

1 INTRODUÇÃO

A política de saúde do setor público no Brasil, a partir de 1988, com a Constituição Federal, e, posteriormente, em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 / 90 e 8.142/90) vem passando por grandes mudanças nos níveis paradigmáticos e organizativos. São novos modos de se conceber a saúde e a assistência e novas formas de organização dos serviços.

No que tange a área de saúde mental as mudanças estão atreladas aos propósitos da Reforma Psiquiátrica, em que o modelo asilar dá lugar às unidades de atenção básica e a prática assistencial passa a ser de caráter coletivo e preventivo. Mas, essas mudanças dependem principalmente de como as relações cotidianas são estabelecidas nos processos de trabalho, bem como a gestão dos serviços é feita. Portanto, a qualificação profissional e a maneira de atuação dos sujeitos participantes das situações concretas desenvolvidas nos serviços de saúde são condições essenciais para que os princípios da Reforma Psiquiátrica sejam concretizados no cotidiano dos serviços e contribuam para a humanização do ambiente hospitalar.

A presença de medidas coercitivas durante a internação, o isolamento da família e a terapêutica alopática são apenas alguns exemplos que caracterizam os procedimentos invasivos adotados durante a internação.

É importante ter em mente que o doente mental tem como característica principal os distúrbios mentais e do comportamento que afetam todos os familiares. Por sua vez, as atividades de assistência ao doente mental são altamente estressantes para a equipe de enfermagem, que lida 24 horas com essa clientela.

Sob a ótica da nova Política Nacional de Saúde Mental as práticas assistenciais devem pautar-se nos princípios da cidadania, em que o paciente deve ser atendido de forma individual e coletiva inserido na família, na comunidade e na sociedade. Disto decorre as indagações problematizantes: Qual a concepção que

têm os enfermeiros sobre o cuidado humanizado na prática hospitalar em saúde mental? Quais os desafios enfrentados pela enfermagem para adotar no cotidiano do trabalho em saúde mental os princípios da reforma Psiquiátrica?

O pressuposto defendido é que o cuidar em saúde mental necessita pautar-se na valorização da pessoa humana em sua integralidade, na fraternidade, em que os princípios filosóficos da humanização sejam as bases para o descobrimento de caminhos para o entendimento do comportamento do usuário e das práticas assistenciais em saúde.

O que está em jogo, no caso da assistência a esses clientes, quando internados em instituições hospitalares, não são apenas o cuidado e a tecnologia necessária para a prestação do cuidado; mas sim uma série de medidas para humanizar esse cuidado e amenizar o estresse e a adversidade do ambiente hostil do hospital, em consonância com a especificidade de cada patologia.

A filosofia da humanização da assistência aparece como estratégia alternativa para que o profissional da enfermagem passe a lidar adequadamente com as diversidades das situações psicoemocionais nas quais estão mergulhados os pacientes e o pessoal de enfermagem, bem como, toda a equipe multiprofissional que lida com o atendimento.

A partir dessa compreensão, a realidade captada foi estruturada de forma a favorecer o entendimento do fenômeno da humanização no cotidiano da prática de enfermagem, tendo como referencial não só os princípios da Reforma Psiquiátrica, mas, também, as diretrizes orientadoras do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao longo desta monografia é feita a articulação da abordagem teórica com a empírica. Parte-se do entendimento de que é necessário analisar em que nível se dá no cotidiano do trabalho em saúde mental as competências e habilidades do enfermeiro para lidar com o cuidado humanizado ao cliente psiquiátrico.

A estrutura deste trabalho está disposta, além desta Introdução e das Conclusões, em cinco capítulos que versam, respectivamente, sobre os objetivos, a metodologia, o referencial teórico e o cotidiano da prática em saúde mental.

No capítulo da Metodologia são anunciados os percursos seguidos para investigar o objeto, definindo e justificando o cenário, os atores sociais, o instrumento da coleta de dados e os procedimentos para coleta e análise dos dados da investigação. Os argumentos são sustentados nos enunciados da pesquisa qualitativa.

No do referencial teórico são abordados aspectos sobre a reforma psiquiátrica e a humanização, argumentando que com a Reforma Psiquiátrica os desafios para a equipe de enfermagem em romper com as amarras do paradigma monocomial se avultam. Afirma-se que a humanização do cuidado é o caminho mais viável para o tratamento de pacientes com transtornos mentais.

Já no capítulo sobre a prática de enfermagem em saúde mental é exposta a realidade empírica do objeto em articulação com o referencial teórico. Argumenta-se que os atores sociais que participaram do estudo reconhecem que os princípios da humanização aparecem como eixo de sustentação de uma prática de enfermagem psiquiátrica voltada para a inovação no atendimento às necessidades de saúde mental do cliente, enquanto cidadão que carece de atenção integral.

2 OBJETIVOS

Analisar a percepção dos enfermeiros sobre o cuidado humanizado no cotidiano da assistência de enfermagem em uma unidade hospitalar de saúde mental.

Identificar as competências e habilidades dos enfermeiros que evidenciem a preocupação com o cuidado humanizado na assistência ao cliente de uma unidade de internação de saúde mental.

Refletir sobre o enfrentamento do trabalho em enfermagem para lidar com o cuidado humanizado ao cliente de uma unidade de internação de saúde mental.

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Neste capítulo inserimos o objeto de investigação no contexto mais amplo da saúde mental, fazendo uma rápida abordagem da Reforma Psiquiátrica no Brasil, em articulação com o cenário mundial.

A questão central é como se deu a relação da Reforma no mundo com a do Brasil.

Percebemos também que a Lei Paulo Delgado (Lei da Reforma no Brasil) é o marco para novas posturas no cuidar do paciente com distúrbios mentais.

3.1.1 A Reforma Psiquiátrica no Mundo

A psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica surgiram em hospícios, em que o mundo do louco e da loucura era o mundo do excluído e do marginalizado.

O hospício, afirma Schneider (1997), era instituição disciplinar para reeducação do louco/alienado, o médico/alienista, a figura de autoridade a ser respeitada e imitada naquele projeto e, os trabalhadores de enfermagem, os atores coadjuvantes no processo, os executores da ordem disciplinar emanada dos médicos.

Esse fenômeno, até os idos anos 40, ocorria sem nenhum questionamento, a não ser por alguns teóricos de forma isolada.

A reforma psiquiátrica surgiu primeiro na Itália em 1978 e foi disseminada em outros países. É um Movimento Social que o envolvimento de técnicos e

administradores, pois foi desencadeado pelos Trabalhadores em Saúde Mental, com o lema: "por uma sociedade sem manicômios" (SILVA e BARROS, 2005).

O Pesquisador e psiquiatra Fernando Tenório, em suas teses sobre a Reforma Psiquiátrica confirma que passada a II Guerra Mundial, vários movimentos de contestação do saber e práticas psiquiátricas se faziam notar no cenário mundial, dos quais se destaca a Psiquiatria de Setor na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e a Psiquiatria Preventiva nos EUA (TENÓRIO, 2000).

Eram movimentos de "reforma" da assistência psiquiátrica no sentido de apontarem para um rearranjo técnico-científico e administrativo da Psiquiatria, sem a radicalidade da desinstitucionalização, proposta pelo movimento italiano, a partir de 1960 (TENÓRIO, 2002).

Foi significativo o reflexo desses movimentos no campo acadêmico e na literatura, como é o caso de Michael Foucault, com o seu livro "O Nascimento da Clínica", que defendeu sua tese de insustentabilidade dos manicômios.

Para entendermos o significado da reforma psiquiátrica vamos buscar em Tenório (2002) a afirmativa de que ela se confunde com a própria insatisfação do homem com o modelo asilar hegemônico e hospitalocêntrico que marginalizava os doentes sob o aval dos familiares.

Para o autor supracitado, "as novas formas de concepção e tratamento do sofrimento psíquico em suas manifestações desviantes e anti-sociais fluíram do mundo acadêmico para os equipamentos estatais de produção e implementação de políticas de saúde pública" (TENÓRIO, 2002, p. 3).

A Reforma do Modelo de Assistência em Saúde Mental, conhecida como Reforma Psiquiátrica, propõe a reinserção social e a assistência integral ao paciente. Além disso, prevê que a internação em hospital seja o último recurso no tratamento de doenças mentais.

Segundo Paulo Amarante, desde o surgimento da psiquiatria como disciplina específica, se pensa e se fala em "reforma da Psiquiatria", porém é após a II Guerra Mundial que este propósito se intensifica e originam-se projetos mais

delimitados de natureza técnica e administrativa de intervenção da psiquiatria, denominados de reformas psiquiátricas (AMARANTE,1995).

Pode-se dizer não de uma única reforma psiquiátrica, mas de reformas psiquiátricas. Na Inglaterra do pós-guerra (II Grande Guerra), surgiu como uma possível saída para a grave situação dos hospitais psiquiátricos a prática da psicoterapia grupal.

Na França, no início dos anos 50, nasceu a análise institucional francesa, buscando "tratar o doente pela instituição e tratar a instituição como um doente".

Nos E.U.A., inicia a psiquiatria preventiva ou comunitária, visando a prevenção do adoecer psíquico.

Na Itália, 20 anos após a institucionalização da lei da reforma psiquiátrica é que o governo prevê o fechamento completo dos manicômios (BASAGLIA, 1996). Importa esclarecer que em 13 de Maio de 1978 foi aprovada pelo Parlamento Italiano a Lei 180, posteriormente englobada na Lei 833 da Reforma Sanitária daquele País.

A Lei Italiana 180/1978 proibia, em 1978, novas internações em manicômios, determinava seu esvaziamento progressivo e definia a necessidade da criação de estruturas territoriais que respondessem à demanda, abolindo a ligação imediata e necessária entre a doença mental e a noção de periculosidade social (BARROS, 1994).

As transformações introduzidas pelas intervenções psiquiátricas nas cidades italianas inspiraram o movimento de reforma psiquiátrica e as inovações normativas provocadas pela aprovação da Lei 180, criaram campo de tensão nas relações entre psiquiatria e justiça.

No entender de Joel Birman, *apud*, Lougon (1998), o Movimento pela Reforma Psiquiátrica expressa "uma maior maturidade teórica apolítica", a qual pode ser entendida como transformações em psiquiatria que vão, além da busca de soluções técnicas ou administrativas, até a remontagem de questões teóricas, políticas, culturais e sociais.

3.1.2 A Lei Paulo Delgado e um Breve Histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil

Buscamos em Tenório (2000 e 2002), Silva e Barros (2005) e Brasil (1988, 1994 e 2002) fundamentos para afirmar que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, antes da promulgação da Lei de Saúde Mental (A Lei 10.216 / 2001 é denominada Lei Paulo Delgado e diz respeito à Reforma Psiquiátrica) teve um período marcado por episódios que vão desde a exclusão asilar até a busca de construção de um método conceitual e prático que rompesse definitivamente com as amarras do modelo hospitalocêntrico.

Sobre esse modelo Guimarães (1984) e Luz (1986) à época já afirmaram que as instituições de saúde no Brasil adotavam estratégias de hegemonia e medicalização carecendo de um projeto contrahegemônico e transformador para a saúde em geral.

Vamos encontrar no Relatório da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, significativos dados históricos sobre a reestruturação da saúde mental no Brasil. Para esse documento é marcante a influência desses movimentos de crítica à psiquiatria fazendo-se notar, em diferentes momentos, no contexto da sociedade brasileira.

No final dos anos 1970 e início de 1980, período marcado pelo final da ditadura, falência do "milagre econômico", suspensão da censura, reorganização da sociedade através do ressurgimento dos sindicatos, partidos políticos e retorno ao Estado de Direito, as idéias de Foucault, Goffman, Castel, Szaz, Basaglia e outros tiveram forte influência.

Esse período é considerado como o primeiro momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, denominado "trajetória alternativa" desse processo (BRASIL 1994).

No segundo momento, principalmente no período político da Nova República, o movimento da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica incorporou-se ao aparelho de Estado e a crítica original da cientificidade da medicina/psiquiatria e da neutralidade da ciência cedeu espaço para a idéia de que uma nova administração estatal resolveria os problemas de saúde/saúde mental da população. Trata-se de momento institucionalizante do processo.

No terceiro momento, o da desinstitucionalização, cujo lema Por uma sociedade sem manicômios, retrata a medida do resgate da crítica da institucionalização da medicina/psiquiatria, sob forte influência da "tradição basagliana", propõem-se mudanças no modelo de intervenção: as macropolíticas cedem espaço para a reinvenção do cotidiano e enfatizam-se experiências localizadas (TENÓRIO, 2000)..

Nessa nova concepção de objeto e de intervenção, compreende-se a desinstitucionalização como:

um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. [...] Mas, se o objeto ao invés de ser "a doença" torna-se a "existência-sofrimento dos pacientes" e a sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (BRASIL, 1994, 34).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica como um movimento, um processo histórico que se constitui pela crítica ao paradigma psiquiátrico clássico e pelas práticas que transformam/superam esse paradigma, no contexto brasileiro, a partir do final da década de 1970. Apresenta-se fundamentalmente como crítica à conjuntura nacional do sistema de saúde mental e, principalmente, como crítica estrutural à "instituição" - psiquiatria. Como processo histórico, insere-se numa totalidade complexa e dinâmica, portanto, também determinado nacionalmente pelo processo de redemocratização em curso no País a partir daquela época (TENÓRIO, 2002).

Essa nova estrutura da saúde mental surge no Brasil como projeção do projeto de medicina social, que propunha a reformulação das instituições de psiquiatria, com o objetivo de transformação desses locais de produção de doença e morte em instituições de cura/reeducação, ou seja, o hospício moderno.

A enfermagem, participante do processo de medicina social moderna, teve papel importante relacionado ao conhecimento e organização interna do espaço asilar/hospitalar. No que se refere ao hospício, estudos destacam o papel do "enfermeiro" (SILVA e BARROS, 2005) no processo de reorganização da assistência.

Ao abordarmos a Reforma Psiquiátrica Brasileira, destacamos a necessidade de compreender esse processo histórico de organização da assistência psiquiátrica a partir de suas determinações gerais e específicas no cenário nacional, o que não pode ser dissociado do contexto da legislação, com destaque para a Lei Paulo Delgado.

A Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216) inspirou os vários estados brasileiros a adoção de práticas sociais em defesa dos Direitos Humanos dos pacientes.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

O Programa de Volta para Casa, programa que oferece uma bolsa para egressos de longas internações em hospitais Psiquiátricos, também faz parte desta Política.

A internação de pessoas portadoras de transtornos mentais no Brasil remonta à metade do Século XIX. Desde então, atenção aos portadores de transtornos mentais foi quase sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados.

Cabe ressaltar ainda que a oferta desse atendimento hospitalar concentrou-se nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental.

A partir dos anos 70, têm início experiências de transformação da assistência, pautadas no começo pela reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e mais tarde pela proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital especializado.

Com a proclamação da Constituição, em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental.

Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental, e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) contidas na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde (M.S.), a partir da década passada, define uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária.

Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado.

Dentre os vários critérios que possibilitam a adoção de uma prática humanizada em saúde mental, após a Reforma Psiquiátrica, segundo Tenório (2000), destacam-se:

- É a ampla mudança do atendimento público em Saúde Mental, garantindo o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade;
- É amparada pela lei 10.216/2001, conquista de uma luta social que durou 12 anos;
- Significa a mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio na família e na comunidade;

- O atendimento é feito em Caps - Centros de Atenção Psicossocial -, Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência;
- As internações, quando necessárias, são feitas em hospitais gerais ou nos Caps/24 horas. Os hospitais psiquiátricos de grande porte vão sendo progressivamente substituídos.

Sancionada em 6 de abril de 2001, a referida Lei Paulo Delgado regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, destacando-se o processo de desospitalização, implementado através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os centros de atenção psicossocial (CAPS).

Pelo que fica claro no relatório da terceira Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002), seu objetivo centra-se na filosofia da humanização do tratamento, de modo que a internação seja o último recurso - e ainda assim, cercado dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do paciente.

Na compreensão de Silva e Barros (2005, p. 314):

Há a preocupação de se evitar as internações prolongadas e em reduzir as compulsórias. A proposta é privilegiar o convívio do paciente com a família. Neste novo modelo, a sociedade é chamada a assumir sua responsabilidade com os portadores de transtornos mentais, o que certamente implica a conscientização de que o regime aberto não oferece risco para ninguém, que o doente mental não é um incapaz e de que a inserção social é mais eficaz para a sua recuperação. A reforma psiquiátrica elegeu os agentes fundamentais neste processo: os médicos e a família, que passam a ser peças fundamentais (SILVA e BARROS, 2005, p. 314).

O início do processo de Reforma Psiquiátrica tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar.

É, portanto, para Oliveira (2003), um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades,

no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

É sob a égide desse movimento que os principais componentes da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem seu alicerce no processo de delineamento progressivo da política de saúde mental do Ministério da Saúde, alinhada com os princípios da Reforma, podendo serem assim categorizados, a partir do que denota Brasil (2005):

a) **Modelo hospitalocêntrico (1978-1991)**, caracterizado pelo efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

b) **Implantação da rede extra-hospitalar (1992-2000)** sob a égide do Projeto de Lei Paulo Delgado, vários estados brasileiros conseguem aprovar as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

O marco é a II Conferência Nacional de Saúde Mental, seguindo a orientação da Declaração de Caracas, começa a vigorar no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as

primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL 2002).

c) **A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional (2001 -2005)** com a sanção da Lei Paulo Delgado (Lei Federal 10.216 /2001) há o redirecionamento da assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

A Lei da Reforma Psiquiátrica impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Ao parafrasear Castellanos et al (1989) podemos afirmar que no contexto da Reforma Sanitária o trabalho de enfermagem tem assumido novos contornos passando de uma prática, eminentemente institucionalizada em saúde mental para uma prática descentralizada, no domicílio, nas unidades básicas de saúde, nos CAPS e/ou nos hospitais, como preconiza o SUS/PSF.

Em conseqüência, a atual prática de enfermagem sai de uma prática do cuidado hospitalar que visava a contenção do comportamento dos "doentes mentais" para incorporar princípios novos e desconhecidos, buscando adequar-se a uma prática interdisciplinar, aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações. É, portanto, período crítico para a profissão e favorável para o conhecimento e análise do processo de trabalho nessa área.

3.2 A SAÚDE MENTAL SOB A ÓTICA DA HUMANIZAÇÃO DO SUS

A abordagem deste tópico busca avançar no enfoque da Reforma Psiquiátrica no Brasil, atendo-se as conseqüências desse movimento para a assistência aos portadores de algum transtorno mental.

Desta feita discute a saúde mental sob a ótica da humanização, atendo-se ao conceito e abrangência da humanização como instrumento de acolhimento ao usuário dos serviços de saúde da área da saúde mental.

3.2.1- Sobre os Sentidos da Humanização na Política do SUS

O tema do humanismo passa a integrar a agenda de debates em vários campos do conhecimento a partir de reflexões críticas que mostram a necessidade da retomada da valorização do ser humano e de um maior equilíbrio deste com a natureza, assim como de um maior equilíbrio da razão com a emoção.

No campo da saúde no Brasil, o termo humanismo é substituído por humanização, e vários autores, como, Ayres (2005), Benevides (2005), Deslandes (2006) e Campos (2006), vêm discutindo os seus variados sentidos que revelam suas múltiplas relações e complexidade.

Deslandes (2006, p. 29) afirmou que o significado da humanização evidencia:

... diversos sentidos assumidos por esta noção em documentos veiculados pelo Ministério da Saúde, tais como: oposição à violência institucional; qualidade do atendimento, associando excelência técnica com capacidade de acolhimento e resposta; cuidado com as condições de trabalho dos profissionais; e ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços. São, portanto, bastante amplas e diversas as possíveis aproximações à questão.

Assim sendo, o sentido da humanização na saúde, não deve prescindir de alguns apartes, que irão ajudar na compreensão da realidade encontrada, reveladora de situações desumanizadoras e de desafios a serem enfrentados na perspectiva de uma re-humanização.

3.2.2 Aspectos Epistemológicos da Humanização

Na verdade discutir humanização na saúde ou em qualquer outra área nos remete a duas questões: A humanidade já não é parte do humano? A desumanidade surge em decorrência de quê?

Morin (2004, 2005) nos ensina que a natureza humana é contraditória e dúbia e que a humanidade não deve ser vista como algo dado, fixo, mas como produto de um devir, sempre muito ambivalente. Diz-nos ainda que a humanidade surge de uma pluralidade e uma justaposição de trindades: indivíduo / sociedade / espécie; cérebro / cultura / espírito; razão / afetividade / pulsão. E que o homo, é ao mesmo tempo, *sapiens e demens*, bipolarizado, e por assim ser um *homo complexus*, nos coloca diante de um paradoxo: - a desumanidade faz parte da humanidade - e sobre isto assinala:

Estamos enraizados em nosso universo e em nossa vida, mas nos desenvolvemos para, além disso. É nesse além que se dá o desenvolvimento da humanidade e da desumanidade da humanidade. (MORIN, 2005, p.50).

Assim sendo, para este autor, só o pensamento complexo nos abre o caminho para compreender melhor os problemas humanos.

Diante do exposto a discussão sobre o tema da humanização em qualquer especialidade da área da saúde, mesmo com as especificidades que caracterizam as formas como a desumanização se expressa, e as suas subjetivações, deve considerar a realidade social como um todo e suas múltiplas relações.

Como relata Morin (2000) produzimos a sociedade que nos produz. Ao mesmo tempo, não devemos esquecer que somos não só uma pequena parte de um todo, o todo social, mas que esse todo está no interior de nós próprios, ou seja, temos as regras sociais, a linguagem social, a cultura e normas sociais em nosso interior. Segundo este princípio, não só a parte está no todo como o todo está na

parte.

Nesta linha de pensamento, Puccini e Cecília (2004) entendem a humanização na saúde de uma forma não reduzida a um problema no interior da epistemologia médica, que busca retomar a assistência a um modelo do passado "mais humano" e menos tecnológico mercadológico, ou visando superar efeitos do mercado e da tecnologia.

Mas, sobretudo como resultante do estranhamento do homem diante do seu mundo, portanto, a ser compreendida de forma articulada com a evolução das relações sociais, considerando a concepção de totalidade concreta, das classes sociais, da cultura e do Estado moderno.

Esta compreensão evidencia a essência humana não como algo abstrato e imanente exclusivamente de cada indivíduo, ou como algo universal que se manifesta em todos os indivíduos, mas como produto das relações sociais estabelecidas entre o normal e o anormal (AMARANTE, 1995).

Em outra abordagem que tem uma relação com este posicionamento, Benevides e Passos (2005) chamam atenção para a necessidade de redefinir o significado da humanização no contexto atual da saúde, para que não seja um conceito - sintoma, caracterizado por um certo modismo, muitas vezes presentes em práticas de atenção de maneira centrada em áreas específicas de assistência; ou vinculado ao exercício profissional, focando apenas esse ou aquele grupo. Por exemplo, as questões de gênero.

A proposta é uma compreensão da humanização como um conceito imbuído de experiências, que parte das existências concretas considerando o humano em sua diversidade, e nas mudanças que experimenta nas vivências coletivas.

De acordo com esta concepção a humanização é vista como uma estratégia de interferência nas práticas de saúde, levando em conta que, os atores concretos e engajados em experiências locais (os enfermeiros), quando mobilizados, são capazes de assumir o protagonismo e de provocar mudanças.

Já para Campos (2006), o conceito de humanização tem uma relação

estreita com outros dois conceitos o de defesa da vida e o de Paidéia. A defesa da vida considerada como objetivo permanente a ser buscada por qualquer projeto no campo da saúde.

E o de Paidéia justificado pelo fato de induzir a pensar modos e maneiras para o desenvolvimento integral do ser humano, seja ele usuário ou trabalhador de saúde (CAMPOS, 2006).

Pode-se considerar que o encarceramento e a exclusão como forma de tratamento dos comportamentos desviantes na sociedade ocidental foram desconstruídos a partir das teorizações de Foucault em a História da Loucura escrito nos anos 60.

3.2.3 Ampliando o Significado da Humanização Enquanto Política

Analisando o sentido da humanização no discurso da Política Nacional de Saúde, em vigor a partir de 2004 (BRASIL, 2004 e 2007), explicitado em documentos e falas institucionais, constatamos que o mesmo, incorpora grande parte das idéias apresentadas por autores como Nogueira (2001), Oliveira, Zampiere e Bruggmann (2001) dentre outros.

Esse sentido revela um ideário que envolve a produção do cuidado; as condições nas quais o trabalho está sendo desenvolvido; e a forma de gestão do serviço, permeados pelas interrelações estabelecidas entre usuários, trabalhadores e gestores em uma realidade concreta, como bem destaca Deslandes (2006).

A produção do cuidado, entendido como a conformação do ato assistencial de promoção, proteção ou recuperação da saúde, tendo o usuário como copartícipe e corresponsável, pode gerar maior ou menor compromisso dos profissionais; e maior ou menor satisfação do usuário, conforme a interação entre todos os participantes do processo, e seu êxito ou insucesso depende da forma como foi produzido.

As condições nas quais o trabalho se desenvolve, reportam-se as condições necessárias para realização das ações; a segurança e satisfação no ambiente de trabalho, incluindo as relações trabalhistas. Elementos importantes tanto para o trabalhador (enfermeiro / cuidador), como para o usuário (pessoa que está sendo cuidado), por influenciarem diretamente na produção do cuidado, e nos seus resultados, ocasionando sentimentos de prazer ou desprazer (TENÓRIO, 2000).

Sobre a humanização do cuidado, esta, é considerada como modo de operar o cotidiano para gerar mudanças na assistência de forma a direcioná-la. para abrir espaços de participação, estimulando assim a corresponsabilidade, a autonomia, a criatividade, e contribuindo para desalienação no trabalho e a maior satisfação dos agentes participantes (usuário e trabalhador).

A ideia da humanização na política pública, também incorpora o seu reconhecimento como direito de cidadania. Entretanto, lembramos que a noção de direito, não deve ser limitada às conquistas legais ou ao acesso a situações definidas, mas o direito de ter direitos. A cidadania nesta concepção, requer a constituição de sujeitos ativos, definindo o que eles acham ser direitos e lutando pelo sua consecução.

Deste modo, segundo Benevides (1994) a cidadania passa a ter um caráter ativo e não passivo e implica além da acessibilidade a bens e serviços com qualidade, o gozo de liberdades, o exercício de deveres e a participação nos processos políticos, na representação política e na formulação e controle das políticas implementadas.

Nessa linha de argumentação o direito dos usuários está diretamente relacionado aos direitos de cidadania, e à humanização no seu sentido mais amplo como está sendo concebida pela política nacional de humanização (PNH), abriga este entendimento a partir de outros princípios que trazem o usuário para o cenário como sujeito protagonista.

Alertamos, porém, que é complexo implantar uma nova concepção de saúde mental de acordo com os princípios constitucionais do SUS ao mesmo tempo que o novo paradigma de saúde mental tem que ser posto em prática em meio a

uma realidade inexistente no momento em que a Reforma foi proposta. Os tempos são outros mesmo quando comparados com as décadas em que Foucault, Goffmann, Deleuze, Guatarri e outros formularam os discursos sobre as determinações sociais da loucura (BRASIL, 1994).

Retomando a questão, outro aspecto identificado na concepção da humanização é sua relação com a solidariedade, o acolhimento, a afetividades e a solidariedade como valor filosófico organizativo.

Sem dúvida que para o estudo da política da humanização é preciso situarmos como são compreendidos alguns conceitos como: acolhimento, humanismo holismo e a diferenciação do enfoque filosófico adotado para os conceitos de usuário, cliente ou paciente.

O acolhimento na política da humanização significa a recepção do usuário desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

No contexto desse entendimento a palavra cliente é usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a idéia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se, nos serviços de saúde paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos (BRASIL, 2007).

Já o termo usuário, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema (NOGUEIRA, 2001).

Segundo Oliveira (2003), na rede da humanização compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da

instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo seres humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

Conforme tal compreensão, podemos evidenciar que a ética da solidariedade também faz parte do sentido da humanização expresso na política.

Diante de sentidos tão complexos, constatamos que humanizar a saúde requer um exercício ético-político da transformação do modo de fazer, o que implica decisões relacionadas ao individual e ao coletivo

3.3 SOBRE O SIGNIFICADO DA SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA HUMANIZAÇÃO

Com a política nacional da humanização no âmbito do SUS, o significado de humanização passou de prática caritativa à valorização dos sujeitos envolvidos nos processos de saúde, enfatizando a construção de um novo modelo, baseado em relações dialógicas, trocas solidárias, promoção de autonomia e compreensão multidimensional de saúde.

Inserida nas abordagens humanistas, a humanização adota uma visão de homem concreto e singular o que nos leva a ressaltar que a exigência da realidade social dos pacientes psiquiátricos demanda profissionais que sejam adeptos de tais abordagens e que tenha no seio de sua prática a defesa dos aspectos holísticos do homem.

Nesse contexto, a saúde mental não é só definida como ausência de doença mental. O próprio Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental

orienta para o entendimento de que é um conjunto de fatores que leva a um bem estar físico, mental e social tal que seja possível a um indivíduo realizar-se plenamente em todo seu potencial permitindo-o lidar adequadamente os problemas usuais da vida, trabalhar, produzir e contribuir com sua família e sua comunidade. Insere-a no contexto mais amplo da saúde, quando consta:

A III Conferência Nacional de Saúde Mental reafirma a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e a necessidade de garantir, nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral, acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social; respeitem as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e das Leis Federal e Estaduais; e priorizem a construção da rede de atenção integral em saúde mental (BRASIL, 2002, p. 23).

Assim, a saúde mental está intimamente ligada à qualidade de vida, conceito amplo que engloba a saúde física do indivíduo, seu estado psicológico, suas relações sociais, seu nível de independência e pelas suas relações com o seu meio ambiente, portando as condições que se apresentam ao indivíduo para ele viver como pretende.

Condições financeiras, saúde pública, oferta de trabalho, saúde física, expectativa de vida, educação, lazer e cultura, relação familiar e comunitária, alimentação e higiene adequadas, combate ao tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, cuidados odontológicos, prevenção à doenças infecciosas, às doenças degenerativas são apenas alguns dos fatores relacionados à saúde mental e à qualidade de vida. O grande desafio é permitir a todos acesso a tais fontes.

É o projeto de um bom governo, mas é também uma busca da comunidade e do indivíduo. Particularmente os profissionais da saúde, que atuam na área da psiquiatria precisam se envolver com a promoção da saúde mental trabalhando esta idéia diariamente com os pacientes, ao promover bons hábitos, a valorização do indivíduo, a busca do pertencimento e de se fazer cidadão. Esta idéia deve permear cada trabalho, cada sessão de terapia, cada atendimento (BRASIL, 1988).

Este é um enfoque que exige a assistência humanizada, como está explícito no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental quando destaca que a Política Nacional de Saúde Mental tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar a partir de formas criativas de acolhimento e atendimento do cliente como ser holístico (BRASIL, 2002).

3.4 ATUAL POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Merece destaque que para o alcance da política de humanização na assistência de saúde mental é importante que as estratégias operacionais do SUS realinhem o fluxo de atendimento do setor e redefina seus objetivos. O fato é que seja estabelecida como meta a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar.

A idéia é que seja dada atenção prioritária ao fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e das Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), para favorecer ao aceleração da redução progressiva dos leitos psiquiátricos, sem o risco de prejudicar ainda mais à qualidade da assistência.

Medidas como: inclusão das ações da saúde mental na atenção básica; implementação de uma política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas; implantação do programa "De Volta Para Casa"; manutenção de um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica; promoção dos direitos de usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado; garantia do tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário); e avaliação continua de todos os hospitais psiquiátricos, por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH / Psiquiatria (BRASIL, 2007) são de suma importância para que os princípios da Reforma Psiquiátrica sejam alcançados na prática.

Em consonância com o objeto investigado e com o que está escrito em Brasil (2007) importa acrescentar que o cenário atual brasileiro denota que há:

- Tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária;
- Entendimento das questões de álcool e outras drogas como problema de saúde pública e como prioridade no atual governo;
- Ratificação das diretrizes do SUS pela Lei Federal 10.216/01 e III Conferência Nacional de Saúde Mental;

Esta afirmativa fundamenta-se e justifica-se nos seguintes dados, extraídos de Brasil (2007, p. 09):

- 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes;
- >6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual;
- 2,3% do orçamento anual do SUS para a Saúde Mental.

E o olhar voltado para essa realidade que o cuidado humanizado na saúde mental é interpretado como essencial.

3.5 O CUIDADO HUMANIZADO NA SAÚDE MENTAL

A origem da humanização da assistência hospitalar da enfermagem confunde-se com o processo de redemocratização da saúde que, a partir de 1988, com a Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), persegue a defesa da vida com qualidade em toda a sua dimensão. Cria-se, então,

um modelo assistencial pautado na integralidade das ações, universalidade dos serviços de forma equânime e igualitária aos cidadãos. Implanta-se o Programa de Humanização Hospitalar e com a Reforma Psiquiátrica (Lei 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001) o novo modelo assistencial em saúde mental e a consequente reorganização dos serviços começa a preponderar em todo o cenário assistencial.

Merece fazer referência que nesse movimento, a Lei da Reforma regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, destacando-se o processo de desospitalização, a ser implementado através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL 2005).

Seu objetivo é humanizar o tratamento, de modo que a internação seja o último recurso - e ainda assim, cercado dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do paciente. Há a preocupação de se evitar as internações prolongadas e em reduzir as compulsórias. A proposta é privilegiar o convívio do paciente com a família. Neste novo modelo, a sociedade é chamada a assumir sua responsabilidade com os portadores de transtornos mentais, o que certamente implica a conscientização de que o regime aberto não oferece risco para ninguém, que o doente mental não é um incapaz e de que a inserção social é mais eficaz para a sua recuperação. A reforma psiquiátrica elegeu os agentes fundamentais neste processo: os médicos e a família, que passam a ser peças fundamentais (BRASIL 2005).

Destaque-se que desde o dia 24 de maio de 2000 foi lançado em todo o País o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (P.N.H.A.H.) cujas ações, de forma integrada, voltam-se para mudar o padrão de assistência ao “usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços” (BRASIL, 2004, p.1).

No que tange a Política da Humanização, que teve sua abordagem redefinida em 2003, propõe um conjunto de ações integradas que visam, fundamentalmente, aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade.

Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2004).

Sobre o novo enfoque dessa política, Ramos (2001, p.42) afirma que,

precisamos despir-nos da idéia que humanização e tecnologia compreendem apenas ações atuais e equipamentos de ultima geração. Não desconsidero estas idéias, apenas quero chamar a atenção para possibilidades de humanizar a aplicação de tecnologias simples, antigas e corriqueiras na enfermagem, lembrando que muitas vezes estão à nossa disposição e não as valorizamos em detrimento da sofisticação.

Ainda Oliveira, Zampieri e Brüggmann (2001, p.139) ressaltam que:

a humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta sim, conduzirá o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para os pacientes que diariamente necessitam de atendimento (...).

Do que está exposto e definido podemos afirmar que humanizar a assistência de Enfermagem significa prestar um atendimento individualizado, afetuoso a paciente psiquiátrico e sua família, visando a redução do estresse, e uma adaptação à situação hospitalar e, conseqüentemente, a evolução do estado patológico da paciente psiquiátrico (Souza, 2000).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPOLOGIA DA PESQUISA

A pesquisa foi do tipo exploratório, com abordagem qualitativa.

Segundo Minayo (1997) e Bardin (1994), a abordagem qualitativa favorece a apreensão significativa da realidade investigada. Por sua vez, a pesquisa exploratória se constitui na forma do investigador adentrar no campo de estudo, seja este, teórico ou empírico (MINAYO, 1997)

As autoras supracitadas defendem que o fenômeno investigado carece de dados qualitativos para sustentar os argumentos subjetivos e significativos da realidade captada (MINAYO, 1997 e BARDIN, 1994).

4.2 O CENÁRIO E OS ATORES SOCIAIS DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa foi realizada no Hospital Municipal de Saúde Mental São Camilo de Léllis, no município de Mossoró, RN. A opção pelo Hospital justificou-se por este ser o único do município e região que presta assistência ao portador de distúrbio mental, em caráter de internação.

A população foi constituída por todos os enfermeiros que trabalham no Hospital Municipal de Saúde Mental São Camilo de Léllis e que na época da coleta dos dados lidavam com a assistência ao usuário.

Assim, participaram da pesquisa cinco enfermeiros, que se constituíram em amostra da investigação. Todos os enfermeiros atuam acima de seis meses no local da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E).

4.3 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

O instrumento da coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturada, em duas partes, conforme detalhado no Apêndice A:

Parte I - Dados de Caracterização dos Entrevistados e da Instituição.

Parte II – Dados relacionados às questões norteadoras.

4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os procedimentos utilizados para coleta de dados foram as entrevista gravadas, com os cinco enfermeiros que à época atuavam na unidade de internação do Hospital Municipal de Saúde Mental São Camilo de Léllis.

No momento das entrevistas, que foram realizadas no próprio ambiente de trabalho dos enfermeiros, procedeu-se observações aleatórias de algo que pudessem contribuir para a melhor interpretação do tema.

Segundo Bardin (1994), o pesquisador que trabalha seus dados a partir da perspectiva da análise de conteúdo deve compreender que detrás do discurso aparente, geralmente simbólico e polissêmico, esconde-se um sentido que convém desvendar. Assim, a interpretação das mensagens precisa ser feita a partir das aparências e das evidências que as mesmas trazem subliminarmente colocadas. Isso, porque, os discursos têm duplo sentido cuja significação profunda só pode surgir depois de uma observação cuidadosa ou intuitiva. Nesse sentido, os passos seguidos para a análise foram:

- a) Leitura e transcrição do material gravado;
- b) Extração das evidências do conteúdo dos discursos dos enfermeiros;

c) Organização e sistematização das evidências em forma de categorias de conteúdo.

d) Análise das categorias centrais extraídas das evidências das falas.

Em observância dos procedimentos éticos da pesquisa com seres humanos a pesquisa contou com anuência e esclarecimentos necessários aos envolvidos, assinatura do TCLE e aprovação do CEP da FACENE, sob protocolo nº 105/2009, datado de 27 de agosto de 2009.

5 A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

Neste capítulo partimos na busca de visualizar a prática assistencial de enfermagem em saúde mental, a partir do cotidiano em um hospital psiquiátrico em articulação com o referencial teórico delimitado nos capítulos 1 e 2.

Em geral, o propósito foi inserir no âmbito da investigação o cuidado humanizado como instrumento da reorganização da prática de enfermagem hospitalar. Sendo assim, estruturamos esta parte do estudo em três itens, como sendo: perfil dos integrantes da pesquisa, o cotidiano do trabalho da enfermagem em saúde mental e as possibilidades na execução do cuidado humanizado na saúde mental.

5.1 PERFIL DOS INTEGRANTES DA PESQUISA

Antes de abordar sobre o cotidiano do cuidado humanizado aos usuários da prática da enfermagem em saúde mental é importante que se diga quem são os atores sociais que falaram sobre esse cuidado.

Considerando o objeto de pesquisa que deu origem a esta monografia os próprios sujeitos que a integraram são, ao mesmo tempo atores e sujeitos desse objeto. Isso, porque ao tempo em que os enfermeiros fazem o cuidado de enfermagem (atores sociais) também são investigados na qualidade da sua prática, sendo, pois, receptores de questões e influências das condições do seu trabalho.

Entrevistamos 5 (cinco) enfermeiros do total de 08 (oito) que no momento da coleta de dados atuavam prestando assistência de enfermagem no cenário investigado.

Esclarecemos que para garantir o anonimato dos enfermeiros, sempre que nos referir a algo citado por eles faremos uso de um código formado por uma letra "E" (que significa enfermeiro) e um índice em forma de numeral, representando

o quantitativo de enfermeiros que responderam as entrevistas. Assim, os códigos serão: E₁, : E₂, : E₃, : E₄, : E₅.

Conforme demonstram os dados dos quadros 1,2 e 3, no apêndice C, os enfermeiros podem ser assim serem classificados em seu perfil:

- a) a faixa etária na qual estão incluídos os entrevistados é entre 26 e 58 anos, sendo que há uma maior concentração na faixa entre 30 e 40 anos (quadro 1);
- b) a maioria é do sexo feminino (04), confirmando a hegemonia feminina que marcou e marca a história da força de trabalho na enfermagem, no Brasil e no mundo (quadro 2);
- c) Quanto ao tempo de serviço, o quadro 3 demonstra que a maioria possui mais de 12 anos de trabalho.

Apenas 1 dos entrevistados está com menos de 2 anos de serviço na instituição, um está com 04 anos, um com 12 anos, outro com 15 e outro com 28.

Importa acrescentar que todos são da assistência direta ao cliente e apenas um deles não tem pós-graduação. Contudo, os quatro que têm especialização o fizeram em áreas que não a da saúde mental.

Considerando o tempo de serviço dos entrevistados merece ser referido que ou durante a formação ou durante o cotidiano da sua prática todos eles têm vivenciado de alguma maneira, pelo menos enquanto processo histórico, da construção da política de humanização da assistência.

Como ficou claro nos capítulos 1 e 2 deste trabalho, a humanização da assistência teve início enquanto programa integrando o SUS em abril do ano de 2002, em nível de política da assistência hospitalar em geral, sendo seus primórdios no âmbito da psiquiatria desde que o homem começou (década de 70) a se questionar e impulsionar a discussão que deu origem a reforma psiquiátrica (MORIN, 2005).

5.2 O COTIDIANO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

Tendo em vista o foco central deste trabalho, ou seja o processo cuidar com humanização, as possibilidades evidenciadas na prática da enfermagem em saúde mental podem ser caracterizadas como seguem.

Como parte da reforma psiquiátrica do SUS, está sendo conduzida no interior do Programa de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica (PRH), cujo objetivo principal é a redução contínua e programada de leitos em hospitais psiquiátricos, incluindo uma nova classificação desses hospitais, com incentivo financeiro pela redução e pela melhor qualidade da assistência. O programa faz parte da Política Nacional de Saúde Mental, que visa à adoção de um modelo de atenção extra-hospitalar aos pacientes com transtornos mentais, buscando sua reinserção no convívio social (BRASIL, 2004).

5.2.1 Compreensão dos Enfermeiros sobre o Cuidado Humanizado na Saúde Mental

Como anunciado na parte introdutória deste estudo um dos objetivos propostos é a análise da percepção dos enfermeiros sobre o cuidado humanizado, dispensado ao cliente portador de distúrbio mental, internados em uma unidade hospitalar de saúde mental. É necessário, pois, resgatarmos o significado desse tipo de cuidado, aqui compreendido como:

... uma forma de expressar relacionamento com o outro ser, a fim de se obter uma vida plena, não se restringindo apenas em atividades, que proporcionam meios de sobrevivência.

Uma expressão de carinho e interesse é característica humana, assim como a comunicação, através da linguagem verbal.

O corpo comunica sentimentos através do olhar, da expressão facial, do conforto pela música, por outros sons, ou por ouvir alguém cantar (SCHNEIDER, 1997, p. 180).

Importa dizer de qual agravo mental as pessoas que estão sendo cuidadas são portadoras. Os enfermeiros investigados registraram como as patologias em maior evidência: a esquizofrenia, transtorno de humor, depressão, depressão grave, alcoolismo, drogas, transtorno bipolar, transtorno bipolar severo e deficiência mental.

Acreditamos que a prática da humanização da assistência exige, no mínimo, a disponibilidade dos profissionais para interagir com o paciente.

No sentido de compreender melhor o objeto investigado perguntamos aos enfermeiros sobre o dia a dia das suas atividades, através da seguinte questão: Fale-me sobre o cotidiano do seu trabalho. Vejamos o que responderam os enfermeiros:

O papel da enfermagem é trabalhar em cima das necessidades básicas do paciente, estabelecer um relacionamento terapêutico, tendo como ferramenta de trabalho a escuta. Supervisionar a equipe de enfermagem; trabalhar junto com a família e comunidade para intervir nos principais problemas do paciente (E₁).

Supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem com assistência ao paciente mental, voltado para um serviço de melhor qualidade, buscando humanizar de forma criativa, tudo como melhor podemos oferecer com equipe multidisciplinar. (E₂).

Como enfermeiras, temos como responsabilidade administrar, supervisionar a assistência de enfermagem, bem como planejar. Também servimos como supervisor da manutenção da lavanderia, setor de nutrição etc, etc, polivalentes ...(E₃).

Realizar leitura diária das ocorrências no livro do setor. Identificar as necessidades e prioridades do serviço de enfermagem. Visita as enfermarias, observando o paciente e identificando suas necessidades; elaborar plano de cuidados; participar das terapias coletivas com outros profissionais, grupos operativos, terapia ocupacional; realizar reuniões para equipe e pacientes; desenvolver junto a equipe interdisciplinar os projetos terapêuticos com os pacientes. (E₄).

Meu dia de trabalho não é o que sonhei quando era estudante, mas trabalho no que realmente quero: a saúde mental. São muitas atividades burocráticas e de competência de outros profissionais que tomam quase todo o meu tempo. Costumo dizer que nós enfermeiros somos apagadores de incêndio e pouco resta de espaço para nossos pacientes! Mas, tento superar o caos do meu dia a dia. Tem hora que a gente tem que se virar nos trinta. (E₅).

As respostas por si só demonstram que há uma intensa rotina no trabalho em que os enfermeiros são chamados a desenvolver atividades que não fazem parte do seu repertório, deixando-os sobrecarregados de trabalho.

Entendemos também, que não basta apenas ter disponibilidade de tempo; é preciso estar envolvido com a filosofia da humanização para compreender o outro e suas necessidades. Assim, fizemos a seguinte pergunta aos enfermeiros: Qual a sua compreensão sobre o significado do cuidado humanizado para a qualidade da assistência de enfermagem em saúde mental? Analisemos as respostas:

É prestar uma assistência compreendendo o paciente enquanto ser humano e cidadão. É prestar uma assistência, tendo como objetivo reintegrá-lo à sociedade (E₁).

Humanizar em saúde mental significa aproximar sentimentos, igualar vontades, entender que a autoestima precisa estar presente; é algo contagiante; é imprescindível na relação entre seres. O serviço exige essa prática (E₂).

Acredito que seja acolher, ouvir e com isso dar respostas positivas às suas necessidades, com responsabilidade, compromisso com o indivíduo e ética (E₃).

Ver o usuário como um ser em sua totalidade biopsicossocial e respeitar o saber de outros profissionais. É interagir, respeitar a autonomia do paciente, seu saber, suas limitações e ajudá-lo a vencer essas limitações. Saber ouvir as queixas do paciente; e trabalhar com espírito de equipe. É estar aberto às críticas construtivas para o bem do usuário. Participar do processo terapêutico, incluindo a família. É poder devolver o paciente a sua família na oportunidade de sua alta. É amar ao próximo como a si mesmo. É levar a toda a equipe o equilíbrio, e ser capaz de fazer o outro se sentir bem (E₄).

Entendo que fará fazer o cuidado humanizado precisamos nos despojar de nossos egoísmos e agir com solidariedade visando o alívio ao usuário das nossas ações. É ver o usuário como pessoa humana com seus valores e situações: familiares, sociais, culturais, éticas, ou seja, suas especificidades (E₅).

Das respostas obtidas podemos compreender que todos os enfermeiros têm legítima clareza do significado da humanização para a melhoria do processo de cuidar em mental o que está em coerência com o referencial teórico utilizado na pesquisa.

Preocupou-nos, também certo conteúdo teórico, sem representar a especificidade do agir concreto, ou seja, a realidade do dia a dia do trabalho do enfermeiro. Percebemos um discurso subjetivo acadêmico, mas, que não inviabiliza o alto nível das respostas.

5.2.2 Competências e Habilidades do Enfermeiro na Assistência ao Cliente Psiquiátrico

Como afirmado nos capítulos anteriores a plenitude da assistência no âmbito da saúde mental muito tem a ver com a humanização.

Argumentamos, também, que a reafirmação do cuidado humanizado na saúde mental veio ser estabelecida a partir da terceira conferência de saúde mental, em que o “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social” (BRASIL, 2002, p. 11) impulsionou a emergência da reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial.

É essencial competência profissional para agir / intervir no contexto da assistência humanizada. É preciso que o profissional saiba lidar com as diferenças humanas, sociais e culturais dos doentes e de seus familiares. Assim pedimos para os enfermeiros que citassem:

- a) duas competências e/ou habilidades da equipe de enfermagem do seu ambiente de trabalho que evidenciem o cuidado humanizado na assistência ao cliente.
- b) dois procedimentos da equipe de enfermagem quando cuida do portador de doença mental, que podem evidenciar a prática humanizada na assistência.

No sentido de dar uma maior visibilidade ao entendimento das respostas dos enfermeiros que integraram a pesquisa foram bem resumidas, sintetizamos todas elas no quadro seguinte:

Competências e/ou habilidades	Procedimentos
<ul style="list-style-type: none"> a) Escutar o paciente b) Trabalhar junto à família, através de reuniões e individual. c) Trabalhar de acordo com a necessidade. Entendo os cuidados dos pacientes como sendo primordial. d) Elaboração de projetos que visem uma assistência de qualidade, voltados para a integração do paciente na sociedade. e) Improviso. f) Compromisso. g) Trabalho conjunto com todos os técnicos nos projetos terapêuticos. h) Grupo operativo i) Oficinas j) Lazer k) Atividades extra-hospitalarias 	<ul style="list-style-type: none"> a) Realizar cuidados de higienização dos pacientes que por estarem sem consciência não se cuidam. b) Interação com os pacientes com atividades terapêuticas. c) Dialogo franco, saber ouvir. d) Improviso no trabalho devido a falta de estrutura e de materiais. e) Para melhorar o conforto e a dignidade do paciente. f) Compromisso com o paciente. g) No ato da admissão do paciente ouvir suas queixas e explicar as rotinas do novo ambiente onde ele vai ficar internado.

Solicitamos que os enfermeiros citassem os dois maiores problemas enfrentados no cotidiano do trabalho e as medidas necessárias para sua correção. Das respostas obtidas sintetizamos no quadro seguinte as principais:

A maioria dos problemas enfrentados no cotidiano do trabalho girou em torno das condições de trabalho relacionadas com os materiais, mas também considerou que a falta de um planejamento sistemático da assistência e a qualificação dos profissionais para intervir em coerência com os princípios da humanização interferem no processo de cuidar humanizado.

Maiores problemas enfrentados	Medidas para a correção
<ul style="list-style-type: none"> a) Falta de material e insumos b) Materiais insuficientes para o trabalho. Falta material para a emergência. c) Falta de estrutura física para dar melhor conforto ao paciente. d) Familiares descompromissados com os seus pacientes. e) Falta de capacidade de alguns profissionais para lidar com o paciente de saúde mental. f) A assistência de enfermagem ainda não está sistematizada. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Melhorar a estrutura física b) Melhoria dos recursos materiais c) O próprio cuidado com o cuidador. d) Implantação da sistematização da assistência de enfermagem com pacientes com novo pensar, direcionado ao trabalho interdisciplinar em toda a equipe do hospital. e) Elaboração de um projeto terapêutico individual para cada usuário de acordo com sua patologia. f) Trabalhar com mais atenção à família do paciente, ter sistematizada a assistência aos familiares e poder entregar de volta o seu paciente. g) As redes de assistência CAPS. PSF devem assumir o paciente quando ele sair do hospital, dando o direito do mesmo ser acompanhado na comunidade e no convívio social. h) Programas de inclusão social nas redes.

Para o enfrentamento de tais inconsistências foram referidas as medidas de caráter material, mas, basicamente, voltadas para o atendimento das necessidades do trabalho e da satisfação das pessoas que cuidam das pessoas portadoras de doenças mentais.

5.3 DESCOBRINDO AS POSSIBILIDADES NA EXECUÇÃO DO CUIDADO HUMANIZADO NA SAÚDE MENTAL

Como Castellanos, et al (1989), Kawamoto (1995) Lunardi (1999) e tantos outros autores já referidos nos capítulos anteriores deste estudo, percebemos a

enfermagem como uma disciplina, que lida com o ser humano, que é um ser em evolução. No caso da atuação profissional junto ao portador de doença mental, tem que haver humanização.

Dentre as respostas dos enfermeiros ficou evidente as possibilidades de consolidação do cuidado humanizado, quando *E₁* afirma que a meta do seu trabalho é atender as *necessidades básicas do paciente, estabelecer um relacionamento terapêutico, tendo como ferramenta de trabalho a escuta*. Por sua vez *E₂*. Reafirma que o procedimento de enfermagem deva estar inserido numa perspectiva de desenvolver um *serviço de melhor qualidade, buscando humanizar de forma criativa*.

Houve o reconhecimento de que uma pessoa portadora de doença mental ou sua família vai procurar o hospital e um profissional da saúde com o desejo de que alivie seus sintomas e livre-o de seu sofrimento. Ele deseja ser cuidado com carinho e atenção.

A pessoa traz seus sintomas, suas circunstâncias sócio-econômicas, suas formas de expressão, suas vivências existenciais que fazem dele um ser singular. Assim, o cuidado humanizado é condição indispensável para o sucesso do tratamento, mas que precisa ser adotado por todos os profissionais da equipe.

No momento em que os enfermeiros recomendam a *Elaboração de um projeto terapêutico individual para cada usuário de acordo com sua patologia* estão demonstrando seu compromisso e interesse em estabelecer na prática dos serviços o que foi preconizado pela Reforma Psiquiátrica e referendado pelas deliberações da terceira Conferência Nacional de Saúde Mental. Fica claro o seu compromisso com a prática de enfermagem humanizada e o acolhimento e relações terapêuticas afetivas como instrumentos para o alcance dessa humanização.

Na verdade, esse comprometimento está bem claro na recomendação deles de que seja maior o envolvimento do enfermeiro e da equipe de saúde como um todo com a família, inclusive, envolvendo-a no trabalho com o paciente, dando-lhe mais atenção. Na opinião dos enfermeiros a sistematização da *assistência aos familiares* contribui para acelerar o processo de recuperação do paciente e *poder entregá-lo de volta* ao seio familiar.

Considerando que o objeto central do nosso trabalho é a perspectiva de um cuidado de enfermagem em saúde mental com humanização, uma preocupação permeia o discurso desta parte do capítulo: como é possível uma prática da enfermagem humanizada no meio de tantas tarefas que transversalizam o dia a dia do enfermeiro? Essa preocupação decorre de ter havido vários depoimentos referindo a burocratização do trabalho como: Supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem; planejamento, administração, supervisão da assistência de enfermagem, bem como, dar conta de outras demandas de outros setores, o que faz do enfermeiro um profissional polivalente.

O trabalho humanizado exige disponibilidade para ouvir, acolher, dar atenção, enfim, relacionar-se com encantamento e paixão. Isto demanda, também, tempo. Entre as repostas, houve referência ao problema do tempo. Vejamos o que afirmou E₅: *Costumo dizer que nós enfermeiros somos apagadores de incêndio e pouco resta de espaço para nossos pacientes! Mas, tento superar o caos do meu dia a dia. Tem hora que a gente tem que se virar nos trinta.*

As possibilidades, então, estariam nas condições subjetivas e epistemológicas da compreensão da *prática de prestar uma assistência compreendendo o paciente enquanto ser humano e cidadão*, para reintegrá-lo à sociedade, como bem afirma E₁. Significa, assim, *aproximar sentimentos, igualar vontades, entender que a autoestima precisa estar presente; é algo contagiante; é imprescindível na relação entre seres. O serviço exige essa prática (E₂).*

Não podemos, então, deixar de considerar que a subjetividade aqui afirmada não quer dizer que nos afastemos das competências e habilidades necessárias para efetivar a humanização. Isso não, pois, a família e o usuário dos nossos serviços esperam que tenhamos iniciativa para colocar em prática o discurso da filosofia da humanização, escutando, trabalhando coletivamente, prestando cuidados a partir de um projeto de assistência de qualidade e individualizado, realizando, com compromisso ético e competência técnica todas as atividades de socialização e elevação da autoestima das pessoas com as quais se relacionam.

Os enfermeiros deixaram claro em seus depoimentos que a execução do cuidado humanizado é essencial à pronta recuperação do doente com distúrbio

mental e exige do profissional ver o homem em sua totalidade, interagindo com toda a equipe, respeitando a autonomia do usuário, seu saber e suas limitações.

CONCLUSÕES

Através da proposta deste trabalho foi possível compreender as possibilidades de inserção do cuidado humanizado na prática da enfermagem em saúde mental, inclusive desvendar como os enfermeiros expressam as condições de um ambiente favorável a tal cuidado e suas próprias possibilidades, em termos de competências e habilidades para enfrentamento da realidade.

Apreendemos que, a assistência psiquiátrica no Brasil, com a reforma psiquiátrica, através da lei 10.216/2001, sofreu fortes mudanças no seu processo de cuidar / intervir ao portador de distúrbios mentais. Tais mudanças se consolidaram com a implantação e expansão do Sistema Único de Saúde (SUS) que passa a favorecer uma assistência ao homem nos seus aspectos social, histórico, econômico, cultural, psicológico, biológico e interpessoal, dando ênfase ao **fenômeno da humanização** (grifo nosso).

Incrementa-se uma prática nos serviços de saúde mental que privilegia a atenção comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e **humanização do parque hospitalar especializado**. Há a garantia do acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade, cuja assistência vai além dos muros institucionais, ou seja, a radical mudança no modelo de intervenção. Abrem-se os espaços de intervenção em nível de atenção básica, hospitalar e comunitária, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais e Centros de Convivência, principalmente.

Com as deliberações da terceira Conferência Nacional de Saúde Mental a garantia desse acesso centra-se na **filosofia da humanização** do tratamento, de modo que a internação seja o último recurso, passando de uma prática, eminentemente institucionalizada em saúde mental para uma prática descentralizada.

Em conseqüência, a prática de enfermagem sai de uma prática do cuidado hospitalar que visava a contenção do comportamento dos "doentes mentais" para incorporar princípios novos e desconhecidos.

Um dos novos enfoques, a humanização, enquanto filosofia e prática cotidiana do trabalho do enfermeiro não pode ser dita como fenômeno desconhecido. O próprio processo histórico da prática de enfermagem, desde os seus primórdios, evidencia que está fundamenta no servir/intervir com acolhimento.

Exemplo desse acolhimento está nas respostas dadas pelos enfermeiros que participaram da pesquisa, que afirmam o caráter do seu trabalho ser voltado para o atendimento das necessidades básicas dos usuários, cuja ferramenta de principal é a escuta do outro.

Na percepção dos enfermeiros ficou evidente que humanizar em saúde mental significa acolher, ouvir e com isso dar respostas positivas às necessidades individuais e coletivas das pessoas cuidadas. Significa cuidar das pessoas com responsabilidade, compromisso e ética, ajudando-as a vencer suas limitações. É saber ouvir as queixas, sentir o que o outro sente, inteirar-se dos problemas do ambiente de trabalho e das outras pessoas, mas não se deixar abater por esses problemas e trabalhar com espírito de equipe e encantamento. É estar aberto às críticas e poder fazer o trabalho em equipe com equilíbrio.

Eles reconhecem que vários são os desafios a serem enfrentados no trabalho em enfermagem para lidar com o cuidado humanizado em saúde mental.

Tais desafios decorrem dos problemas na sua prática, que vão desde as fragilidades nas competências e habilidades dos enfermeiros para lidar com o novo enfoque da assistência em saúde mental até a falta de recursos materiais e a superposição de atividades decorrentes das demandas dos serviços.

O enfrentamento a estes e outros problemas é possível, desde que algumas medidas sejam tomadas, dentre as quais podem ser citadas:

a) Redefinição das políticas de assistência à pessoa com transtorno mental, especialmente, com a melhoria qualitativa e quantitativa dos recursos materiais e recursos humanos;

- b) Fortalecimento das ações de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtornos mentais de alta prevalência e baixa cobertura assistencial, como esquizofrenia, transtorno de humor, depressão, depressão grave, alcoolismo, drogas, transtorno bipolar, transtorno bipolar severo e deficiência mental.
- c) Consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania.

Sendo assim, dos resultados obtidos é possível afirmar que esta pesquisa traz significativas contribuições para a saúde mental e a humanização como instrumento de avanço nos cuidados da enfermagem.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciências e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-554, 2005.

AMARANTE P, organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

BARROS S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub-júdice. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 2001.

BENEVIDES, R. PASSOS, R. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: comunicação, saúde, educação**. São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: grupo de trabalho de humanização: GTH / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 16 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). *Home page*: www.saude.gov.br/humanizausus

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006**. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

BRASIL - **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**; 1987 jun 25-28; Rio de Janeiro. Brasília: Ministério da Saúde; 1988.

BRASIL - **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**; 1992 dez.1-4; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL - **Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**; 2001 dez.11-15; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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

BRASIL - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Orientação para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990. 36p.

BRASIL - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social. **Programa de reorientação da assistência psiquiátrica**. Brasília, MPAS/CCS, 1983, 19p. (Portaria nº 3108, de 21/12/82).

- CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2006, p. 53-92.
- CASTELLANOS, BEP, et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1989. set. 2-7; Florianópolis. Florianópolis: UFSC; 1989. p. 147-69.
- CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**: 11. ed., São Paulo: Ática; 1995.
- BRASIL - CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., Brasília, 1987. **Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988, 43p. (Série D. Reuniões e conferências, 5)
- DELGADO, Pedro Gabriel G. – Prefácio. In: Almeida N. e Delgado P.G.G., **De Volta à Cidadania**, IFB/Funlar, 2000.
- DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2006.
- EVANGELISTA, João Emanuel. **Teoria social pós-moderna**: introdução crítica. Porto Alegre: Sulna, 2007, 197p.
- FREUD, S. **A Perda da realidade na neurose e psicose** In: **Obras Completas Vol XIX**, Imago editora, Rio de Janeiro, 1996.
- FOUCAULT, Michel. Tradução: Salma Tannus Muchail. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. 6. ed. São Paulo: Fontes, 1992.
- _____. O nascimento da clínica São Paulo: Fontes, 1990.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatística da Saúde**. Assistência Médica Sanitária, v.14, 1989.
- GUIMARÃES, Reinaldo (organizador). **Saúde e medicina no Brasil**: contribuição ao debate. 4. ed., Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- GWYTHER, L. P. **Cuidados com portadores da doença de Alzheimer**: um manual para cuidadores e casas especializadas. São Paulo: Associação Toca das Hortênsias, 1985.
- HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologia qualitativa na sociologia**. 3. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1992, 224p.
- KAWAMOTO, Emília Emi. Saúde mental. IN: KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995, p. 185-191.
- LOPÉRGOLO, A. C. D.; PANDJIARJIAN, C.; BICHAFF, R.; FEDERICO, V. C. M. **Mudando a Vida: A Percepção do Usuário**. / 2001. Monografia Curso de Especialização em Saúde Mental, Escola de Enfermagem USP, Ministério da Saúde/PIDA – CAPS Prof. Luis da Rocha Cerqueira, São Paulo, 2001.

LOUGON, Maurício. 1998. Tese de Doutorado - Instituto de Psiquiatria, UFRJ, Rio de Janeiro **Biomedicina e alternativismo no atendimento em saúde mental**. 1998.

LUNARDI, Valéria Lerch; Lunardi Filho, Wilson Danilo. O trabalho do enfermeiro no processo de viver e ser saudável. IN: **Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 8, n.1, p. 13-30, jan./abr. 1999.

LUZ, Madel T. **As instituições médicas no Brasil**: instituições e estratégia de hegemonia; 3. ed., Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

MARON, G. **A escuta inscrita no campo do olhar: Escuta analítica numa instituição psiquiátrica em transformação** Dissertação de mestrado, IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro:1997.

MARX, K. O Capital. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1996. Livro 1, v.1.

MELLO, José Hélio de. **Esquizofrenia: sobrecarga do cuidador**. 1996. Tese de Doutorado - Instituto de Psiquiatria, UFRJ - Rio de Janeiro, 1996.

MELMAN, Jonas. **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental**. 1998. Dissertação de Mestrado. Departamento de Medicina, USP - São Paulo, 1998.

MILLER, J. A. **A Psicanálise e a Psiquiatria In: Falo, Revista brasileira do Campo Freudiano**. Vol. I. Rio de Janeiro: 1987.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teorias, método e criatividade. 7. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1997, 90p.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993, 259P.

NOGUEIRA MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais**: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

OLIVEIRA, Maria Emília de; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; BRÜGGMANN, Odaléa Maria. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Ed. Cidade Futura, 2001, 142p.

OLIVEIRA, Ivanice de. **Humanização**: novos olhares ... outras perspectivas. Mossoró-RN: FELM, 2003 (Monografia de Especialização), 50p.

PAIVA, Maria da Saúde de. **Humanização do parto: limites e possibilidades**. Mossoró-RN: FAEN / UERN, 2002, 51p. (Monografia de Especialização).

QUINET, A. **Teoria e Clínica da Psicose**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1996.

RAMOS, Marise N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: **FORMAÇÃO – Humanizar cuidados de saúde**: uma questão de competência. Brasília: Ministério da Saúde, v.1 n. 2, p. 17-26, mai. / 2001.

SANTINI, Alessandra Marin; COSTENARO, Regina Gema Santini; MEDEIROS, Hilda Maria Freitas et. al. Estresse: vivência profissional de enfermeiras que atuam em UTI neonatal. IN: **Cogitare Enfermagem**. 2005 set/dez; 10(3):14-22.

SCHNEIDER, J. F. A enfermagem psiquiátrica e a temporalidade na fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty. IN: **Rev. Texto Contexto de Enfermagem**. Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 177-192, set./dez., 1997.

SILVA, Ana Teresa M.C.; BARROS, Sônia. O trabalho de enfermagem no Hospital Dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa – Paraíba. IN: **Rev Esc Enferm USP**. v. 39, n. 3, p. 310-316, 2005.

TENÓRIO, F. Desmedicalizar e subjetivar: a especificidade da clínica da recepção In: TENÓRIO, F., OLIVEIRA, R. e LEVCOVITZ, S. (orgs) **A Clínica da Recepção nos dispositivos de Saúde Mental**. Cadernos IPUB Nº 17, Rio de Janeiro:UFRJ, 2000.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. vol.9 no.1 Rio de Janeiro Jan./Apr. 2002.

VASCONCELOS, E. M. **Do hospício à comunidade**: mudança sim, negligência não. Belo Horizonte: Segrac, 1992.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EMPÍRICOS**CONTROLE / IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO**

Idade _____

Sexo _____

Formação / Escolaridade _____

Local de trabalho _____

Função que exerce _____

Tempo de Serviço na função _____

CONTROLE / IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Razão social _____

Tipo(s) de Serviço(s) que presta ao cliente _____

Total de clientes no momento da coleta dos dados _____

Patologias, segundo os prontuários: _____

QUESTÕES DE PESQUISA A SEREM FEITAS ÀS(OS) ENFERMEIRAS(OS):

- 1) Fale-me sobre o cotidiano do seu trabalho.

- 2) Qual a sua compreensão sobre o significado do cuidado humanizado para a qualidade da assistência de enfermagem em saúde mental?

- 3) Cite **duas** competências e/ou habilidades da equipe de enfermagem do seu ambiente de trabalho que evidenciem o cuidado humanizado na assistência ao cliente.

- 4) Cite **dois** procedimentos da equipe de enfermagem quando cuida do paciente que evidenciem a prática humanizada na assistência ao cliente.

- 5) Cite os **dois** dos maiores problemas que você enfrenta no cotidiano do seu trabalho assistencial.

- 6) Indique **duas** medidas que podem favorecer à prática do cuidado humanizado no seu ambiente de trabalho.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Maria Neucivânia de Medeiros¹, como aluna do Curso de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, da Faculdade Nova Esperança – FACENE, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre **Cuidar com Humanização: Descobrendo as Possibilidades na Prática da Enfermagem em Saúde Mental**, sob orientação do Prof. Msd^o Johny Carlos de Queiroz.

A pesquisa tem como objetivo geral: “Trazer a compreensão do cuidado humanizado como instrumento da reorganização da prática de enfermagem em uma unidade hospitalar de saúde mental”; e os seguintes objetivos específicos: a) Analisar a percepção dos enfermeiros sobre o cuidado humanizado no cotidiano da assistência de enfermagem; b) Identificar as competências e habilidades dos enfermeiros que evidenciem a preocupação com o cuidado humanizado na assistência; e, Refletir sobre o enfrentamento do trabalho em enfermagem para lidar com o cuidado humanizado.

A justificativa e relevância da pesquisa fundamentam-se no fato de que o cuidar em saúde mental necessita de conhecimentos que comprovem a valorização da pessoa humana, em que os princípios filosóficos da humanização sejam as bases para o descobrimento de caminhos que possibilitem o entendimento do comportamento das práticas assistenciais ao doente mental.

Para que os objetivos da pesquisa sejam alcançados é importante a sua participação, enquanto entrevistado.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, como também, o de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

Ressaltamos que a entrevista será gravada e constará de perguntas sobre dados profissionais e relacionadas à humanização da assistência de enfermagem ao portador de doença mental. E que os mesmos (dados) farão parte do trabalho de conclusão do referido curso, podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos

¹ Endereço: rua Joaquim Bruno da Mota, 26, Abol III, Mossoró-RN, CEP59.612-660, (84)3316-8543.

e outros, tanto em nível nacional como internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigado o fornecimento das informações solicitadas. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Estaremos a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição.

Eu, _____, concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma copia desse documento assinado por mim e pela pesquisadora responsável.

Mossoró-RN, ____/____/ 2009

Atenciosamente

Participante da Pesquisa

Maria Neucivânia de Medeiros
Pesquisadora responsável

Endereços do Interesse:

Pesquisadora: Maria Neucivânia de Medeiros. Rua Joaquim Bruno da Mota, 26, Abol. III, Mossoró/RN. CEP 59.612-660 / (84)3316-8543.

Orientador: Prof. Msdº Johny Carlos de Queiroz. Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manuel. Mossoró/RN. CEP 59.628-000. (84)3312-0143.

FACENE: Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manuel. Mossoró/RN. CEP 59.628-000. (84)3312-0143. E-mail: mossoró@facene.com.br

APÊNDICE C

Quadro 1 - Perfil dos integrantes da pesquisa, segundo a idade. 05 enfermeiros

Faixa etária em anos	Quantidade (Nº - %)
20 a 30	01 -
31 a 40	02 -
41 a 50	- -
51 a 60	01 -
+ que 60	01 -
Total	05

Quadro 2 - Perfil dos integrantes da pesquisa, segundo o sexo. 05 enfermeiros

Sexo	Quantidade (Nº - %)
Masculino	01 -
Feminino	04 -
Total	05

Quadro 3 - Perfil dos integrantes da pesquisa, segundo o tempo de serviço. 05 enfermeiros

Escala de tempo	Quantidade (Nº - %)
Menos de 05 anos	02
Mais de 05 e menos de 20 anos	02 -
Mais de 20 e menos de 30 anos	01 -
Total	05 -



FACULDADES DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3ª Reunião Extraordinária realizada em 27/08/09 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "Cuidar com humanização: descobrindo as possibilidades na prática da Enfermagem em Saúde Mental", protocolo número: 105/2009 e CAAE: 0035.0.351.000-09, da orientador: **Johny Carlos de Queiroz e da aluna: Maria Neucivânia de Medeiros.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/12/2009, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 27 de agosto de 2009

Escola de Enl. Nova Esperança Ltda.
Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do CEP-FACENE/FAMENE

Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE