontram os sujeitos portadores de transtorno mental.

Por tudo isso, assume particular importância lembrar que o quadro legislativo atual nos cuidados de saúde primários contemple a família, como alvo dos cuidados de saúde, evidenciando-se possivelmente o papel promissor do enfermeiro de família, como agente de mudança, num contexto de proximidade de cuidados a um número de família integradas numa comunidade específica, sobretudo fora do nível terciário. Vale ressaltar, nesse ponto, que mesmo tratando de formação de nível superior, haja diferença entre o enfermeiro generalista (maioria) e o enfermeiro de família (pós-graduado), tratando-se de uma especialização conseqüentemente. (FIGUEIREDO; S.J.H. M, 2009, p 351-352)

Figueiredo (2009) menciona que há vários documentos nacionais e internacionais que apontam à necessidade de valorização da família e dos cuidados de saúde familiar, enfatizando a importância dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Os novos desafios colocados à enfermagem, enquanto profissão, para a autora situa a enfermagem de família como eixo estruturante nos processos de promoção, prevenção, tratamento, palição, reabilitação e reinserção direcionados à família.

Esteves et al (2008) colocam que a prática de enfermagem psiquiátrica está em processo de mudanças de um paradigma de internação para desinstitucionalização, a partir da sua pesquisa sobre as atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental:

A observação das ações de enfermagem empreendidas nos serviços de saúde mental nas últimas décadas indica a convivência entre diferentes éticas e modelos de intervenção, ora contraditórias entre si, ora antagônicas, no interior de um mesmo modelo assistencial, e é uma das características do contexto que sucedeu a implantação da Reforma Psiquiátrica.

O modelo psicossocial e suas estratégias são contextualizados dentro desta mesma pesquisa acima referenciada como tendo características à ênfase na promoção da saúde colaborando para a reinserção social do paciente, pois através delas o enfermeiro, além de manter sua capacitação técnica específica, também desenvolve outras formas de abordagens terapêuticas conforme a necessidade da clientela e o plano terapêutico global do serviço.

A enfermagem de família centra-se na capacitação funcional da família face aos seus processos de transição, cimentando-se numa abordagem co-evolutiva da família, enquanto sistema autopoietico. Nesse sentido, a compreensão da família requer entendê-la enquanto unidade, num paradigma que permita a percepção da sua complexidade, globalidade, diversidade, unicidade, entre outras características inerentes a sua multidimensionalidade. A compreensão da família a partir desse paradigma permite-nos conceitualizá-la num contexto de diversidade que ultrapassa a visão de família nuclear, acompanhando a evolução do conceito de família “modificado e reconstruído a par da evolução dos contextos e estruturas sociais” (FIGUEIREDO; 2006; P.351).

Friedman (1998) coloca também que a enfermagem de família surge alicerçada no pensamento sistêmico, centrando-se tanto no sistema familiar quanto nos sistemas individuais, dando ênfase à interação e reciprocidade entre os membros da família. Embora o autor caracterize que a abordagem dos cuidados continua centrada no indivíduo e a família conceitualizada como uma unidade divisível em partes. Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, os Cuidados de Saúde Primários emergem como contexto estruturante de novas práticas de enfermagem centradas na família, enquanto unidade e alvo de cuidados.

Para Figueiredo (2009), conceber a família enquanto unidade de transformação, indentificando-a como um sistema social que se autodefine e que recria funções específicas ao longo de seu desenvolvimento permite ampliar o foco valorativo do seu potencial. Essa visão integra e dá um entendimento sobre a prestação de cuidados ao longo do ciclo vital, que incorpora as respostas aos processos vivenciais da família, enquanto alvo de cuidados frente às mudanças. A autora, centrada num percurso de investigação/ação que duraram quatro anos em análise dos modelos empreendidos pela enfermagem num Centro de Saúde, mencionou, a partir dos discursos/representações dos enfermeiros sobre as suas ações junto às famílias, somadas à documentação desses cuidados nesse espaço, afirma que:

Os projetos de saúde da família devam constituir-se, dessa forma, como alicerce dos cuidados, numa atitude de respeito face à sua competência para tomar decisões que promovam um funcionamento efetivo. É com base nestes pressupostos que o processo de cuidado, localizado ao nível da prevenção primária, secundária e terciária assume-se como um processo

dinâmico e contínuo fundamentado numa abordagem colaborativa e integradora. (FIGUEIREDO, 2006, P. 351)

Os novos desafios colocados à enfermagem, enquanto profissão situam-na como eixo estruturante nos processos de prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e reinserção direcionados às famílias. Para Figueiredo (2006) é nesse quadro que os enfermeiros podem se afirmar como elementos-chave na concepção de cuidados de maior complexidade, centrados na família como agente de desenvolvimento social e humano. Dessa forma, comporta assumirem a liderança na formulação e aplicação de políticas conducentes ao desenvolvimento da investigação e das ações em enfermagem de família, que contribuam para a promoção da saúde familiar e subconsequentemente da saúde coletiva.

Segundo Figueiredo (2006), a apropriação da família enquanto domínio específico de enfermagem é o grande desafio, tanto na sua vertente teórica- que a consolida- como na vertente clínica. Ainda mais pela dicotomia que ainda persiste entre modelos conceituais de enfermagem de família e as práticas de cuidado, que se mantêm centradas no indivíduo, descontextualizando-o do seu ambiente e não considerando a relação entre os níveis de saúde individual e familiar.

A família ganhou uma nova dimensão dentro do processo de intervenção na área de saúde mental. Nesse sentido Moreno V. (2003) coloca que apenas com o movimento da Reforma Psiquiátrica, na década de 80, se priorizaram mudanças no modelo assistencial, à família voltou a compor o cenário da assistência ao doente mental. O autor coloca como marcos da reforma psiquiátrica convergindo sobre as famílias e portadores as três Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas respectivamente em 1987, 1992 e 2001, e sobre elas desenvolveu um estudo que contemplou analisar brevemente a inserção da família no interior desse processo. Sobre as três conferências, descreve:

- Na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, as dificuldades enfrentadas pela família dos clientes em sofrimento psíquico não obtiveram destaque. Essa conferência teve como propósito consolidar as propostas do movimento da Reforma Sanitária no campo da Saúde Mental, objetivando o Sistema Único de Saúde. As inquietações dos familiares e clientes foram superficialmente contempladas em relação a como os serviços deveriam ser estruturados. O assunto que sobressaiu na conferência obteve um caráter mais congressual, isto é, de encontro científico de psiquiatras e profissionais ligados à área de saúde mental.

- Decorridos cinco anos entre a primeira e a segunda conferência, os familiares tiveram sua representatividade assegurada, e uma das recomendações fora por não culpabilizar o usuário e família, promovendo o atendimento integrado da mesma inserida no contexto comunitário e social.

- A terceira Conferência buscou afirmar a importância da família como aliada na nova forma de atenção a ser oferecida ao portador de sofrimento psíquico em que se busca o suporte nos serviços através do cuidado domiciliar e enfrentamento das crises. Enfatizam sua importância nos diversos momentos de negociação com os gestores na formulação de estratégias visando o melhor atendimento.

Amarante (1997) menciona outras questões importantes, frutos da Reforma, e voltadas à família e às mudanças culturais que devam ocorrer em relação ao imaginário social sobre a doença mental. O familiar é apontado como ator privilegiado nas transformações que deveriam acontecer no cuidado ao portador de sofrimento psíquico, centrado na acolhida, na escuta e em novas formas de convívio, através da superação dos tratamentos anteriores baseados no isolamento e na exclusão.

A responsabilidade pelo cuidado do portador de T.M no contexto que antecede o movimento reformista era ainda atribuída às instituições hospitalocêntricas, restando à família a tarefa de identificar a desorganização, encaminhar o familiar, visitá-lo, bem como fornecer as informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. A relação do institucionalizado com a própria família, era mediada por agentes médicos e estatais, encarregados da cura, custódia e assistência. (ROSA; L. 2003. P. 235-367)

Para Moreno, V. (2003), os serviços precisam formular programas que contemplem atender às necessidades da família, quer em decorrência do primeiro episódio de sofrimento psíquico ou daqueles clientes com várias internações, pois não se pode negar a sobrecarga que essas pessoas acarretam ao núcleo familiar.

A reforma defende a substituição dos manicômios por novos dispositivos de acolhimento e tratamento, surgindo assim os NAPS, os CAPS, o Hospital Dia, o Programa de Residência Terapêutica, os serviços de urgência e emergência, os leitos psiquiátricos em Hospital Geral. Formas de tratamento que rompem com os paradigmas do modelo asilar também demonstrado no capítulo anterior. Entretanto, tais serviços de atenção comunitária em saúde mental devem incluir ações dirigidas aos familiares que visam comprometer-se com a construção de projetos de inserção

social, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam qualidade de vida dos portadores de sofrimento psíquico. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

O Ministério da Saúde, por sua vez, também estabeleceu diretriz através da portaria 224, na qual propõe o atendimento à família em todos esses serviços, procurando assim incluir e ofertar ao núcleo familiar à possibilidade de cuidado em um período em que a família enfrenta uma crise.

Desde 2003 foram incluídas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) equipes de Saúde Mental. O principal objetivo é tratar do paciente no contexto familiar, pois realizar o tratamento isolado da família, das pessoas com as quais o indivíduo tem contato diário, nem sempre apresenta resultado positivo (IDS; USP; MS, 2001; GONÇALVES, 2009).

Entretanto, Moreno (2003) coloca que no momento atual as Políticas Públicas têm procurado garantir aos clientes e seus familiares um convívio saudável. Em algumas famílias, a convivência com o portador de sofrimento psíquico é tão difícil para ambas as partes que acarretam reinternações sucessivas. O referido autor coloca que no Brasil não há o enfrentamento sobre esta questão, e que o governo tem buscado criar residências assistidas para aqueles destituídos dos laços familiares. Os clientes com T.M que possuem vínculos familiares podem, em contrapartida, ser atendidos nos diversos serviços hoje disponíveis, porém, prevalece à disposição dos familiares um atendimento direcionado aos momentos de crise.

Diamantino (2010) refere sobre esses momentos de crise, entre tantos outros aspectos ligados à presença da doença mental na família, incluída aí a falta de conhecimento sobre o manejo da crise, dificuldades de compartilhamento do espaço doméstico, comumente exíguo em habitações de baixa renda; problemas ligados ao poder aquisitivo no custeio das necessidades do portador de transtorno mental, que conta com menos um na produção de renda. Sob tais perspectivas, coloca o autor, permanece um cotejo sobre a favorabilidade ou não do cuidado do portador por parte da família, balizado pela discussão que gira em torno dos meios médicos e da sociedade civil sobre a proposta da Reforma Psiquiátrica.

Sarti, A .C (2004) discutindo algumas questões sobre família e políticas sociais demonstra, através de um trabalho de cunho etnográfico realizado na cidade de São Paulo junto às famílias pobres, visando reconhecer sua própria noção sobre

o significado de família, conclui sobre a importância por se realizar propostas de ações associadas com o universo cultural das famílias. Nessa ordem, demonstrou que deve haver tendências, por parte das políticas sociais dirigidas às famílias, que devam considerar essas mudanças que estão em curso na família na atualidade, e criam impacto sobre a própria noção de família.

Bandeira, M. (1991) coloca que existe a necessidade da criação de um programa específico de preparação e incentivo (inclusive financeiro), para que as famílias acolham os seus parente (s) portador (es) de T.M e também uma rede de suporte nos serviços, como estratégias para atender ao processo de desinstitucionalização hoje em curso em seu espaço domiciliar.

Para falar sobre o cuidado em saúde mental no âmbito familiar, torna-se imprescindível buscar alguns conceitos relevantes sobre o assunto permeando essa discussão. Segundo Beltrame e Bottoli (2010), a família moderna constitui-se através do progresso da vida privada, ou seja, a família assume um espaço maior em detrimento da sociedade.

Com as diversas mudanças paradigmáticas na saúde mental uma delas trata-se da ampliação da relação da família com o portador de transtorno mental, pois com a desospitalização desses portadores a família passou a ser além de responsabilizada também o maior agente a ser considerado no cuidado. Mais do que nunca, a família passa a ser objeto de estudo, surgindo diferentes visões sobre ela, conforme a sua relação com o portador de transtorno mental. Dentro dessas visões, destacam-se também o da família vista como mais um recurso, como uma estratégia de intervenção (SANT'ANA; FONTOURA, 1996 apud ROSA, 2003); a família como um lugar de possível convivência do portador de transtorno mental, mas não o único e nem obrigatório (MIRANDA, 1999); a família como sofredora, necessitando de assistência e suporte social (MOTA; 1997 apud ROSA, 2003); a família como um sujeito de ação política e coletiva, construtor de cidadania e avaliador dos serviços de saúde.

A proposta do Ministério da Saúde em criar uma bolsa - auxílio como forma de garantir através do suporte financeiro atrelado a programas terapêuticos, a manutenção dos clientes no seu núcleo familiar e em sua comunidade não foi viabilizada devido a questões jurídicas, pois o Estado não pode ofertar dinheiro de forma direta aos beneficiados. Ainda assim, os recursos destinados a este projeto

seriam menores do que aqueles gastos com internações hospitalares. (ALVES; DSN, 1996 P. 27-30).

No Brasil, a desinstitucionalização veio a constituir um termo atribuído aos reformadores, mas utilizado com diferentes propósitos: representar a negação do asilo como tratamento e a substituição por novas práticas que realçam a participação efetiva da família e de dispositivos comunitários na assistência: símbolo da perspectiva de abolição de todas as instituições de controle social (equiparando-se à antipsiquiatria), e para os administradores, sinônimo de redução de leitos hospitalares, visando à contenção de gastos (ORNELAS, 1997; FREITAS, 1998).

Para fazer um acompanhamento eficiente é preciso, além de assistir o enfermo, investir em reuniões com a família, visitas domiciliares, contato com a escola e/ou trabalho, e também orientá-lo quanto aos centros de cultura e programas de inclusão social, pois socializá-lo com pessoas novas pode e deve fazer muito bem para a sua recuperação. (ALMEIDA, 2009; GONÇALVES, 2009).

A priori, deve-se entender que os transtornos mentais não aparecem de forma clara e explícita. Devemos aprender a identificá-los também nos clientes que não aparentam ter transtornos mentais. É preciso identificar os sujeitos que sofrem exclusão social e até mesmo observar os familiares atentamente (CAIXETA; MORENO, 2008).

Rabinovich, P. E (2004) centra seus estudos sobre a resiliência e brasilidade concorrendo para a compreensão das redes relacionais dentro da sociedade brasileira, definindo a resiliência ao citar Luthar et al, apud Infante (2002 P.27) como “um processo dinâmico que tem como resultado a adaptação positiva em contextos de grande adversidade”, desse modo, não sobrecarregando nem o ambiente nem o indivíduo. Uma produção da adaptação resiliente é descrita como sendo possível por meio de uma rede que interage através de todos os elementos envolvidos, como a criança, a família, a escola, a comunidade, a sociedade de uma forma mais ampla. Essa análise proposta pela autora colabora para este estudo compreendendo que seja a rede de apoio necessária aos portadores de sofrimento psíquico, uma vez que se amplia sua convivência no meio social através da proposta de desospitalização. A resiliência descrita no caso específico do Brasil deve ser pensada a partir do seu próprio meio, pois é sobre ele que se informam as formas de mediação para a emergente rede de apoio, pois o caminho só pode ser traçado a partir das possibilidades ofertadas pelo meio. (RABINOVICH, 2004, P.167)

Nesse sentido, uma família não seria capaz de existir sem a sociedade reconhecer que existem outros laços afora os da consangüinidade, e de que o processo natural da filiação somente pode ser conseguido através do processo social da aliança. O corpo biológico torna-se, portanto, uma identidade que é mais ou menos definida em sua trajetória existencial, na qual o espaço que o indivíduo ocupa dentro da família e seu meio ambiente colaboram para estabelecimentos de pactos civis de solidariedade.

Sinais e sintomas como insônia, irritabilidade, esquecimento, dificuldades de concentração e queixas somáticas são os mais comuns e podem levar à incapacidade e à procura por serviços de saúde (CAIXETA; MORENO, 2008). Essas e outras situações típicas da perda da capacidade de autocuidado por parte dos sujeitos desestabilizados mentalmente demonstram que a conscientização deva mesmo partir da coletividade, quando se prima pela noção de participação da comunidade como estratégia de promoção da saúde pública em sentido amplo e, sobretudo, na ausência de familiares.

Ao realizar uma reflexão teórica sobre a inserção da família na assistência ao portador com T.M, Moreno (2003) argumenta que a partir das décadas de 50 e 60, com a desospitalização, a família passou a ser convocada, em grande parte, pelo redirecionamento proposto através de varias teorias novas que nesta mesma época se tornaram contrárias à teoria sistêmica como modo de explicar a doença mental, pois essa teoria culpabilizava a família e a rotulava, repetindo um erro da psiquiatria enquanto ciência, ou seja, classificava comportamentos e, por consequência, as pessoas.

Desde o final da década de 70 e mais constantemente a partir da I Conferência de Saúde Mental, outros atores têm mostrado sua importância no campo de lutas por uma melhor assistência aos clientes com transtorno mental, com associações de familiares, usuários e comunidade. O conceito de família vem sendo transformado ao longo do tempo e repensar o seu próprio conceito e características na atualidade poderá contribuir para compreensão de seu potencial enquanto agente de cuidado. Nessa direção, repensar o cuidado em relação aos familiares, afastando-os dos modelos tradicionais para buscar estratégias de apreensão integral e holística dos fenômenos de saúde e doença mental é significativo para o alcance de novas chances de expressão e as possibilidades de desempenharem novos

papéis, tendo o estigma como substrato de suas atuações, mas agindo apesar dele, transpondo-a para além da culpa e da vitimização.

Assume-se a necessidade da reflexão processual face à complexidade dos contextos da ação na qual se desenvolvem as interações com as famílias, justificando uma atividade cada vez mais proficiente, que responda aos desafios atuais decorrentes das novas necessidades de saúde das famílias. Efetivamente, a evolução da família, no que respeita à sua dimensão e caracterização, tem vindo a ser fortemente influenciada e condicionada pelas mutações do contexto sociodemográfico. (FIGUEIREDO, 2009)

3.1 Famílias - um novo perfil existencial para trocas simbólicas e de recursos no mercado social da vida.

Para Carvalho (1998) o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos é a família, independente das múltiplas formas e contornos que ela venha assumir, é dentro dela que também se inicia o aprendizado dos afetos e das relações sociais. A família pode ser vista também como um sistema formado por valores, crenças, conhecimentos e práticas que direcionam suas ações na promoção da saúde de seus integrantes, zelando pela prevenção e tratamento da doença. Intrínseco ao conceito de família como sistema está o processo de cuidar, no qual a família define estratégias a seguir em caso de queixas ou sinal de mal-estar. (ELSEN; I. 2002, P.12).

Diversos estudos convergem no sentido de identificar a sobrecarga para a família na dimensão subjetiva e objetiva na convivência com o portador de sofrimento psíquico, que provocam mudanças nas suas rotinas, hábitos e costumes. Tal sobrecarga é caracterizada por dificuldades como: problemas no relacionamento familiar, estresse por conviverem com o humor instável e dependência do portador, conflitos de diversas ordens, sentimentos de incredulidade, perda de controle, e medo, visto que a família vivencia uma situação de desgaste voltado para o temor das recaídas e do comportamento do sujeito portador de T.M no momento de crise à sensação de impotência. Logo, a dimensão objetiva identifica-se com maior intensidade, por ser mais concreta, estando relacionada às demandas reais dessa mesma convivência, enquanto a sobrecarga subjetiva refere-se ao universo dos sentimentos.

Os aspectos objetivos e subjetivos da vivência de sobrecarga pelo familiar são diretamente influenciados pelos valores e representação acerca da doença mental que cada indivíduo possui, e que são resultados de sua história de vida, seus contextos cultural, social, religiosos, entre outros, que, em situação de estresse, tais valores e crenças influenciam tanto a vivência emocional quanto a maneira de lidar com situações concretas.

Portanto, a família carrega, em sua estrutura na relação com o sofrimento mental, um fundamento: a um só tempo em que ela é um fator explicativo enquanto lugar de gêneses da loucura, porta, por outro lado, a dificuldade em suportar aquilo que originou ou que deu elementos para sua irrupção (SEVERO et al., 2007). Esse dilema emoldura a família no quadro de profundas ambivalências que se desdobram em outros aspectos, tendo por resolução o espaço hospitalar, (MELMAN, 2001; SEVERO et al. 2007). Essa dualidade muitas vezes coloca a família como vilã e o doente mental como vítima, dualidade que aumenta o sofrimento das famílias.

Mattos (2004) propõe três sentidos para a integralidade, expressos nas respostas das políticas governamentais aos problemas de saúde: um primeiro referido à sua abrangência, a fim de articular ações de alcance preventivo com as assistenciais; um segundo, relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde; um terceiro voltado para atributos de saúde.

Tangenciando o segundo e terceiro aspecto, Gadamer, HG (1996) coloca que o cuidado integral relaciona-se intrinsecamente com a percepção da saúde como conceito de protagonismo, que se expressa por meio da vitalidade física, mental e social para a atuação, frente aos desafios do cotidiano e às transformações sociais. Relaciona-se, pois, às de saúde desde os seus conteúdos tecnocientíficos que compõem seu núcleo mais instrumental, até aqueles relacionais e formativos, ainda pouco discutidos na literatura. Assim, requer qualificação técnica e científica capaz de incorporar novos riscos e percepção sobre os determinantes sociais de saúde; identificação da dinâmica familiar como orientadora do cuidado; processo de trabalho em equipe, entre outros.

A integralidade deve contemplar uma noção de cuidado que, apreendida como ação integral, significa o encontro entre os vários atores envolvidos no cotidiano das ações de saúde, capaz de produzir relações de acolhimento, vínculo, respeito e dignidade (LOUZADA, A.P. F; BONALDI, C; BARROS, M.E. B, 2007).

A desinstitucionalização surge como um movimento preventivista referindo-se a um conjunto de medidas que objetivam a desospitalização. Para tanto, se cria um aparato de serviços assistenciais comunitários, visando reduzir o ingresso ou a permanência dos clientes em hospitais psiquiátricos. Nesse contexto, no Brasil, desinstitucionalizar significa desospitalizar (AMARANTE, 1985). Esse mesmo autor entende como a retirada do médico a exclusividade das decisões e atitudes terapêuticas, passando-as a outros profissionais (assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos) e outros grupos assistenciais não psiquiátricos (grupos de apoio, clérigos), entre outros.

É importante referir que na contemporaneidade a família brasileira vive profundas mudanças que acompanham processos sociais, políticos e econômicos do país. E que hoje há uma propensão quase majoritária à formação de casais igualitários. Porém, existem modalidades múltiplas de formações familiares: famílias monoparentais, famílias recombinações e recasadas. Mais recentemente, discute-se e observa-se um movimento de legitimação de casais homoparentais. Obviamente que, historicamente, o processo de cuidar, atrelado à figura da mulher, tenha sofrido substancialmente alterações. A emancipação feminina ocorrida pelos anos de 1960, e as conquistas de oportunidade e inserção no mercado de trabalho deram à mulher uma outra destinação, para além da época da tradição burguesa, qual seja, a de “rainha do lar”, eufemismo geralmente revestido de um lugar de trabalhadora doméstica não remunerada. Gonçalves & Sena (2001) e Rosa (2008) colocam que, apesar dos avanços sociais e profissionais alcançados, a mulher é ainda a detentora dos encargos familiares mais exaustivos e, no caso do tratamento do portador de transtorno mental na família, é ela quem exerce o papel de cuidadora.

O estudo direcionado por Ugartechea & Marcos (1976) demonstrou que, na prática, esse direcionamento que encerra a exclusividade médica das decisões terapêuticas não ocorreu de maneira uniforme, na medida em que, nos centros comunitários, localizados nas áreas de habitantes de classes sociais mais abastadas, a população continuava exigindo o atendimento feito pelos profissionais especializados (psiquiatras e psicólogos). Essa ampliação do papel profissional somente aconteceu de fato nas regiões mais pobres, onde a assistência era prestada pelos outros membros da equipe.

Amarante (1995) refletiu criticamente sobre o movimento preventivista considerando-o “um novo projeto de medicalização da ordem social”, “uma

passagem da profilaxia atada ao modelo asilar”. (...); “uma atualização e metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento da ordem social” (P.2), ele foi uma nova tentativa de reforma, feita com suporte da lei, buscando inserir o doente mental na comunidade, em serviços que deveriam lhe dar apoio necessário, tendo mobilizado, para tanto, outros profissionais e agentes do seu próprio meio. Possivelmente a percepção desse autor possa estar correta se levarmos em consideração que há várias maneiras de se interpretar a realidade.

As congratulações convergentes sobre o movimento preventivista podem ser atribuídas à inclusão dos novos serviços em substituição ao modelo asilar e à inclusão de outros elementos na equipe de saúde mental e da comunidade, participando da assistência a população (doente e sadia), e também o solicitar a redefinição dos papéis profissionais do enfermeiro e dos demais membros. Curiosamente, nos últimos tempos, o discurso referente à assistência psiquiátrica fez alusão à equipe multiprofissional e ao envolvimento da comunidade, principalmente no que tange à reabilitação psicossocial.

TSU (1993) alerta para o fato de que durante muitos anos o Estado chamou para si a responsabilidade para com o doente, na medida em que isso fazia parte de um mecanismo de regulação social, e, segundo esse autor, não é de se estranhar que os clientes vivenciem a “desinstitucionalização” (desospitalização) como desobrigação de uma atividade pela qual, no passado, ele (Estado) respondeu.

Torna-se difícil entender a doença e o doente em outros moldes que não os de desvio de afecção e, principalmente, o tipo de interação a ser criada, no âmbito da comunidade, com o doente, a família e os vizinhos. São novas estratégias a serem implementadas por profissionais que necessitarão adquirir certos atributos, como a flexibilidade e a criatividade. (LUIS, V.A.M, 2000).

A nova proposta assistencial parece não combinar com a hierarquia nas relações interpessoais nem com profissionais da saúde, principalmente o médico, o enfermeiro, o terapeuta ocupacional, o assistente social, com uma formação baseada predominantemente em conceitos e procedimentos com a instituição hospitalar. Assim como a simples devolução do enfermo a sua comunidade representada pela figura da família, lembra uma exclusão as avessas, a devolução ao desviante para quem o gerou. Podendo esses atos ser interpretados pela família como uma desobrigação do sistema de saúde e até como um castigo.

Assim, trabalhar com as famílias ajudando-as a identificar problemas e a mobilizar seus próprios recursos, constitui-se o objetivo central da enfermagem em família, participando os enfermeiros no processo de mudança, numa abordagem co-evolutiva, que respeita as forças da família (WHITE, 1997; DUHAMEL, 1995)

Seguindo este vetor reflexivo, outros autores (Whyte, 1997; Wright E Leahey; Shober & Afarra, 2001; Potter, 2005 apud Figueiredo, 2009) mencionam como princípios fundamentais da atuação em enfermagem da família a inclusão deliberada da mesma no planejamento e prestação de cuidados, tendo em consideração as necessidades desta unidade socioafetiva. A enfermagem de família direciona-se para a manutenção e/ou resgate da saúde do indivíduo, privilegiando sua inserção no grupo familiar (Robison, 1995, cit por Wright & Leahey, 2002; Friedmann, 1989, 1999; cit FIGUEIREDO, 2009).

Seria prudente, entretanto, ponderar sobre a concepção da família que se tem em mente, em termos de composição, da disponibilidade dos seus membros e de classe social a que pertence. Delegar o cuidado do enfermo à família, na atual situação, a partir da mutação da assistência, significa transferir um encargo a pessoas que não têm o entendimento necessário para lidar com as condutas dos seus parentes e que não têm, em geral, como já foi visto, recursos financeiros para sua manutenção, nem recursos emocionais para lidar com esse convívio.

TSU (1993) revela que a família não está aceitando de maneira passiva essa transferência, e por não possuir os recursos para lidar com o doente mental, usa os argumentos e meios disponíveis para convencer o médico a prescrever a internação. Como a própria autora refere quando explicita que a população não se convence com discursos humanitários que sensibilizam os intelectuais. Outro argumento de sua autoria considera relevante a pessoa a quem vai ser delegado o cuidado do doente mental no seio dessas supostas famílias. A experiência do trabalho que realizou num setor de urgências psiquiátricas de um hospital universitário, em Ribeirão Preto demonstrou que a acompanhante mais freqüente do usuário de serviço é a mãe, sozinha ou em companhia de outro membro da família, e a esposa; portanto, a figura feminina.

Em outro estudo realizado por esse mesmo autor foi evidenciado outro fato semelhante ocorrendo em um pronto-socorro psiquiátrico de São Paulo, onde caracterizou que a maioria do grupo de acompanhantes era constituído de mulheres. Nos relatos de profissionais de saúde contatados em serviços do Rio de Janeiro,

Ornellas (1997) identifica a delegação de mulheres do cuidado do filho ou irmão doente. A atividade do cuidar pode ser interpretada culturalmente, e ela continua sendo julgada pelos profissionais dos serviços de saúde como uma incumbência da mulher.

Esses autores demonstram em comum a suposição de que a atividade do cuidar é interpretada culturalmente, e que ela continua sendo julgada pelos profissionais de saúde como uma incumbência da mulher. Num modelo assistencial em que não mais se enfatiza o processo de cura, e sim o “projeto de invenção da saúde”, com a reinserção social do doente, e cujo objetivo prioritário é transformar as relações de poder entre a instituição e os indivíduos, principalmente os clientes, parece que estes não estão sendo ouvidos.

Oliveira, L.M (2011) demonstra, através de sua pesquisa investigativa de análise documental, realizada dentro de um CAPS na cidade de Alagoinhas- Bahia (local de atuação desse psicólogo e também coordenador), cujo objetivo fora compreender os conflitos gerados pelas expectativas dos familiares voltadas aos cuidados prestados a parentes em sofrimento psíquico, a evidência de que tais expectativas não estão sendo completamente atendidas por esse modelo, considerado substitutivo ao hospital psiquiátrico. As atribuições de responsabilidades são tão conflituosas em alguns casos que, na realidade prática, surgem diversas situações/problemas a necessidade por se acionar a intervenção até do Ministério Público para intermediar esses conflitos de interesse e responsabilidade. Os dados levantados na pesquisa com relação ao cuidado e às responsabilidades, tanto institucionais quanto familiares, tornam questionáveis as transformações necessárias para vencer o estigma sobre a doença. De uma maneira geral, os dados analisados pelo autor caracterizam que o CAPS procura implicar a família no tratamento, e os familiares esperam que o serviço assuma uma maior responsabilidade nesse cuidado.

Luis, V.A.M (2000) menciona que seria prudente avaliar a percepção que o doente tem de si mesmo e da própria doença, pois durante anos considerando-se o louco como incapaz, um fardo, não seria surpresa se ele mesmo se considerasse como tal e também houvesse incorporado à sua autoimagem predicados como “perigoso”, “impulsivo” e outros, pertencentes ao seu estigma social.

O caso Marcelo, apresentado por Oliveira (2011), é paradigmático dentre as pesquisas aqui manejada, exatamente por ser fruto de uma situação cotidiana cujo

enlace resolutivo sobre o problema apresentado em um momento de crise desencadeada pelo portador caracteriza os recursos objetivos e subjetivos que foram acionados e postos em ação pelos agentes sociais para intermediar os cuidados a ele prestados. Doravante, esse caso demonstra operacionalmente as formas de percepção e atuação por parte dos entes envolvidos na condução de um problema concreto e na ausência da família por um determinado período, na qual a mesma não fora localizada. Levanta pontos relevantes para se concatenar algumas das reflexões já expostas neste capítulo e que se interconecta ao pensamento trazido por outros atores com relação às mudanças tão necessárias para se alcançar os objetivos propostos a partir da reforma, sobretudo que elevem e conduzam à melhor qualidade de vida do portador. Reforço que aqui opere uma das minhas inquietações principais e que sempre me chamaram atenção ao observar em diversas situações ao longo dos anos no hospital geral, mesmo não sendo especializada no campo da psiquiatria e/ou enfermagem de família, tais verossimilhanças nas relações sociais que se estabelecem neste caso também apresentado pelo autor através do - caso Marcelo- intitulado por Oliveira (2011) e transcrito abaixo na íntegra como: “o quebrador de vidros”.

“(...) doente mental, andarilho das ruas da cidade de Alagoinhas, homem negro de aproximadamente 45 anos, aparentemente sem referências familiares, vivia embaixo de uma árvore nas proximidades de uma residência, cujos moradores forneciam água e alimento. Certo dia a árvore foi cortada e Marcelo passou a perambular pelas ruas de Alagoinhas, sujo, maltrapilho, quebrando vidros de carros e, por esse motivo, sendo ele por várias vezes abordado por policiais e conduzido em determinadas ocasiões à delegacia, em outras, ao Hospital Geral e ao CAPS, para que o problema fosse solucionado. Em outros momentos, os policiais buscavam a Secretaria de Ação Social do município. Cada uma das instituições apresentava os argumentos pelos quais não poderiam assumir Marcelo: o delegado afirmava que não podia prendê-lo pelo fato de o mesmo ser doente mental e, portanto, imputável; o hospital limitava-se a administrar uma medicação de momento, mas de imediato recomendava que o doente também não pudesse ser acolhido em função de não ter família ou responsável por ele; a Ação Social afirmava não se tratar de um problema daquela secretaria, pois o caso era de competência da Secretaria de Saúde, que deveria encaminhá-lo a um hospital psiquiátrico para interná-lo, o hospital psiquiátrico não o internava pela falta de documentos e responsável legal pelo

cliente. Em dado momento, Marcelo quebra vinte pára-brisas de carro e, novamente, faz toda essa peregrinação pelas instituições, acompanhado de policiais militares (...)" (OLIVEIRA, L.M, 2011 P.10)

Oliveira (2011) denuncia que em momento algum Marcelo é ouvido nessa peregrinação. O desfecho do caso Marcelo resulta em sua permanência por dois meses no espaço do CAPS, por força de uma liminar judicial, meio tempo esse no qual se localizou seus familiares. Entretanto, houve recusa inicial por parte dos familiares em se comprometerem com o cuidado de Marcelo, a princípio alegando a sobrecarga em vários aspectos, sobretudo materiais, e somente a intervenção judicial convence a família ao mesmo tempo em que estabelece um ordenamento para prestar-lhe cuidado, no qual se incluiu recursos financeiros, o que tornou possível o retorno de Marcelo ao espaço familiar, usufruindo concomitantemente dos serviços do CAPS. .

Em uma analogia congruente ao desfecho do caso de Marcelo, em que é dada à família recursos e orientação, favorecendo a sua reinserção à unidade familiar, os estudos realizados por Borba, O.L, Schwartz, & Kantorski, P.L (2008) evidenciam essa necessidade voltada à atenção assistencial que deva ser dada à família dos portadores de T.M, uma vez que constataram que quando favorecidas as estratégias de enfrentamento, ela pode se constituir em um espaço terapêutico e ressocializador. As autoras avaliaram as falas dos cuidadores junto a dez famílias atendidas em um CAPS na região Sul e puderam identificar, paralelamente, o quanto é desgastante para a família conviver com o sofrimento psíquico, implicando compreender e lidar com comportamentos não convencionais como falar sozinho, inversão do ciclo do sono, retraimento social, humor inconstante, descuido com a higiene pessoal, os quais terminam por despertar sentimentos ambíguos.

A família, numa perspectiva constitucional, pode ser concebida como uma comunidade, implicando que, no desenvolvimento das pessoas na sua totalidade, ocasionam o sentido de pertença, fundamenta uma identidade, mas, também, um sentido de ser separado dos demais, de ser uma singularidade. Entretanto, como toda comunidade, ou seja, como todo agrupamento humano regido por um contrato de convivência em torno de interesses compartilhados, a família tem suas exigências de funcionamento que ordena as interações entre seus membros (BELLO, 2007). Tornam-se extremamente importantes as afirmações desse autor, pois, nesse

sentido, a emergência do transtorno mental rompe à lógica da integralidade, já que, por exemplo, a esquizofrenia é, por definição, uma impossibilidade quanto a isso.

Retomando aqui a idéia de resiliência, coloca-se que tal conceito foi inicialmente aplicado pela psicologia, ao estudar o próprio indivíduo danificado dentro do seu núcleo familiar e a mesma era tida como disfuncional. Esse enfoque no sujeito em si não reconhecia a fortaleza da família e suas potencialidades. Só posteriormente, descreveu-se a família de um modo que, estressada, não era tida como disfuncional, mas como sendo desafiada por um determinado obstáculo; passou-se, então, a destacar o seu potencial de cura e crescimento. Assim, o interesse deslocou-se da doença para a saúde, dos mecanismos que adoecem para os processos relacionais que encorajam o crescimento do indivíduo e, conseqüentemente, da própria família (WALSH, 1998).

O cuidado do doente mental na família, segundo Jean Watson (2007) na sua Teoria do Cuidado, abrange dez aspectos que enfocam a dignidade da condição humana de ambos os lados: o de quem cuida e o de quem é cuidado. Esses dez aspectos são: ter valores como humanismo e altruísmo; capacidade de estimulação à fé e à esperança; cultivo da sensibilidade nas relações; promoção e aceitação de sentimentos positivos e negativos; uso sistemático de recursos criativos da ciência para resolver problemas do processo do cuidar; promoção do ensinar e aprender; provisão de um ambiente de suporte e proteção e/ou de um ambiente mental, social e espiritual; assistência com gratificação às necessidades humanas; aceitação de uma dimensão humana fenomenológica - espiritual. Em verdade, segundo o autor, os sentimentos de altruísmo e humanismo são bases do cuidado humano e se constituem nos fundamentos da ciência e do cuidado.

Além desses dez aspectos propostos por Watson (2007), a experiência do cuidado baseia-se em um conjunto de valores humanísticos universais, tais como contato, empatia, preocupação, amor por si e pelo outro. Esses valores se enraízam na infância e atravessam a existência do indivíduo, sendo alimentado pelas crenças, culturas e artes.

Silva, N.C (2011) coloca que o pleno entendimento da resiliência só pode ser obtido através do esclarecimento de uma série de constelações temáticas que não se voltam somente sobre as questões do adoecimento, porém é sobre este que se concentra a reflexão que cabe aqui pensar.

A enfermagem de família é dirigida a todos os tipos de famílias, não existindo, segundo Friedman (1998), famílias próprias ou impróprias; adequadas ou inadequadas, sendo família, enquanto unidade, o alvo de cuidados. A compreensão da unidade familiar privilegia as particularidades do grupamento, e os enfermeiros se solicita uma sensibilidade à diversidade familiar. A enfermagem com este foco prioriza concepções de família baseadas no processo interaccional (POTTER, 2005 apud FIGUEIREDO, 2009). Reconhecendo que a estrutura, as forças e fraquezas da família afetam as suas dinâmicas e podem aumentar ou diminuir seu potencial de saúde (SHOBER & AFFARA, 2001 apud FIGUEIREDO, 2009), a sua compreensão cobra um esforço de contextualização, considerando a sua história, o momento presente e sua perspectiva para o futuro (FANTINI, 2005 apud FIGUEIREDO 2009).

As autoras Wright & Leahey (2005) sugerem diferenciações que devam existir na formação dos enfermeiros no empreendimento de cuidados direcionados à família. O arrazoado se sustenta, segundo as especialistas, no fato de que generalistas podem até desenvolver competências direcionadas à família, mas o manejo de conceitos, de autores e de métodos próprios no tratamento desta unidade social é requerido na formação especializada de um profissional com este foco.

Benjumea apud Figueiredo, 2009, define a função da família englobando três vertentes: local em que os indivíduos apreendem comportamentos de saúde que influenciam no desenvolvimento de atitudes e comportamentos face os processos de saúde; espaço de proteção ou precipitador de doença; e ainda espaço espontâneo, no qual os indivíduos recebem cuidados de saúde.

No modelo psicossocial, os usuários dos serviços têm à sua disposição equipes multiprofissionais para o acompanhamento terapêutico. Com essas transformações e inclusões da família dentro do processo de cuidado, esses indivíduos adquirem também o lugar de agentes do próprio tratamento, e conquistam o direito de se organizarem em associação que podem se conveniar a diversos serviços comunitários, promovendo assim a inserção de seus membros.

Tenório (2002) afirma que a Reforma Psiquiátrica é, sobretudo, um campo heterogêneo que envolve a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, sendo obra de novos autores, entre eles a família e o próprio sofredor psíquico. Isso muda completamente uma concepção de objetificação da família e do doente, dando-lhes um caráter de sujeito.

Essas idéias inovadoras criadas com a reforma são desenvolvidas por serviços substitutivos, como os que já foram aqui debatidos, além de cooperativas de trabalho protegido, clubes de convivência e lazeres assistidos, oficinas de geração de renda, ações de ensino e produção de conhecimento que devam ser ainda mais reforçados sobre novas formas de se lidar com a loucura (FRAGA, 2000 apud FIGUEIREDO, 2009).

Todos os serviços disponíveis à família seguem a lógica da descentralização e da territorialização do atendimento à saúde inscrita no modelo psicossocial, que não apenas se preocupa com o diagnóstico e cura da doença, mas que cuida dos clientes como indivíduos e cidadãos. (AMARANTE, 1994)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O debate aqui ensejado demonstra que ainda há um descompasso entre família e serviços substitutivos de saúde mental, resultante das políticas neoliberais aplicadas nos últimos anos, cujas consequências são a remoção da responsabilidade do Estado nos serviços que deve prestar à comunidade, por um lado, e, por outro, a transferência de atribuições pesadas sobre a família como agente de cuidado. Entretanto, os parentes do portador de transtorno mental convocam o poder público e a instituição psiquiátrica para o compartilhamento dos encargos objetivos e subjetivos, numa continuidade da relação histórica família-instituição psiquiátrica na abordagem do cliente/familiar portador e sofrimento psíquico.

Os serviços substitutivos ainda se encontram em número e em qualidade insuficientes para o atendimento baseados na integralidade da assistência; requerendo ainda maiores investimentos para atender às necessidades tão específicas trazidas pela demanda dos usuários e familiares/acompanhantes nos casos de transtorno mental. Assim, exige-se uma maior qualificação por parte dos profissionais responsáveis a prestar assistência na área da saúde mental neste novo cenário, que tem novos desafios, mas também novas possibilidades.

A Reforma Psiquiátrica convoca e propõe a transformação do modelo assistencial em saúde mental e a construção de um novo estatuto social para o

louco, o de cidadão como todos os outros. Muito embora não se pretenda extinguir o tratamento clínico da doença mental, mas sim eliminar a do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de sofrimento psíquico.

As mudanças originárias da Reforma Psiquiátrica não dizem respeito, exclusivamente, às medidas de caráter técnico científico ou organizacional, mas evidencia um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem, ao mesmo tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual, com objetivos de poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos, as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e a doença mental, conduzindo tais relações no sentido de superação do estigma, da segregação, da desqualificação do sujeito, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade, de cuidados.

O trabalho de enfermagem como intervenção social e por meio da estratégia psicossocial parece atender à nova política de saúde mental, a inclusão social, pois se assume como tarefa ao desenvolver sua performance em um campo estratégico de mudança, que venha responder às necessidades sociais, pois a transformação da assistência psiquiátrica anunciada no plano de intenções precisa ocorrer tanto na maneira de conceber o trabalho quanto no modo concreto de processá-lo para atingir a sua finalidade. Ainda mais quando se convocam a família e a integralidade como mecanismos adequados para promover a inversão da lógica da exclusão para aquela que privilegia a reinserção social, igualmente promotora de aquisição e apoderamento de direitos.

O campo de formação acadêmica da enfermagem psiquiátrica parece convocar, ainda na atualidade, uma necessidade de revisão inter-trans-disciplinar no seguimento teoria x prática. Desse modo, poder-se-ia fomentar, sobretudo, o afastamento ideológico do modelo hospitalocêntrico como ideal de atenção e promoção no campo da saúde mental. É possível, sim, que se melhorem as perspectivas favoráveis à reinserção social e à garantia dos direitos aos portadores e suas famílias, por meio da educação do enfermeiro, enquanto agente e ator-social.

Com o desenvolvimento desta dissertação de Mestrado, que como todo trabalho de pesquisa não tem perspectivas finalizadas, ficou perceptível que no cenário nacional é preciso que haja mais investimento e financiamento em capacitação/treinamento por parte do Estado quanto aos profissionais de saúde, novos e antigos. A ampliação das redes de serviços substitutivos ao modelo asilar,

de forma a ajustá-los para que haja um atendimento digno a esse contingente populacional, favoreceria uma melhor assistência à parcela de usuários dos “novos” serviços em/com sofrimento mental, os quais requerem como foi visto, cuidados muito específicos. Desse modo, as demandas dos usuários portador-familiares estariam contando com uma atenção à saúde mental alinhada aos princípios e diretrizes traçados pelo SUS e se alcançaria um cotidiano de práticas assistenciais que caracterizasse uma reforma legítima.

REFERÊNCIAS

ADAMS, T. **Paradigma da enfermagem psiquiátrica**. Nursing, n. 50, P.6-10, Lisboa, 1992.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN M. **A Reforma Psiquiátrica e os Desafios de Desinstitucionalização da Loucura**. Interface – Comunicação, Saúde, educação. Botucatu, vol. 10; n. julho/dec. 2006.

ALMEIDA, A. N. S. Cuidado Clínico de Enfermagem na Saúde Mental: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. Ver. Eletrônica, v. 10,n.1,P.1-6 2009. Disponível em: http://fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a16.pdf. Acesso em 31 mai. 2013.

ALMEIDA, M.C. P, Rocha J.S.Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão**. São Paulo (SP): Cortez, 1986.

ALMEIDA, F. N. de Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.11,n1/2,P. 5-20, 1997.

AMARAL, AMM. **A Enfermagem psiquiátrica na realidade brasileira: desafio entre o saber e o fazer**. Rio de Janeiro, 1990, 141P. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

AMARANTE, P. **Novos tempos em saúde mental**. Saúde em debate. Londrina, n. 37, P.4, 1992.

AMARANTE, P. **Sobre Vitórias e Fracassos: por uma ética da reabilitação**. In; Boletim da Associação Mundial para Reabilitação Psicossocial. V.2, n.4, P.2, 1995 b.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 1994.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação**. São Paulo: Atlas, 2003.

ANGELO, M. **Educação em Enfermagem: a busca da autonomia**. Rev.Esc. Enferm. USP; 28(1): 11-4, abr. 1994.

ARANHA & SILVIA. AL. **Notas e reflexões sobre a de enfermagem no hospital psiquiátrico**. São Paulo; 1987.

ARANHA & SILVA. AL. **Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial**. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

AYRES, José Ricardo de C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde**. Revista Saúde e Sociedade, v. 13, n. 3, P. 16-29, set-dez 2004.

AYRES, J.R.C.M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6, n.1, P.63-72, 2001.

BALDI, V.M. A atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital estatal: **análise de uma experiência de grupo**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 1992 109 P.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional**: o ensino de enfermagem psiquiátrica sob judice, 1996. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BARROS, S. Ensino da enfermagem psiquiátrica e reabilitação psicossocial. In: Jorge MSB, Silva W.V, Lemos FB, organizadores. **Saúde Mental da psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo (SP). Lemos Ed; 2000.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BETEGHELLI, Paula; TOLEDO, Vanessa Pellegrino; CREPSHI, Jairia Lopes Brandão; DURAN, Érika Christiane Marocco. **Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental**. Revista eletrônica de Enfermagem, v.07, n. 03, p 334-343. Disponível em: <http://www.revista.ufg.br/index.php/fen>.

BIRMAN, J. O sujeito no discurso freudiano. In: **Estilo e modernidade em psicanálise**. São Paulo: ed. 34, P. 15-42, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, DF: Diário Oficial República Federativa do Brasil, no. 69 P. 2, 9 abr. Seção 1. Brasil/Ministério da Saúde (2009 junho). *Saúde mental em dados 6*, ano IV(6), 2-17, Disponível em: www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial/ ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Programa de reorientação da assistência psiquiátrica.** Brasília, 1983.

_____. Ministério da saúde - Caderno de Atenção Básica - **Diretrizes do Nasf** – Núcleo de apoio a saúde da família, caderno n. 27. Brasília DF, 2009.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Memória da loucura: apostila de monitoria / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MS. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasil.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal. In: MERHY, E.E.; ONOCKO. (org.) **Agir em saúde. Um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, C.M.S. **Consolidando a reforma psiquiátrica no Brasil através do Hospital dia:** a emergência das contradições entre intencionalidade e a operacionalidade. São Paulo; P.153. Dissertação de (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 1998.

CAMAROTTI H, Teixeira HÁ. **A saúde mental e trabalho: estudo da regional norte de saúde** do DF. Rev. Saúde Pública 1996 janeiro/março; 7(1): 35-46. Rev. NO ARTIGO DE **Elizabeth Rose Costa Martins; Adriana Kátia Corrêa**

CANESQUI, A. M. As ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: CANESQUI, A.M (org.). **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: ABRASCO; São Paulo: Hucitec, 1995.P.19-35.

COELHO, E.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev.bras. Enfermagem**. , v.58, n.2, P.214-217, Abr. 2005.

COFEN. **Lei do exercício profissional 163/1993**. Brasília, 2009.

COLVERO, L.A. et al. **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 38, n. 2, P.197-205, 2004.

COLLIÉRE, M.F. **Promover a vida: da das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa (PT): Príntipo, 1989.

COVERO, LA. **O significado do “ser enfermeiro” em Ambulatório de Saúde Mental**. São Paulo, 1994, P.117. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

CREMA, Roberto. **Introdução à visão holística**, Summus editorial, 4ª edição, 1997.

CUNHA, M.C.P. **O espelho do mundo**. Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. P.217.

DANTAS, R.A.S. AGUILLAR, O.M. **O ensino médio e o exercício profissional no contexto da enfermagem brasileira**. Ver. Bras. Enfermagem, v.58, n.2, P.214-217, Abr. 2005.

DELGADO, P.G.G. Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S.A.; COSTA, N. do R. (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 3. Ed. Vozes, Petrópolis, 1992.

DIAMANTINO, Rui Maia “Internar ou cuidar”: investigando as dinâmicas familiares no contexto da reforma psiquiátrica em Salvador. Dissertação (mestrado) 245 f. – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2010.
DIAS , B.C; Silva AL, **O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial**, Rev. esc. enferm. USP vol.44 n. 2 São Paulo June, 2010.

EGRY, EY. Saúde coletiva: **construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo (SP): Ícone; 1996.

FAGUNDES, S. Saúde mental nas políticas públicas municipais. In: VENANCIO, A.T.; CAVALCANTI, M.T (org.) **Saúde Mental: campo saberes e discursos**. Rio de Janeiro: Edições IBUB-CUCA, 2001.

FARIA, E.M. Resgate da subjetividade no trabalho em saúde: o dialogo das intersubjetividades na saúde. In: Maria Tereza Leopardi. (org.). O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa Livros, 1999, v., P. 1-176.

FERNADES, J.D. **O ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil**. Salvador, 1982 111.P. Dissertação (Mestrado) – Câmara de Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Federal da Bahia.

FERREIRA, G. **Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da reforma psiquiátrica no Brasil**. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. P. 209-223..

FIGERMANN, D. **O que falar o que dizer? Ide**, São Paulo, v.30, n.45, P. 24-27, dez. 2007.

FIGUEIREDO, S.J.H.M. **Enfermagem de família: um contexto de cuidar**. Dissertação de doutoramento em ciências de enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. (2009) P.550.

FILHO, A.J. A; MORAES CEA, PERESAAM. **Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: Implicações históricas da enfermagem psiquiátrica**. 2009. Disponível em: < http://www.revistarene.ufc.br/10.2/hT.MI/10_2_17.hT.MI>

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica** 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FONTES, Olney L. **Além dos sintomas - superando o paradigma saúde e doença**. Piracicaba: Unimep, 1995

FORMIGA, J.M. M, GERMANO, R.M. **Por dentro da história: o ensino de administração em enfermagem**. Rev. Brasileira de Enfermagem 2005 mar-abr, 58 (2): 222-6.

FREITAS, F.P.F. Subsídios para mudanças do modelo de assistência. **Cad.Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 14 (1): 93-106, jan - mar, 1998.

FREUD, S. [1900] A interpretação dos sonhos. In: FREUD, S. Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FRIEDMAN, M., & LEVAC, A. (1998). The Family Nursing Process. In M. Friedman, **Family nursing : Research, theory and practice** (P. 49-66). Stamford: Appleton & Lange.

GADAMER HG. **Verdad y método**: fundamentos de una hermenêutica filosófica. Salamanca: Sígueme, 1996.

GARCIA, S.R. e MARTINS, F. Lógica conversacional e técnica psicanalítica. **Agora**. Rio de Janeiro, dez., v.5, n.2, 2002. P. 249-270

GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GOLDENBERG JI. **Cotidiano e instituição: revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituição pública**. [tese] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 1998.

GONÇALVES, A.M ,Sena. **A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família**. Rev. Latino-am Enfermagem, 2001 março 9 (2):48-55

GUATARI, F. *Caosmosis manantial*, Buenos Aires, P. 11-46, 121-144.1992.

GOFFMAN, Erving. **O modelo médico e a hospitalização psiquiátrica. Manicômios, prisões e conventos** (2ª ed.). Perspectiva, São Paulo, pp261-312 (coleção debates e psicologia), 2001.

GOURLART, MCS. O enfermeiro psiquiatra e a utilização de técnicas sociais como doentes mentais crônicos hospitalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, 3 (4): P.113-120, DEZ.1990.

GUSSI MA. **Institucionalização da psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil**. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/ USP; 1987.

HICKMAN, J. S. Rosemarie Rizzo Parse. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000 P. 2.

JORGE, B.S. M (org.); **Saúde mental da prática asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial. 2000.

KANTORSKI, L.P. et al. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.39, n.3, 2005. P.317-24.

KIRSCHBAUM DIR. **Análise histórica das s de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50**. *Rev. Lat. Am Enfermagem* 1997 mai; 5 (especial): 19-30.

KIRSCHBAUM DIR. **O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos?** *Cadernos IPUB*. 2000; 19(6): 15-31.

LAUTERT, I. **O desgaste profissional do enfermeiro**. [Tese]. Salamanca (Es): Faculdade de Psicologia Universidade Pontifícia de Salamanca; 1995. P. 67-281.

LOBOSQUE, A. M. **Clínica em movimento por uma sociedade sem manicômio**. Rio de Janeiro: Garamond; 2003.

LOUZADA, APF, BONALDI C, BARROS MEB. **Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas**. Pinheiro R, Barros MEB, Mattos R, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e s*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2007. P. 37-52.

MACHADO, A. L.; COLVERO, L. A. **Unidade de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e atuação da equipe de enfermagem.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, P. 672-677, 2003.

MAIA, Rousilley C.M e FERNANDES, Adelia B.. Ver. Bras. Co.Soc.[online]. 2002 vol.17, **O movimento antimanicomial como agente discursivo na esfera pública política.** N.48, P. 157-171.

MANFREDA, MLKRAMPÍTZ,S.D. **The history of psychiatric and psychiatric nursing** . *Psychiatric nursing*.10. Ed. Filadélfia, Davis, 1977. Cap.4, P.31-52.

MARCON, h.h. **A subjetividade no trabalho com saúde mental.** *Psucheê*. São Paulo, n.20, 2007, P.151-164.

MATTOS, R.A. **A integralidade na (ou sobre a da integralidade).** *CAD Saúde Pública* 2004; 20:1411.

MELMAN, J. **Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica.** In Fernandes MI (org.). *Fim de século: ainda manicômios?* IPUSP, São Paulo.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental. Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** 2ª Edição; Coleção ensaios transversais: São Paulo: Escrituras. 2006.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio da micropolítico do trabalho vivo). In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES.** São Paulo: Lemos Editorial, 1997.P. 125-141.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 189 p, 2002.

MILES, Agnes. **O doente mental na sociedade contemporânea.** Rio de Janeiro: Aahar Editores, 1982.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, (Brasil) Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde Mental no SUS - Relatório de Gestão 2003-2006.** Acesso ao tratamento e mudanças na Atenção; Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Cadernos de Atenção Básica- Diretrizes do Naf-Núcleo de apoio a saúde da família**, Brasília DF, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf

MIRANDA, M.C.L. Algumas questões sobre assistência de Enfermagem Psiquiátrica de qualidade. **Cadernos do IPUB**, n.3, P.77-82, 1996.

MIRANDA, M.CL. **O parentesco imaginário: História e representação da loucura nas relações do espaço asilar**. São Paulo (SP): Cortez; 1994.

MORIN, E. **A inteligência da complexidade**. 2. Ed. São Paulo: Petrópolis, 2000.

MOURA, A. H. de. A psicoterapia Institucional e o clube dos saberes. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

ODA, ANA MARIA GALDINI RAIMUNDO. **Aspectos Históricos da Internação Psiquiátrica no Brasil**. Província de São Paulo, Relatórios dos Presidentes: 1883, 1887. UNICAMP Disponível em: <http://www.crijukebox.uchicago.edu/bsd/bsd/hartness/menthosP.hT.Ml>. Acessado em 08 de Março de 2012.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. **História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, P. 983-1010, set.-dez. 2005.

OLIVEIRA, A.G.B. , ALESSI,N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Ver. Latino-am Enfermagem; 2003**.

OLIVEIRA, M.L. **Uma análise da intersecção família e reforma psiquiátrica no contexto do Centro de atenção psicossocial- CAPS III da cidade de Alagoinhas**. Dissertação (mestrado) UCSAL. 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Caracas. In:**CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**, 2,Brasília. 1992. Brasília, Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1992. P.30-31.

ORNELLAS, C.P. O paciente excluído: **história e crítica das s médicas de confinamento**. Rio de Janeiro: Revan; 1997.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PASSOS, E. BARROS, R. B. de. **A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade**. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, v. 16, n.1, jan./abr.2000.P. 71-79.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional em saúde: conceito e tipologia**. *Revista de Saúde Pública*. V.1, n.35, 2001.P. 103-109.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho em interação**. [Tese]. Campinas (SP): Faculdades de ciências médicas/ UNICAMP; 1998.

POUJOL, J. **Manual de relacionamento de ajuda conselhos práticos para acompanhamento psicológico e espiritual**. Tradução:Norma Cristina Guimarães Braga. São Paulo: Vida Nova, 2006.

POTTER, P. (2005). **Fundamentos de Enfermagem**. São Paulo: Guanabara.

PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; SILVA JR.; A.G.. **A integralidade na atenção a saúde da população**. In: MARINS, J.JN; REGO, S.; LAMPERT, J.B, ARAUJO, J.G.C (orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucittec/Abeem, 2004. P.269-284

PEPLAU, H.E. **Interpersonal relations in nursing**. New York (USA); G.P. PuT.Man's; 1988.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e enfermagem**. São Paulo: Cortez.,1989.
PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo (SP): Annablume; 1998.

PITTA, A. **Avaliando as transformações na assistência psiquiátrica brasileira**. In: RUSSO, J.; SILVA FILHO, J.F. da (orgs.) *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UFRJ, 1993. P. 125-34.

PITTA-HOISEL, A.M. **Sobre uma política de saúde mental**. São Paulo, 1984. [Dissertação de Mestrado-Faculdade de Medicina de USP]
QUEIROZ, V. M. de; SALUM, M. J. L. **Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem**. Trabalho apresentado no 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. São Paulo, 1996.

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Ed.Jorge Zahar . 2000.

RABINOVICH, P.E. **Família em Mudança**. Ed. Companhia Limitada, 1ª ed. In: CaP. Resiliência e Brasilidade P.167-192,São Paulo (2004)

REZENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: BEZERRA JÚNIOR, B. **Cidadania e loucura- Políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1987, CaP.1,P.15-73.

ROCHA, R. **Enfermagem Psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Te Cora,1994.140P.

RODRIGUES, R.M ; SCHENEIDER,J.F. **A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico**.Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto,v.7,n.3,P.33-40, julho 1999.

ROSA, L. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez, 2008.

ROTELLI F., Leonardis O, Mauri D. **Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”**. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, Risio C. Desinstitucionalização. São Paulo (SP): Hucitec; 1990.

RUIZ, J.A **Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos**. São Paulo: Atlas; 1976.

SZASZ, TS. **Ideologia e doença mental: ensaios sobre a desumanização psiquiátrica do homem**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. 228 P.

SANT'ANA, M.M e cols. **O significado de ser Familiar cuidador do portador de transtorno mental**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2011.

SARACENO;B. **Reabilitação psicossocial**. In; Pitta AMF, organizador. 3ª ed. Reabilitação Social no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2010.

SARTI, C. A. **A família como ordem simbólica**. Escola Paulista de medicina. UNIFESP, 2004.

SARTI, C. A. **Família em Mudança**. Ed. Companhia Limitada, 1ª ed. São Paulo In: CaP. Algumas questões sobre políticas sociais; P.193-213, 2004.

SENA, T.J. **O ensino da enfermagem psiquiátrica e sua influencia sobre a profissional**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 37, Olinda 1986, Anais. Olinda, ABEN, 1986,P.390-4. SILVA, ALA; FONSECA, R.M.G.S. **Repensando o trabalho em saúde mental: a questão da interdisciplinaridade**. Rev.Bras. de Enfermagem, Brasília, v.48,n.3,P.212-217,jul/ago/set.1995.

SILVA FILHO, J.F. **O sistema de saúde e a assistência psiquiátrica no Brasil**. J. Bras. Psiquia.39: 135-46, 1990.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, G.B. da. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986. 143 P.

SMELTZER, C.S e Cols. Brunner & Suddarth. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Gen. Vol.1.11ª edição, 2008.

STEFANELLI, M. C. et al Seminário Nacional de Enfermagem em Saúde Mental.; relatório final. Rev.Esc.Enf., USP, São Paulo. v.28, n. 3, P.337-341,1994.**Reflexões sobre a formação profissional em Saúde Mental para atuar em hospital geral-Enfermagem**. Enfermagem Científica, São Paulo, n.4, ano I, P.15-18, 1991.

STUART, G.W.;LARAIA,M.T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e s**; Trad. De Dayse Batista. 6ª ed.Porto Alegre. ArT.Med, 2002.

TENÓRIO, F.: **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos**. História, ciência e saúde - Manguinhos. Rio de Janeiro, v.9, n.1, P. 25-59, 2002.

TERRA, M.G.; CAMPOGARA, S.; SILVA L.C; GIROND, J.B.R; NASCIMENTO K; RADUNZ, V. et al. **O significado de cuidar no contexto do pensamento complexo: novas possibilidades para enfermagem**. 2007. P. 164-168.

TORRAINE, A. **Crítica da modernidade**. Petrópolis, Vozes, 1994.

TSU, T.M.J.A. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias.** São Paulo: EDUSP, 1993.

VASCONCELOS, E.M. **Contribuição à avaliação da estratégia de integração do programa de saúde mental no sistema único de saúde no Brasil recente.** R.Bras. Psiquiatria; 41: 283-6, 1992.

VASCONCELOS, E.M. **Pós-modernidade, complexidade e estratégias epistemológicas para s, saberes e sentidos.** Petrópolis: Vozes, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 2. ed. São Paulo: Cortez, P. 217-262, 2002.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessario.** 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WALDOW, V. R. Examinando o conhecimento na enfermagem. In MEYER et al. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

WALDOW, V.R. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1998.

WATSON, J. Watson theory of transpersonal caring. In. WALPHU, P.H; NEUMAN B. **Blueprint for use nursing models; education, research, practice and administration.** New York (NY/USA): NLN Press, 1996. P. 141-84.

WRIGHT L., & LEAHEY M. . **Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention.** Philadelphia: F.A.Davis Company.2005.

YAHN, M. **O valor da psiquiátrica.** An Enferm 1947; 16(22):43-7.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.