

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
– FACENE / RN
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

MARIA ANTONIA LEONEZ BISERRA

**A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL:
religando saberes no trabalho do enfermeiro**

**MOSSORÓ
2009**

MARIA ANTONIA LEONEZ BISERRA

**A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL:
religando saberes no trabalho do enfermeiro**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE / RN, como parte dos requisitos para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

Orientadora: Prof.^a Mestra Francisca Patrícia Barreto de Carvalho

**Mossoró
2009**

B47c

Biserra, Maria Antonia Leonez

A prática de enfermagem em saúde mental:
religando saberes no trabalho do enfermeiro/ Maria
Antonia Leonez Biserra. – Mossoró, 2009.

51f.;

Orientadora: Prof^ª. Ms. Francisca Patrícia Barreto
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização
em Saúde Mental e psiquiatria) – Faculdade Nova
Esperança - FACENE

1 Enfermagem. 2.Saúde mental. 3. Reforma
sanitária. I. Título.

CDU: 616-083: 616.89

MARIA ANTONIA LEONEZ BISERRA

**A PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: religando
saberes no trabalho do enfermeiro**

Monografia apresentada pela aluna Maria Antonia Leonez Biserra, do curso de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, tendo obtido o conceito ___ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: 08/03/2010

Prof.^a Mestra Francisca Patrícia Barreto de Carvalho - FACENE
(Orientadora)

Prof.^a Mestra. Jussara Vilar Formiga - FACENE
(Membro)

Prof.^a Mestra. Patricia Fernandes da Silveira - FACENE
(Membro)

Mossoró
2009

A minha mãe (*In Memoriam*) por ter sido a razão da minha existência e fator significativo e determinante da pessoa que hoje sou. Ao meu esposo e meus filhos pela paciência, compreensão e esforço em todos os momentos desta caminhada. Que não lhes falte saúde, esperança, alegria e muita paz. Finalmente, a todos os meus entes queridos: parentes e amigos, pelas significativas presenças nas horas certas e incertas da minha existência, sem eles, nada faria sentido.

Dedico.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo, agradeço ao Deus todo poderoso, que me concedeu a bênção da existência, do pensar e do saber discernir o significado das coisas.

Aos companheiros enfermeiros, pelo convívio profissional e pela colaboração impar na captação da realidade do objeto de estudo.

À orientadora Prof.^a Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, por ser peça basilar na interpretação da realidade do objeto investigado e na construção do discurso desta monografia.

.... *“uma coisa é escrever como poeta, outra como historiador.
O poeta pode contar ou cantar coisas que não foram,
mas como deveriam ter sido, enquanto o historiador deve
relatá-las não como deveriam ter sido, mas como foram,
sem acrescentar ou subtrair da verdade o que quer que seja.”*

Miguel Cervantes, nos 400 anos de Dom Quixote de la Mancha

RESUMO

Fruto dos debates entre os vários movimentos sociais e profissionais da área psiquiátrica, a Reforma Psiquiátrica traz uma nova concepção de cuidado e de paciente. Prima pela assistência à saúde mental de forma descentralizada, integrada e inclusiva, em que a família e a sociedade são corresponsáveis e copartícipes. O novo impôs saberes e práticas de enfermagem inovadoras, imputando ao enfermeiro o desafio de lidar com as mudanças na sua prática e no saber da enfermagem, tendo clareza do significado de seus novos papéis nos vários espaços do trabalho (hospital, CAPS etc). Os enfermeiros são conhecedores do significado da Reforma Psiquiátrica e as novas condições sob as quais a assistência é prestada. Mas, reconhecem as suas dificuldades em lidar com a descentralização do modelo assistencial e com a prática da reinserção social. Este é um trabalho sobre a articulação entre os saberes e a prática de enfermagem em saúde mental, buscando identificar quais saberes permeiam as práticas dos enfermeiros em saúde mental à luz da reforma psiquiátrica. Discutiu o conhecimento das dificuldades de trabalho dentro da doutrina da Reforma Psiquiátrica e o estabelecimento de relações entre o conhecimento dos enfermeiros sobre tal reforma e as possíveis soluções para as inconsistências na sua prática profissional. Conclui-se que: a) As fragilidades no saber do enfermeiro favorecem a pouca sabedoria nas decisões; b) O sofrimento familiar é o principal fator que leva o paciente procurar a internação; c) Os familiares não conhecem a doença mental, dificultando o enfermeiro, mostrar e falar sobre seu problema; d) São poucas mudanças substantivas na estrutura física e administrativa das instituições psiquiátricas; e) Vários setores ainda mantêm o trabalho no enfoque tradicional; f) Os enfermeiros, ainda têm dificuldades de estabelecer relações entre o conhecimento preconizado pela Reforma Psiquiátrica e sua prática profissional. A prática de enfermagem em saúde mental precisa ser sustentada no conhecimento científico, no saber que o paciente traz de suas vivências patológicas e de vida, no saber sobre o sofrimento e os conflitos decorrentes da convivência com o portador de distúrbios mentais. É necessário ligar os saberes para um fazer mais embasado teoricamente dentro da saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

The result of discussions between the various social movements and psychiatric professionals, psychiatric reform brings a new design and patient care. Click by mental health assistance decentralized, integrated and inclusive, in the family and society are responsibility? and copartícipes. The new imposed nursing knowledge and innovative practices, allocated to nurse the challenge of dealing with the changes in its practice and nursing, and clarity of meaning of their new roles in various work spaces (hospital, caps etc). Nurses are connoisseurs of the significance of psychiatric reform and new conditions under which the assistance is provided. But, recognize their difficulties in dealing with decentralization assistive and model with the practice of social reintegration. This is a work on the linkage between knowledge and practice in mental health nursing, seeking to identify which knowledges permeate the practices of mental health nurses in the light of psychiatric reform. Knowledge of the difficulties discussed within of the doctrine of psychiatric reform and the establishment of relations between the nursing knowledge about such reform and possible solutions to the inconsistencies in their professional practice. It is concluded that: (a) the weaknesses in the nurses encourage little wisdom in decisions; b) family suffering is the main factor that takes the patient search hospitalization; c) family members do not know the mental disease, making the nurse, show and talk about your problem; d) are few substantive changes in physical and administrative structure of the psychiatric institutions; and various sectors still remain) work in traditional approach; f) nurses, still have difficulties in establishing relationships between knowledge advocated by psychiatric reform and their professional practice. Nursing practice in mental health needs to be sustained in scientific knowledge, know that the patient brings its pathological and life experiences, learn about the suffering and the conflicts arising from coexistence with the portador of mental disorders. Knowledge is necessary to connect to a embasado theory do more within the mental health.

Keywords: nursing, mental health, psychiatric reform.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 SABER E PRÁXIS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA	13
1.1 ENTENDENDO A PRÁXIS	13
1.2 SABER HISTORICOSOCIAL	15
1.3. REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL	17
1.3.1 Aspectos significativos da Reforma Psiquiátrica (RP)	18
1.3.2 Modelo assistencial em saúde mental	23
2 A PRÁTICA E O SABER DA ENFERMAGEM	26
2.1 A PRÁTICA É UM SABER	26
2.2 A CONSTRUÇÃO DO SABER E AÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL	28
3 O SABER NO COTIDIANO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL	31
3.1 O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA.	31
3.2 AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL	34
3.3 O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS E AS POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA AS DIFICULDADES DA PRÁTICA PROFISSIONAL	36
4 CONCLUSÕES	39
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	44

INTRODUÇÃO

Dentre os vários campos do trabalho do enfermeiro o da saúde mental talvez seja aquele que mais exige sabedoria na tomada de decisões. Na verdade, onde quer que esteja e exercendo o quê, o enfermeiro será, antes de tudo, uma pessoa carregada de sentimentos e de personalidade, em que os valores profissionais e humanos (éticos, sociais, morais, culturais etc) devem fazê-la prudente no agir e decidida na forma de fazer o seu trabalho.

Sobre os saberes o seu significado está fundamentado nas idéias de Japiassu ; Marcondes (1993, p. 218) ao destacarem o saber/sabedoria, como genericamente significando “conhecimento, ciência”. Para eles: “a sabedoria significa não só conhecimento científico”, mas a virtude, o saber prático. Neste sentido, a sabedoria não é apenas a prudência, mas um ”perfeito conhecimento de tudo o que os homens podem saber”.

No caso do objeto de pesquisa desta monografia o corpo de conhecimento que fundamenta o modelo assistencial no campo da enfermagem psiquiátrica, além dos seus primórdios (década de 60), tem nas últimas três décadas passado por profundas mudanças conceituais. Dentre os eventos principais que podem ser citados como impulsionadores da concretização da Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil, temos: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (17 a 21 de março de 1986), a Constituição Brasileira de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/2002). Esta última deslanchou uma época de debate sobre os enfoques que permeiam a prática de atenção ao doente mental (BRASIL, 1988, 1988a, 2005).

Neste contexto foram realizadas três conferências Nacionais de Saúde Mental: 1987 1992 e 2001; várias são as pesquisas realizadas nesta área do conhecimento da saúde que incrementaram um novo enfoque da assistência com base no diálogo e crítica ao modelo asilar (BRASIL, 1987, 1992 e 2001).

Durante a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental foram veiculados conhecimentos sobre temas básicos, a saber: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização

da assistência à saúde mental; e, Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988).

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental o tema central veiculado nos debates foi a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil, tendo como sub-tema “modelo da assistência: direito à cidadania”. Durante o evento foram marcantes as críticas ao fato de o modelo da assistência à saúde mental no Brasil, ainda está centrado no leito psiquiátrico, utilizado quase como único recurso e, mesmo assim de má qualidade. A crítica fundamentava-se no fato de que a assistência psiquiátrica no Brasil, após um século da sua institucionalização, em 1852, pouco se modificou, mantendo-se restrita ao interior dos asilos e com uma função exclusivamente segregadora (BEZERRA, 1995).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental foi palco do debate sobre o tema “Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.” Saíram daquele evento os princípios de sustentação de um modelo assistencial pautados nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em que o controle social, as tendências da Saúde Mental e a humanização aparecem como norteadores do saber em saúde mental. Impõem-se novas leituras e novas interpretações sobre a psiquiatria, o homem, a doença, a família e cuidado (BRASIL, 2002).

Na enfermagem esses elementos norteadores são discutidos nos mais variados eventos científicos, como: congressos, seminários e semanas de enfermagem, além de serem preocupação dos que compõem as escolas e serviços de enfermagem. O foco central gira em torno dos trabalhadores de saúde e, especificamente, da enfermagem que têm encarado as novas práticas exigidas pelo modelo assistencial da reforma psiquiátrica.

No caso da enfermagem e, considerando o interesse da pesquisa que deu origem a este trabalho, a questão central é: até que ponto os enfermeiros que atuam na assistência em saúde mental estão envolvidos com o desafio que é lidar com as significativas mudanças ocorridas na prática e no saber da enfermagem, com o movimento da Reforma Psiquiátrica? Os enfermeiros da assistência em saúde mental têm clareza de seus novos papéis nos vários espaços do seu trabalho?

Do que é proposto por Gonçalves ; Sena (2001), concomitante à mudança das funções do enfermeiro psiquiátrico, mudou, também, a demanda da população, o que levou o enfermeiro a assumir novos papéis e a impor-se como profissional

gabaritado para o desempenho das funções de mais alto nível assistencial e científico.

É com essa compreensão que este estudo volta-se para a identificação do conhecimento dos enfermeiros sobre a reforma psiquiátrica e o impacto que esta trouxe para o seu trabalho.

O fato é que com a RP surgem novas práticas que exigem novos saberes e novas posturas profissionais, em que os valores e ensinamentos, estilo e modo de organização do trabalho, saberes e estratégias de intervenção se interligam para consolidar novo processo de intervenção em saúde mental. Esse é um momento que impõe novos conhecimentos.

No sentido de investigar como se encontra o fenômeno desse processo de conhecer / intervir no campo da enfermagem foi realizada uma pesquisa de caráter empírico e teórico fundamentada no método qualitativo, a partir de revisão bibliográfica e entrevistas sobre em que nível os saberes são veiculados no cotidiano das práticas do enfermeiro.

Na concepção de Minayo (1997, p. 16) o enfoque qualitativo contribui para a aproximação, descrição e análise do objeto de investigação, incorporando aspectos "... do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais", nas construções das práticas gerenciais em saúde.

O *lócus* da pesquisa foi um Hospital de Referência, localizado no município de Mossoró, estado do Rio Grande do Norte, em que oito dos onze enfermeiros responderam às questões do roteiro das entrevistas.

A entrevista é definida por Haguette (1997, p. 86) como um "processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado". Através dela conseguimos obter dados objetivos e subjetivos relacionados aos valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados e, principalmente, no caso do método qualitativo.

O processo da coleta de dados no momento da pesquisa de campo ocorreu através de visitas aos setores (*in locus*) de internação do hospital, cenário da pesquisa, momento em que foi mantido o primeiro contato com os enfermeiros e definido o momento mais conveniente para a entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas no próprio setor de trabalho, tendo durado em média quarenta minutos, cada uma.

Em observância aos 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 109/2009, datado de 27 de agosto de 2009.

Como pode ser observado ao longo deste trabalho, o discurso e argumentos são transversalizados pelo entendimento de que é necessário o enfermeiro ampliar sua compreensão sobre a dinâmica do saber científico que ele traz da universidade e o conhecimento prévio que a pessoa portadora de distúrbio mental conduz do seu seio familiar, do seu ambiente de trabalho e comunitário.

Assim, alguns elementos podem indicar os caminhos a serem seguidos no processo de investigação, cujos eixos estão assim evidenciados: perfil dos usuários dos serviços e suas experiências, bem como os saberes formais (científicos) e informais (senso comum) que permeiam a prática de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros integrantes da pesquisa.

Este é o enfoque do tema, cujo desafio, é interligar os saberes e instrumentalizar cientificamente os discursos à luz de conceitos ou noções que sejam importantes para a potencialização dessas práticas, no sentido de incrementar a mudança, promoção da autonomia e de transformação das práticas em saúde mental.

O avanço na compreensão dessa interligação pode ser alcançado com a análise do significado do saber e práxis no âmbito da Reforma Psiquiátrica.

A estrutura deste trabalho está disposta, além desta Introdução e das considerações finais, em três capítulos que versam sobre: Saber e práxis na reforma Psiquiátrica, a Prática e o Saber da Enfermagem e o Saber no Cotidiano do Enfermeiro em Saúde Mental.

Os achados desta pesquisa apontam para uma busca incessante do entendimento do significado dos saberes da saúde mental para a melhoria da prática de enfermagem nesta área do conhecimento.

1 SABER E PRÁXIS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A arte de pensar, num período em que tudo está separado, pode ela mesma formar um ofício particular.

Ferguson

Para melhor compreensão do significado do objeto de investigação neste capítulo abordamos e analisamos quatro tópicos: saber, práxis, reforma psiquiátrica e modelo assistencial em saúde mental, mas que em todos eles estabelecemos uma interrelação de idéias, no sentido de esclarecer a base conceitual que interessa ao estudo.

1.1 ENTENDENDO A PRÁXIS

É colocado no movimento deste item o significado do conceito “práxis”, em seu aspecto geral, mas, inserindo-o na especificidade da temática investigada, ou seja, a sua aplicação na construção do saber no campo da psiquiatria e no contexto do movimento sanitário.

Sobre o seu significado, é necessário entender o termo práxis em seu sentido etimológico:

Na filosofia marxista a palavra grega práxis é usada para designar uma relação dialética entre o homem e a natureza, na qual, o homem ao transformar a natureza com seu trabalho transforma a si mesmo. A filosofia da práxis se caracteriza por considerar como problemas centrais para o homem os problemas práticos de sua existência concreta: toda vida social é essencialmente prática. Todos os mistérios que dirigem a teoria para o misticismo encontram sua solução na práxis humana e na compreensão dessa práxis (JAPIASSU ; MARCONDES, 1993, p.200).

Articulando o significado de práxis com a ótica sob a qual é tratado o objeto de pesquisa deste trabalho, importa dizer que a práxis sob a ótica do conceito de movimento sanitário admite uma dupla articulação: as múltiplas visões do contexto da saúde e a dimensão histórico-estrutural sob a qual se produz e aplica o saber. Isto, porque, a busca do conhecimento que o profissional engendra para legitimar sua prática, acaba por resultar, simultaneamente, no conhecimento do seu próprio saber/fazer (prática cotidiana), já que é justamente como contra-saber que ela (a práxis) inicialmente se institui.

A atual práxis da saúde mental passou por marcantes alterações com a reforma psiquiátrica, como já referenciado, na qual está contido:

um novo protocolo na relação da sociedade com os cidadãos pertencentes a aqueles grupos de segregados [do seu meio social e familiar] enquanto a sociedade não dispõe de equipamentos sociais para a assistência e cuidados dos egressos das instituições ou daqueles que não chegaram a ser encaminhados para elas, grande parte da tarefa de cuidados desses pacientes fica cometida às mulheres, o que abre uma questão não desprezível para a discussão (ORNELAS, apud GONÇALVES ; SENA, 2001, p. 13).

No que tange a Reforma Psiquiátrica, importa inseri-la no movimento sanitário brasileiro. Fala-se de movimento sanitário porque foi a partir dele que todo o processo de reorganização da assistência à saúde mental aconteceu. Esta afirmativa tem confirmação na temática II da Primeira Conferência Nacional da Saúde Mental, que tratou da Reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental. O Relatório daquela Conferência destaca que o significado do movimento sanitário para a consolidação da reforma na saúde mental tem sua origem no modo como os segmentos da população brasileira se envolveram nos debates amplos e exaustivos sobre as reformas agrária, urbana e tributária, consolidando o grande movimento de reconstrução das políticas públicas no Brasil (BRASIL, 1988^a).

Assim como a Reforma Sanitária a reforma psiquiátrica propõe-se uma estratégia que possibilite a obtenção efetiva:

de saúde a toda a população cujas condições materiais de existência - determinadas basicamente pela lógica do pensamento capitalista e pela organização técnica e social da produção - atuam exatamente no sentido inverso, ou seja, na direção patogênica e degenerativa (DÂMASO (1999), apud OSÓRIO, 2004, p. 65).

É sob esse prisma que sua consolidação seguiu as trilhas do Sistema de saúde atualmente sendo palco de diferentes percursos, mas que em todos os caminhos visa o atendimento que não aquele centrado apenas no leito hospitalar. Evidencia-se a busca do atendimento ao homem holístico, em que ao profissional cabe a tarefa de refletir sobre sua prática e o contexto no qual atua. Ou seja, adotar uma práxis efetiva que busca transformar a realidade e se autotransformar enquanto profissional.

O certo é que a práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental. Tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e

dos paradigmas que o sustentam. As substituições progressivas dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade.

1.2 SABER HISTORICOSOCIAL

A discussão que permeia o saber em saúde e na enfermagem é que o conhecimento sobre a historicidade dos fatos e fenômenos sociais são o caminho para explicitar as contradições e determinações presentes na trajetória da produção no âmbito da Reforma Psiquiátrica e com ela a adoção de novas práticas em saúde (KAWAMOTO, 1995; LUCCHESI, 2009).

Parte-se do entendimento de que prioritariamente interessa como domínio desta parte do trabalho a elucidação de como foi e está sendo instituída a Reforma Psiquiátrica enquanto saber. A singularidade deste estudo evidencia-se ao se constatar que pela análise histórica, as transformações - contemporâneas e subseqüentes ao processo de redefinição da democracia brasileira - trazem um legado para o setor saúde: a redefinição do sistema brasileiro para a saúde, que teve no Sistema Único de Saúde (SUS) o ápice da transformação (OLIVEIRA; ALOSSI, 2003).

O saber psiquiátrico, entretanto, parece ter se imposto menos pelos seus métodos terapêuticos – no início tão canhestros e de resultados tão pífios – e mais pelo discurso modernizante do qual necessitava as políticas públicas brasileiras à época da jovem República. Um discurso que se propunha a identificar o cidadão senhor de si, responsável, dono de direitos e deveres inalienáveis, e separá-lo do indivíduo alienado de si, desprovido de direitos e, por isso, passível de tutela.

A questão política da cidadania, fundamental numa sociedade republicana, não pode prescindir da psiquiatria para sua definição mais acabada. A especificidade deste processo na sociedade brasileira torna essa questão um pouco mais complexa. Afinal, o primeiro hospício brasileiro é fundado ainda no segundo império, fruto já de um processo de aproximação com a modernidade científica, e convive durante algumas décadas com a escravidão. A psiquiatria desde cedo teve de lidar com o problema colocado por um estado que se queria moderno (porque afinal ser moderno significava também ser branco e europeu) e, ao mesmo tempo,

escravocrata. Os paradoxos da sociedade brasileira na virada do século são também os paradoxos da psiquiatria brasileira (BIRMAN, 1992).

Assim, numa pretensa vontade de articular o significado da reforma psiquiátrica com a marca cultural e histórica do trabalho das mulheres, é que Gonçalves ; Sena (2001, p. 12) reafirmam:

a reforma psiquiátrica no Brasil vem configurando-se como um movimento com diferentes graus de adesão e entendimento por parte dos profissionais e de alguns segmentos da sociedade. Tratada como desospitalização, sem as condições necessárias para viabilizar uma proposta de ressocialização/reabilitação, reflete de forma negativa sobre a família, pois é nesta que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado ao doente mental atribuído às mulheres.

Importa, então, entender como o saber da enfermagem vem sendo produzido e veiculado no cotidiano do trabalho do enfermeiro de forma a não estigmatizar e excluir os portadores de distúrbios mentais (loucos), nem tampouco fazer da reforma psiquiátrica o único caminho para a solução de todos os problemas da vida cotidiana dessas pessoas. Não é possível atribuir à reforma o compromisso com a solução de todos os vícios e problemas da pessoa portadora de distúrbios mentais, pois, a política de saúde e o seu saber devem ser interpretados à luz das demais políticas, inclusive das condições de vida do paciente, família e comunidade.

O saber construído historicamente se alicerça nas dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental e implica uma progressiva mudança de mentalidade e comportamento da sociedade para com o doente mental, exigindo revisões das práticas de saúde em todos os níveis, exigindo posturas mais críticas dos profissionais e das instituições.

Importa, também, inserir no movimento dessa análise o fato de que o saber que permeia a psiquiatria tem relação com a história dos saberes clínicos e sócio-políticos. Se por um lado, "a história das ciências é, basicamente, a história das idéias e de que estas encontram sua especificidade na relação que possuem com a estrutura social que as gerou e permitiu seu aparecimento" (AROUCA (1980) apud ALMEIDA, 1984), por outro lado é necessário dar-se conta dos "efeitos de retorno" e das modificações que a emergência de determinado discurso introduz na reflexão/construção teórica e na prática política.

Sem dúvida cada conceito tem o seu significado e carece de ser inserido no seu contexto histórico. "A história de um conceito é a de seus diversos campos de constituição e de validade, a de suas regras sucessivas de usos, dos meios

teóricos múltiplos em que prosseguiu e se acabou sua elaboração" (FOUCAULT, 1978, p. 15).

No caso deste capítulo, em que o saber e a práxis na reforma psiquiátrica é a tônica do discurso, impõe trazer para o movimento dos argumentos seguintes a compreensão da prática enquanto instrumento de transformação e que venha a se constituir em saber historicamente produzido e articulado com as demandas da sociedade.

1.3. REFORMA PSQUIÁTRICA E A REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

No movimento da construção da Reforma Psiquiátrica no Brasil, segundo as deliberações da terceira Conferência Nacional da Saúde Mental:

é fundamental, que a reorientação das novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização (BRASIL, 2002, p.24).

O eixo de sustentação dos conceitos está no fato de que:

A implantação de políticas de saúde mental deve ser considerada como prioridade de saúde pública no País e os estados e municípios devem desenvolver uma política de saúde mental no contexto do SUS, com orientação única, inserida nos respectivos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, respeitando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade. As políticas de saúde mental devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. É de fundamental importância a integração desta política com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2005 p.23).

A reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde.

A base da efetivação da Reforma Psiquiátrica também deve ser analisada à luz dos avanços ocorridos na sociedade e no sistema de Saúde do País, os quais requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante reorganização da atenção básica (BRASIL, 1998).

São grandes os avanços no setor saúde com a implantação do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Segundo Fraga et al, apud Amarante (1996, p. 131):

A partir da década de 70 intensificaram-se as denúncias do que passou a ser conhecido como "indústria da loucura". As críticas mais contundentes eram relativas ao dispêndio de enormes recursos financeiros e a característica "cronificadora" da assistência.

No contexto do significado das marcas da indústria da loucura para a sociedade e o sistema de saúde no Brasil, o autor supracitado afirma que essa situação decorria do fato de que:

O sistema acolhia as denúncias de seus críticos, tanto que emergiu 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 (FRAGA et al,(1986) apud AMARANTE, 1996, p. 131).

A partir desse contexto um novo modelo de saúde ressurgiu no sentido de viabilizar na prática a diretriz das propostas do sistema, buscando romper com a alardeada dicotomia entre a diretriz da política e a realidade da prática. Então, a Reforma Psiquiátrica se solidifica e se materializa.

Como Olschowsky ; Duarte (2007), entendemos que o que se espera da Reforma Psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, "confinando-o" à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte.

Espera-se, muito mais; espera-se o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito à sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

1.3.1 Aspectos significativos da Reforma Psiquiátrica (RP)

A realidade histórica da Reforma Psiquiátrica pauta-se na integralidade, universalidade e descentralização das ações de assistência ao portador de algum distúrbio mental. Com isto busca-se sair

da exclusão e da ênfase no tratar. Pretende-se, com "... os novos paradigmas da atenção em saúde mental..." passar para a prática da oferta e da inclusão, numa perspectiva de cuidar. No primeiro caso, seleciona-se que tipo de doença/diagnóstico tal serviço propõe-se a

tratar, excluindo quem não se enquadra. No segundo, são oferecidos serviços abertos à percepção das necessidades de saúde, num movimento de inclusão e de cuidado (ALVES, apud PINTO 2007, p. 100).

O autor supracitado continua sua análise, ainda respaldado em Alves, afirmando que:

Na esteira da mudança ocorrida no Brasil com alguns avanços da Reforma Psiquiátrica, segundo Domingos “...” sob a forte influência dos postulados da Psiquiatria Democrática italiana e de sua então estimulante experiência de substituição dos hospitais psiquiátricos “...” entram em cena as noções de responsabilidade territorial e oferta diversificada de programas, numa tentativa de superação da seleção e exclusão (PINTO, 2007, p. 99).

Aliás, o mesmo autor Pinto (2007, p.101), em sua dissertação de mestrado, assim interpretou o processo histórico da assistência psiquiátrica sob a ótica da loucura:

o problema da loucura, da sua abordagem ao longo da História e das tentativas de transformação ou liquidação dos Hospícios. Ressalte-se, mais uma vez, e não a última, que a maior parte da demanda em Saúde Mental não é motivada pelos “transtornos mentais severos e persistentes”. Sua importância é justificada pelo aspecto humano, pelo montante de investimento financeiro, por questões filosóficas e políticas, mas não deve encobrir o que se passa em relação aos “transtornos mentais leves”

Por sua vez, Alves et al (1994, p.104), analisando a situação da assistência de saúde mental no Brasil, expõe os pontos que os movimentos que influenciaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira tinham como importantes, e que nortearam as suas ações:

... a incapacidade da psiquiatria, enquanto campo de conhecimento, de dar conta, isoladamente, da questão da loucura; da inadequação do hospital psiquiátrico enquanto dispositivo da intervenção técnica, e o direito dos portadores de transtornos mentais de terem cidadania reconhecida...

Note-se que o pensamento de Alves et al (1994, p.170) é que a crítica ao sistema recai também no método classificatório do paciente, rotulando-o. Senão veja as citações seguintes, que reafirmam a ligação entre os problemas do atendimento às necessidades dos pacientes da área de saúde mental e a forma de trabalho do setor saúde:

Transportando esses pontos para a demanda geral em Saúde Mental, isto é, incluindo neles os transtornos mentais leves, diríamos que a psiquiatria e qualquer outro ramo do conhecimento, isoladamente, não são capazes de dar conta da demanda em Saúde Mental. Os

ambulatorios, por exemplo, na sua forma de funcionamento tradicional, são inadequados para trabalhar a complexa rede de necessidades de saúde que se apresenta sob a capa da demanda por tratamentos mentais.

.....
 Na condenação da segregação, por ferir direitos à convivência e ao livre arbítrio e [...] ao negar o isolamento como instrumento terapêutico, paradigma essencial à sobrevivência do hospício”.

.....
 o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente o seu diagnóstico” (ALVES, et al, 1994, p. 170),

É notória a ênfase nas citações acima da necessidade de saberes em saúde mental que dialoguem com a prática, em que os direitos humanos apareçam como prioritários. Aliás, esta é base de sustentação da Reforma Psiquiátrica.

Para Olschowsky ; Duarte (2007), a Reforma Psiquiátrica vem se desenvolvendo no Brasil há várias décadas, mais precisamente a partir do final dos anos setenta. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país.

A Reforma Psiquiátrica, hoje defendida, é fruto de maior maturidade teórica e política, alcançada ao longo das últimas décadas, com maior conscientização da sociedade civil organizada (BEZERRA, 1995).

Já Esperidião (2001) ; Dias (2009) afirmam que a implantação de políticas de saúde mental deve ser considerada como prioridade de saúde pública no País e os estados e municípios devem desenvolver uma política de saúde mental no contexto do SUS, com orientação única, inserida nos respectivos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, respeitando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade.

As políticas de saúde mental, destaca Dias (2009, p. 2):

devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com a diferença. É de fundamental importância a integração desta política com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura, esporte, habitação e habilitação profissional, visando garantir o exercício pleno da cidadania.

A acessibilidade de um serviço de Saúde Mental é dada pela conjunção de facilidade geográfica de acesso, turnos de funcionamento e pelo diversificado número e tipos de programas oferecidos, dos quais a assistência é apenas um deles.

Pinto (2007) lembra que a Integralidade está presente nas normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a Política de Saúde Mental, dando como exemplo as portarias 189/91 e 224/92, transcrevendo um dos itens da Lei 10.216, de 06/04/2001, a chamada “Lei Paulo Delgado”, que diz:

O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.

Compreende-se a necessidade da Reforma Psiquiátrica e do legislador em focalizar o problema na Internação Psiquiátrica, mas a concepção de assistência integral deve estender-se a todos os que procuram os serviços de Saúde Mental. Porém, dentro do campo da internação psiquiátrica, como promover uma assistência integral em regime de privação de vínculos? (PINTO, 2007, p. 101).

O autor cita os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como “... o dispositivo estratégico mais eficiente de substituição do hospital psiquiátrico” visto que atendem aos “postulados de acessibilidade” e levam em conta na sua atuação os aspectos comunitários, em consonância com a cultura do povo, o território previamente definido, com seus problemas e suas potencialidades (ALVES (2000) apud PINTO, 2007, p. 101).

Não é possível falar de Reforma Psiquiátrica sem abordar um dos seus obstáculos de implantação que é a “... dificuldade dos profissionais para renunciar a um papel específico – afinal são especialistas e compartilhar saberes é exercício contínuo e muito difícil” (ALVES (2000), apud PINTO, 2007, p. 100), para assumir uma prática diversificada e imprevisível.

Outro aspecto necessário de citar é o fato de que o setor da saúde mental ainda se alicerça no saber verticalizado e que cuja prática profissional, na compreensão de Alves (2000), apud Pinto (2007, p. 103), carece de uma postura que seja convergente com os princípios da Reforma. Pinto contextualiza a Reforma com a Estratégia Saúde da Família afirmando que:

o Programa Saúde da Família (PSF), como a estratégia radical de mudança do Modelo Assistencial em Saúde e que deve ter a atenção dos profissionais de Saúde Mental. Seria interessante, dada a relevância do assunto, uma maior especificação a respeito da seguinte afirmação: “No campo da saúde mental, alguns sanitaristas e especialistas ainda divergem quanto à pertinência e eficácia do Programa (PINTO, 2007, p. 103).

Afirmam que a Reforma Psiquiátrica e a estratégia do PSF possuem postulados similares e que a Integralidade é um dos caminhos para sair da

tendência do modelo médico biológico. A Reforma Psiquiátrica, pela própria essência da complexidade dos saberes construídos e praticados sob a égide asilar, e o PSF, pela prática biologicista e hospitalocêntrica.

Também, importa afirmar que as práticas da Saúde Mental no PSF é fazer aparecer as relações entre os diversos atores que constituem as práticas de saúde: profissionais/usuários/gestores. Assim a entrada da Saúde Mental no PSF, favorecerá a entrada de mais famílias, acarretando demandas de trabalho para outras áreas profissionais, como é o caso do psicológico. Alertamos, contudo, que essa forma de atendimento ao paciente psiquiátrico não deve ser confundida com as tradicionais formas ambulatoriais, pois as ações de Saúde Mental no PSF devem ser comunitárias, coletivas e voltadas para novas formas de lidar com a demanda, ou seja, atendimento em redes e não por consultas.

Quando se faz referência à forma coletiva da assistência é porque entendemos deva ser o cuidado em Saúde Mental visto como um: "... processo social que engloba a mudança nos paradigmas do cuidado em saúde mental, significativas transformações culturais e a conseqüente convalidação jurídico-legal dessas conquistas" (PINTO, 2007, p. 105).

Chama-se a atenção para que seja considerada a autonomia na concepção do cuidado como a capacidade dos sujeitos (profissionais e pacientes) gerarem suas formas de trabalho e seus próprios significados, ao que denominamos de saberes, refletidos na prática cotidiana de trabalho e de vida. Essa autonomia é viável em todos os espaços territoriais da saúde mental.

Sobre as formas de trabalho e os espaços nos quais se dá essa prática, retomamos aos escritos de Pinto (2007) para afirmar que os saberes necessários ao cotidiano dos cuidados da saúde mental não podem ser dissociados da concepção e cuidado que ocorrem no âmbito do PSF, pois, as relações são na busca, de ambos, de romper com a tradição de práticas que historicamente permearam o setor saúde. No caso da saúde mental, tenta-se, inclusive, romper com a concepção de leito psiquiátrico.

Quanto aos leitos de psiquiatria em Hospital Geral, os Serviços Residenciais Terapêuticos, o Lazer, a Cultura e o Trabalho Assistido, apontam-nos como elementos que estão se desenvolvendo e que podem proporcionar uma abertura para um cuidado mais intenso e fora do modelo manicomial. (ALVES ; GULJOR. 2000), apud PINTO, 2007).

Acrescenta-se que a gradativa substituição dos leitos psiquiátricos, no Brasil, por CAPS (numa tendência de queda do gasto com a internação psiquiátrica e elevação do investimento na rede extra-hospitalar) tem favorecido significativamente a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares. Um fator significativo a ser referido, além da própria evolução na concepção de cuidado e de necessidades de saúde, é a descentralização do atendimento, em CAPS, desconstruindo a concepção de cuidado e desobstruindo a rede hospitalar. É sob esta ótica que partimos para fazer, no item seguinte, considerações sobre o significado de modelo assistencial em saúde mental.

1.3.2 Modelo assistencial em saúde mental

A base de sustentação do seu discurso sobre o modelo assistencial em saúde mental pauta-se na concepção de que a ligação dos saberes são redes que sustentam, tanto o cuidado no sistema de internação hospitalar quanto no atendimento aos pacientes psiquiátricos no âmbito dos CAPS. É preciso, então, fazermos uma ligação entre o saber que permeia a Reforma Psiquiátrica e os debates que precederam a construção deste saber. É a partir da compreensão de como ocorreram esses debates que poderemos entender o significado dos modelos assistenciais em saúde.

Sem perder de vista o significado da assistência, em suas dimensões culturais e políticas, os princípios e diretrizes do modelo assistencial debatidos, construídos e aprovados durante a Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental trazem um conjunto de enunciados que reafirmam:

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).

É sob essa ótica que se delineia um novo modelo de assistência psiquiátrica no Brasil, tendo como base as contribuições de vários segmentos da sociedade, implicando a desconstrução literal do modelo hegemônico.

Para atender a essa condição, a reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e

não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Nesta perspectiva é necessário que os municípios desenvolvam, de acordo com as diretrizes acima expostas, políticas de saúde mental mediante a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental (BRASIL, 2002, p. 23).

Segundo o relatório da terceira conferência é indispensável que o Sistema Único de Saúde seja reafirmado como política e que a saúde mental seja contemplada nos planos orçamentários nas três esferas de governo: nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2002).

O processo de descentralização e o controle social, bem como a regulamentação da Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica foram discutidos no âmbito da terceira Conferência Nacional de Saúde Mental como instrumento de gestão democrática na viabilização do novo modelo assistencial (BRASIL, 2002, p. 18-25).

É transparente no discurso do texto do Relatório a marca de novos saberes que rompem com o modelo asilar, inclusive com a própria denominação do termo “psiquiatria”.

É nesse percurso de construção e reconstrução da reforma psiquiátrica brasileira que se evidenciam novas práticas, novos saberes e novos modelos assistenciais que precisam estar interligados para corrigir as denúncias sobre a precariedade da assistência psiquiátrica.

Sob este prisma as moções decorridas da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental determinaram que o modelo assistencial da saúde mental devesse ter como reorientação a concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde.

Porém, a efetivação desse modelo assistencial requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. É fundamental, também, que as novas

modalidades assistenciais substitutivas desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania e busquem superar a relação de tutela e as possibilidades de reprodução de institucionalização e/ou cronificação ainda marcantes na adoção do enfoque da reforma Psiquiátrica.

2 A PRÁTICA E O SABER DA ENFERMAGEM

A unidade orgânica do pensamento e a solidez cultural não seriam possíveis, a não ser que entre os intelectuais e as pessoas simples existisse a mesma unidade que deve unir a teoria e a prática.

Gramsci

2.1 A PRÁTICA É UM SABER

Existe uma particularidade no saber em enfermagem: revela um lado tão prático - o qual já foi apontado por Almeida e Rocha (1986) quanto teórico, conforme discutem e descrevem vários estudiosos, a exemplo de Santos et al (1998). Para as autoras, é preciso haver uma redefinição e um reconhecimento desse saber ou saberes, ao afirmarem:

apesar dos reconhecidos avanços científicos e tecnológicos, a enfermagem não pode existir sem tentar mudanças no mundo, implantar novos hábitos de cuidados ou reforçar os hábitos de cuidados já existentes. Isto porque esta profissão é desenvolvida por seres humanos e diretamente (na maioria das vezes) para outros seres humanos, cuja marca predominante é a imprevisibilidade. Assim, a seleção do que tem sentido, do que é válido, do que é científico, é e sempre foi de importância incontestável na enfermagem (SANTOS et al, 1998, p. 245).

Observa-se, portanto, que a sua busca do conhecimento é similar à de outras áreas do saber. Apenas deve-se ressaltar que, na escalada para a cientificidade, as enfermeiras formulam seus juízos apoiando-se nos dados obtidos pela aplicação dos sentidos humanos, na intuição e na sua experiência no trato com os seres humanos, conforme demonstram em suas teses Figueiredo ; Carvalho (1999) ; Sobral (1994), segundo o relato de Santos et al (1998). É dessa forma que é construído o corpo de conhecimento da enfermagem, em forma de um consolidado entre práticas e conceitos.

Também, o espaço onde atua o enfermeiro tem valor essencial no entendimento do saber enquanto instrumento e enquanto movimento dialógico. Sobre essa compreensão, Almeida (1984, 59) afirmou que o saber como:

Instrumental para realizar a finalidade do trabalho [pois] ele não pode ser compreendido como produzido a priori, como uma instância autônoma, neutra e comandada somente pelo cientificismo técnico. Pelo contrário, ele deve ser entendido como resultado da própria prática.

Deve-se, pois, considerar o contexto geográfico onde se desenvolve a

enfermagem, objeto que no caso desta pesquisa é o ambiente em saúde mental, localizado em um município caracterizado pela efervescência do desenvolvimento e da marginalização, onde a profissão citada tem uma característica muito própria que é a de interligar vários grupos humanos, desde a diversidade na categoria profissional (enfermeiras, técnicas, auxiliares e atendentes) até os clientes das áreas hospitalar e comunitária (PIRES, 1999).

No caso da saúde mental, como nas demais, considera-se que estas pessoas (enfermeiros e pacientes) não são virgens de saberes, de práticas de origem cultural (que podem ser "ilusórias" e/ou adequadas) e das quais procedem a concepções próprias de cuidados e até concepções de cientificidade (SANTOS et al, 1998).

Assim é que se pensa no saber de enfermagem como se revelando numa prática que se caracteriza na aceitação de um ser humano pelo outro, em todas as dimensões de sua consciência, citadas por Chauí, apud Figueiredo ; Carvalho (1999): o eu, a pessoa, o cidadão e o sujeito.

Na dimensão, *eu*, profissional e cliente devem ser considerados, no âmbito da prática de enfermagem, como seres formados "por suas vivências, com suas maneiras de sentir e compreender o que se passa no seu corpo e no mundo que os rodeia" (SANTOS et al, 1998, p. 245).

Como *pessoa*, agentes e clientes desta profissão são dotados de "vontade livre e responsabilidade, capazes de compreender e interpretar sua situação e condições física, mental, social, cultural e histórica" (SANTOS, 1988, apud SANTOS et al, 1998, p.245).

Pensando na relação social entre enfermeira e cliente, deve-se observar que ambos são "*cidadãos* portadores de direitos e deveres nos âmbitos público, social e privado; portanto portadores e defensores de interesses específicos, próprios de seu grupo e de sua classe" (SANTOS, apud SANTOS et al, 1998, p.6).

Desse modo, cliente e profissional na dimensão da consciência - *sujeito* - devem ser aceitos em suas maneiras de se manifestarem sobre si mesmos, sobre as coisas e sobre o mundo.

Santos et al (1998) faz uma reflexão sobre a busca da sedimentação e aperfeiçoamento do saber de enfermagem, empreendida pelas enfermeiras, alertando para a possibilidade da adequação de caminhos metodológicos, haja vista a especificidade do seu privilegiado objeto de estudo; o homem e a sua

humanidade.

Porém, em se tratando do sentimento da humanidade, deve-se alertar para as defesas próprias e dualidades que fazem com que as pessoas desenvolvam percepções de excessivo otimismo e/ou negativismo quanto ao contexto no qual estão inseridas. Isto faz com que elas percebam as situações de uma forma ideal e/ou o seu contrário e se fecham dentro do seu próprio grupo, não permitindo a liberação do espírito crítico que iria incentivar a criatividade, conforme advertem Gauthier ; Santos (2000), apud Lucchese (2009).

O significado do saber para a prática de enfermagem, então, não é apenas o científico; mas também, outros saberes advindos dos fenômenos culturais, que fortalecem a criatividade, formando-se, desse modo, uma consciência grupal.

Assim é que se tem observado na vida pessoal das enfermeiras a interferência marcante do seu viver profissional. Qualquer âmbito (político, social, cultural, econômico, histórico) em que estas pessoas vivem, a enfermagem está sempre presente com suas angústias, misérias, utopias de crescimento, idealismo, paixões e desejos de cientificidade e felicidade. No cotidiano do trabalho, do lazer e do ambiente estas pessoas até parece que respiram, discutem, alegram-se, sofrem, desejam, alimentam e vivem da própria profissão.

Com o que se expõe o significado é um saber que vai além da ciência, mas, dizem respeito às coisas aparentes, latentes e relevantes concernentes a esta área do saber; inclusive, as experiências afetivas e profissionais cujas implicações incluem o conhecimento específico da profissão.

2.2 A CONSTRUÇÃO DO SABER E AÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

No contexto do tema abordado o saber da enfermagem é percebido como uma construção teórica e prática do saber significativo para o enfermeiro e demais componentes da equipe de enfermagem.

Disto tem-se que o trabalho de enfermagem, transitando entre as concepções que norteiam os conceitos da psiquiatria, da saúde mental e os saberes que permeiam a práticas de enfermagem vai além do seu sentido etimológico. O trabalho é a base da representação do saber, através do qual o enfermeiro

estabelece conexões entre o seu fazer científico, o saber prático e o saber da sociedade (esse último, que se convencionou-se denominar de popular)

Essa conexão encontra sustentação nos escritos de Foucault (1995) ; Pires (1999) os quais fazem uma construção argumentativa sobre o que significa saber, falar e refletir no cotidiano da prática para que se chegue à reflexão e a grande transformação no relacionamento humano.

Na compreensão de Almeida ; Rocha (1986) as marcas do cotidiano do fazer na enfermagem, representado pelos procedimentos técnicos dão, no final do século XX ao espaço para a investigação do significado do conhecimento para subsidiar as práticas sustentadas na reflexão teórica. É “o estudo do Saber e da Prática da Enfermagem, desde uma perspectiva histórico-social, que permite compreender a inserção e significado social da profissão como também os seus conflitos e contradições” (ALMEIDA ; ROCHA, 1986, p. 15).

A perspectiva histórico-social orienta-se, também, por práticas e diversidades culturais dos usuários dos cuidados de enfermagem que trazem consigo os seus saberes.

Segundo Rocha ; Almeida (2000, p.31), “de prática autônoma a Enfermagem evoluiu para uma prática subordinada dentro do modelo médico de assistência à saúde instituído após a Revolução Industrial”. Ao carecer de objeto e projeto específicos, carece também de um saber autônomo. A crise na profissão configura-se pela dissociação entre prática, saber e domínio institucional. As intensas transformações em desenvolvimento no setor saúde permitem a discussão de diferentes perspectivas que se abrem à Enfermagem profissional (ROCHA ; ALMEIDA, 2000)

Parte da compreensão de que interligação do saber científico com o saber popular contribui para a adoção de uma prática de enfermagem em saúde mental reflexiva, interferindo numa melhor clareza dos determinantes das pessoas com problemas mentais de toda ordem.

Nesse sentido, as representações dos enfermeiros têm papel significativo nessa internação e contribui para a captação lúcida dos saberes que permeiam e se interligam na prática de enfermagem em saúde mental.

Parafraseando Almeida (1984), Figueiredo;Carvalho (1999), a compreensão é de que os saberes advindos da própria sociedade devem ser utilizados como referencial à ampliação do saber científico para contribuir na

promoção e manutenção da saúde mental e controle dos efeitos da doença mental através de procedimentos assistenciais, ensino e aconselhamento. Estes incluem competências inerentes ao profissional da enfermagem cujos saberes devem dialogar entre si ao longo de toda a prática da enfermagem, mas que este profissional deve estar apto a identificar, descrever e medir o efeito dos cuidados que prestam.

Sem dúvida que não é possível abordar a assistência à saúde mental sem fazer referência ao papel do enfermeiro. Nesse sentido:

uma das metas da enfermagem psiquiátrica é de aumentar o sentimento de bem-estar do doente mental, manter sua sobrevivência aliviando-lhe o sofrimento, em especial com estes idosos psiquiátricos a enfermagem deve ser eficiente na sua ajuda terapêutica, mostrando características de preocupação, respeito, conhecimento e responsabilidade, porém para estabelecer um relacionamento interpessoal afetivo, é preciso aceitar o doente como ele é, baseando-se na pessoa, e não nos sintomas ou na sua doença crônica, é preciso enxergar o paciente como um todo e sendo menos generalista (OLIVEIRA ; ALOSSI, 2003, p. 338).

Nessa perspectiva, a saúde mental será abordada como uma prática de saberes que precisam ser interligados com os demais campos para que seja adotada uma prática de enfermagem que rompa com o paradigma biológico, exclusivamente, que historicamente tem permeado o campo da psiquiatria.

Terezinha Alves analisando os discursos dos enfermeiros afirmou que a Reforma Psiquiátrica trouxe consigo um novo desafio para os profissionais da saúde (ALVES, 1994), inclusive para as instituições responsáveis pela

... formação de profissionais com uma concepção do novo paradigma que se comprometam com o processo; para os gestores, o entendimento do processo priorizando ações de assistência à saúde mental e, para os profissionais, a tenacidade em insistir na efetivação, apesar das adversidades (DIAS, 2009, p. 1).

Nesse processo de transformações e inquietação os profissionais da área da Saúde especificamente da enfermagem movimentam-se na busca de produção de conhecimentos que dêem sustentação ao novo modelo da saúde mental.

É a partir deste marco referencial que o capítulo seguinte apresenta a exposição e a análise do material empírico coletado.

3 O SABER NO COTIDIANO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO EM SAÚDE MENTAL

A abordagem qualitativa se apresenta como uma estratégia importante e necessária à análise mais refinada do conteúdo captado através das falas dos integrantes da pesquisa, favorecendo à interpretação do saber da enfermagem em saúde mental, em suas nuances práticas, científicas e filosóficas (HAGUETTE, 1997; MINAYO, 1997).

O hospital psiquiátrico onde trabalham os integrantes da pesquisa atende em caráter de internação os doentes mentais da área de abrangência do município de Mossoró e região, com os mais variados distúrbios que merecem atenção de profissional especializado nas 24 horas.

Ao entrevistar os enfermeiros que atuam naquele hospital fez-se três questões centrais que orientaram as respostas sobre as ligações de saberes que ocorrem nos campos de sua atuação em saúde mental. Indagou-se sobre a reforma psiquiátrica, o impacto da reforma na prática de enfermagem e os problemas enfrentados pelos enfermeiros, frente a tais mudanças.

É com a atenção voltada para a interligação das respostas com o referencial bibliográfico que o capítulo abrange três eixos categoriais: o saber dos enfermeiros sobre o movimento da reforma psiquiátrica, aspectos caracterizadores, as mudanças ocorridas na prática do enfermeiro e as dificuldades enfrentadas no cotidiano da prática de enfermagem, com suas possíveis soluções.

3.1 O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA.

O significado do conhecimento nesta parte do trabalho é entendimento a partir de Japiassu ; Marcondes (1993) que afirmam ser ele científico, filosófico, metódico, prático e de senso comum (vulgar ou popular). Disto, conhecimento é saber; mas, que envolve todas as vivências do raciocínio e do cotidiano, tendo articulação entre o que é profissional e o que é experiência do paciente e da sua família.

Indagando os enfermeiros sobre o seu conhecimento acerca do Movimento da Reforma Psiquiátrica, obtive-se um recorte da realidade na qual eles estão inseridos.

Eu tive experiências anteriores que o direito do paciente não eram tão atendidos. Ele era visto como aquela coisa antiga do doente mental, do paciente louco. E que aqui, o paciente psiquiátrico é um paciente que está em sofrimento psíquico e que precisa de cuidados e de auxílio [...] Então, temos que acolher ele (E1).

É importante esclarecer que as experiências anteriores referidas por E₁ devem-se ao fato de que ele atua há dois anos naquela instituição e que antes da Lei da Reforma o caráter da assistência psiquiátrica era bem diferente. A resposta de E₁ se analisada em articulação com a resposta de E₆ deixa claro que essas mudanças exigem que o enfermeiro tenha conhecimento do que mudou e para que mudou. Analisemos o que afirmou E₆:

A reforma psiquiátrica é uma política do governo Federal (Lei 10.216) que visa uma mudança no modelo de assistência e que defende a constituição de uma política de saúde mental, criando um processo de desinstitucionalização de pessoas com um longo histórico de internação.

Nessa mesma linha de raciocínio, E₄ reafirmou:

A reforma surgiu com o objetivo de desinstitucionalizar os portadores de transtornos mentais, ou seja, promover uma prática assistencial mais humanizada (visão holística do paciente); onde o tratamento não se restringe ao isolamento ou apenas ao tratamento clínico; mas, também, a participação da família e apoio dos centros psicossociais. Isso favorece a reinserção deste grupo na sociedade (inclusão social).

Merece destaque, no entanto, a resposta de E₁:

No momento, tenho pouca informação com relação a reforma psiquiátrica. Preciso me aprofundar nos assuntos. Uma certeza eu tenho: a reforma veio para dar suporte e apoiar as famílias no tratamento e reintegração do paciente.

A resposta de E₁ representa o seu alto grau de consciência que apesar de já saber o que é a reforma precisa buscar mais conhecimento sobre o assunto para que possa prestar uma assistência com mais qualidade.

As respostas dos entrevistados apontam para o entendimento de que o movimento da Reforma, aliás, como ficou evidente em Birman (1992); Ayres (2005); Bezerra (1995) ; Delgado (2000), veio para romper com o paradigma desumano da hospitalização de caráter asilar, historicamente marcante na assistência psiquiátrica.

Também ficou claro que o modelo da saúde mental em oposição ao modelo asilar favorece a inclusão e a cidadania, pois, defende a ampliação do conceito de loucura, percebendo o sujeito em sua individualidade e subjetividade, inserido no contexto social, sendo valorizado como cidadão com direitos e deveres na sociedade. Referente à mudança de paradigma, os entrevistados visualizam os conhecimentos dessa transformação (COSTA, 2009 ; DIAS, 2009).

A compreensão dos autores supracitados foi enfática confirmada por E₂ ao dizer que a Reforma Psiquiátrica:

Veio para sistematizar e melhorar o serviço da saúde mental, tentando desestitucionalizar os pacientes e inseri-los na sociedade e na família como cidadãos que são.

Nesse depoimento, como nos outros atores sociais, transparece a valorização da RP como requerendo conhecimentos sobre acolhimento, vínculo, responsabilidade e contrato de cuidados que são diretrizes da atenção integral em Saúde Mental. Assim, busca-se entender saúde como condição global, resultante de funcionamento individual e de relações sociais.

A relação enfermeiro com o paciente deve se caracterizar como relação de parceria que requer do enfermeiro competência, responsabilidade social, colaboração interdisciplinar e parâmetros éticos e legais.

Com a reforma a gente é mais enfermeiro, mais cuidador. A gente participa mais do tratamento do paciente em todos os sentidos. Conversa com a família, tem troca de informações, discussões com a equipe médica, têm reunião [...]. As principais ferramentas da enfermagem psiquiátrica, acho que é a comunicação, a empatia e o autoconhecimento do profissional. (E2).

O relato mostra um saber que reconhece que são necessárias ações que requerem disponibilidade para atendimento e escuta. O cuidado em saúde deve se pautar por novas concepções.

É, então, fundamental que se coloque no movimento dessa discussão que ficou claro nas falas dos enfermeiros que o seu conhecimento sobre a RP não pode ser visualizado distante do que o enfermeiro pensa e sabe sobre a prática de enfermagem e da própria profissão da enfermagem, que para E₅ é:

uma profissão como as outras, com quem compartilha a responsabilidade de prestar assistência saúde das pessoas. Assim, devemos compreendê-la como uma profissão dinâmica sujeita a transformações e não algo pronto e definido.

No processo dessa dinâmica o saber da enfermagem em Saúde Mental, para E₅ deve levar a interpretação de que:

A saúde mental é o processo de intervenção no indivíduo em sofrimento psíquico onde se deve levar em conta o seu modo de agir e estar na sociedade e na família. Devemos compreender o indivíduo enquanto ser psicossocial e sujeito do seu processo saúde doença.

Com o modelo de assistência da Reforma Psiquiátrica, todo esse processo de reconhecimento veio à tona e faz com que o enfermeiro perceba a necessidades de novos saberes no seu cotidiano. Na enfermagem os saberes são uma das principais ferramentas para realização do processo de trabalho. Um saber que é dinâmico e renovador e não estático. Muitas vezes pautados em experiências e acontecimentos que não podem ser menosprezados no processo de construção do conhecimento, e é um instrumento necessário à realização do trabalho de enfermagem que o leva a desempenhar seu principal papel, o cuidar.

No que se refere ao saber com base em idéias e argumentos científicos os pacientes encontram-se comprometidos em virtudes dos problemas mentais, precisando da atenção de seus familiares. O enfermeiro precisa saber que na maioria das vezes as famílias não compreendem a doença que seus entes queridos desenvolveu e a própria convivência acaba tornando-se difícil, já que eles são imprevisíveis, algumas vezes agressivos, se isolam e não demonstra afeto. Além disso, acabam assumindo um grande “peso” ao cuidar do portador de doença mental já que muda sua rotina familiar e têm que se adaptarem às muitas e novas transformações.

3.2 AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL

Todo fenômeno que provoca mudanças ou preconiza a necessidade de mudanças exige que as pessoas se familiarizem com o novo. E nesse novo, novos conhecimentos são necessários.

No caso do objeto na pesquisa de campo questionamos aos enfermeiros, numa perspectiva de saber sobre esse provável novo, o que eles pensam e percebem sobre as mudanças na sua prática, após a Reforma Psiquiátrica.

Antes de fazer uma análise mais abrangente do conteúdo das respostas, vejamos, na íntegra, as respostas emitidas pelos enfermeiros:

*Saber como lidar com a situação dos pacientes e sua família. Como **saber sobre os vários setores** ... Os encaminhamentos que deixam de ser feitos para o hospital e vão aos CAPS e o atendimento dos pacientes que feitos agora também nas UBSs proporcionando mais conforto aos usuários (E₂ – Grifo nosso).*

*Iniciei o meu trabalho em psiquiatria, no hospital e no CAPS, após a reforma, já com a implantação das mudanças, embora perceba que há muito a se construir, reformas, modificar, se instalar, tanto nas instituições no que concerne a **parte física estrutural, como nos saberes, conhecimentos dos profissionais**. Porém já iniciou a implementação dos serviços substitutivos, da valorização dos profissionais, ou seja, há um convite a mudança (E₁- Grifo nosso)*

*Tudo mudou: minha rotina; a forma de lidar com a família e o paciente. Entender e dar suporte ao paciente e a família sobre o fato de que a esquizofrenia e a depressão são patologias que podem ser inseridas e **cuidadas no contexto familiar**, mesmo sabendo que são muitos os problemas desses familiares (E₃ - Grifo nosso)*

***Mudou o olhar da enfermagem** ao paciente psiquiátrico. O enfermeiro passou a compreender o paciente enquanto sujeito que possui direitos e deveres, e que antes de ser paciente ele é um ser dotado de sentimentos, sonhos e desejos (E₄ - Grifo nosso)*

*A mudança foi radical. Era acostumada a lidar com o paciente ali no hospital. Hoje eu tenho que me comunicar e lidar com várias **outras pessoas e saberes**: CAPS, Centros de Saúde, a família do paciente, a comunidade e seus vários saberes (E₅- Grifo nosso).*

*A mudança envolve a minha própria **postura profissional** em que procuro lidar com as várias realidades do paciente, da família, da sociedade e do próprio sistema de saúde. É uma nova organização e uma nova realidade, que engloba desde os transtornos, depressão, demência que se manifestam de diferentes formas e com diferentes sintomas, até distúrbios psicológicos e de comportamento, por exemplo: ansiedade e estresse. Diretamente relacionados com as condições de vida imposta pela sociedade atual até as condições familiares dos pacientes e do PSF, CAPS etc (E₆ - Grifo nosso)*

Do que se pode perceber com os depoimentos acima os enfermeiros percebem que as mudanças nas suas práticas foram radicais, pois com a Reforma surge um novo modelo assistencial, emergem novos saberes e novas relações. O enfermeiro precisa saber lidar com outros setores (espaços de trabalho), outras “pessoas e saberes”, além da própria pessoa e da especificidade dos sintomas da patologia da qual o paciente é portador.

Dentre essas mudanças, podem ser citadas as tantas ocorridas, na parte física estrutural do espaço do trabalho do enfermeiro e as concepções dos saberes e conhecimentos dos profissionais.

Podem ser referidas, também, as significativas mudanças nos cuidados desenvolvidos no contexto familiar, como determinantes das inovações no olhar da

enfermagem e na postura profissional, que foram referidas pelos integrantes da pesquisa, como exemplo das mudanças não só no saber, como também na própria concepção da enfermagem em saúde mental.

3.3 O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS E AS POSSÍVEIS SOLUÇÕES PARA AS DIFICULDADES DA PRÁTICA PROFISSIONAL.

Sem dúvida que como toda mudança a nova prática de enfermagem ao lidar com doente mental precisa ser analisada de forma científica para podermos compreender o seu verdadeiro significado para a consolidação da RP. Neste sentido, será que os enfermeiros percebem alguma dificuldade? O que eles propõem para a solução dos eventuais problemas? A síntese das respostas está sistematizada no quadro seguinte.

O trabalho de enfermagem, apesar de suas especificidades, depende de outros trabalhos, principalmente do trabalho de administração e gerência do complexo institucional do Sistema de Saúde que centraliza tudo, não estando receptivo às mudanças que a Reforma Psiquiátrica impõe. É autoritário e tenta impedir a formação de espaços para se discutir a Reforma.

Os atores sociais questionam inclusive o significado dessas mudanças nas relações de trabalho e no próprio saber que permeia o trabalho. São mudanças que não mudam nada.

Sobre as dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho os enfermeiros se posicionaram citando as inconsistências, mas, também as soluções, conforme expõe o quadro 01

Conforme visualizado no quadro 1 são vários os problemas que ocorrem no setor, mas que os mesmos estão relacionados não só com as fragilidades do enfermeiro lidar com o novo enfoque do modelo assistencial, mas os relacionados aos usuários tanto os pacientes quanto a família, denotando ter relação com o segmento social e familiar, principalmente as doenças mentais decorrentes do uso de drogas como álcool, tabagismo e outras ilícitas. Também, as questões da organização, financiamento e funcionamento dos serviços de saúde foram citadas pela maioria dos enfermeiros.

Quadro 1 – Síntese das dificuldades e sugestões citadas pelos enfermeiros.

DIFICULDADES CITADAS	SOLUÇÕES CITADAS
1) Pouca aceitação dos familiares para contribuir com a adesão para os serviços substitutivos.	1) O enfermeiro deve ser criativo e tentar usar um dialogo simples para desenvolver as ações educativas e formativas com os familiares e os pacientes.
2) Falta de conhecimento acerca do sofrimento mental.	2) Ter jogo de cintura e habilidade para lidar com os pacientes com transtorno mental.
3) Dificuldades em lidar com a visão de exclusão da família e com a falta de condições do sistema.	3) Desenvolver ações de educação em saúde envolvendo paciente, família e a própria sociedade, no sentido de romper com o estigma ao doente mental.
4) Dificuldades em lidar com a nova rotina do hospital e saber como abordar os familiares sobre a necessidade de inserção do paciente no seio familiar, mesmo sabendo dos conflitos que é ter um paciente dependente químico em casa.	4) Tanto precisamos ainda organizar a sistematização da enfermagem psiquiátrica nesta unidade, pois ainda não é de forma sistematizada.
5) A rede de saúde que não funciona.	5) Desenvolver um processo articulado entre os vários setores da saúde mental e da atenção básica.
6) Os CAPS estão superlotados e não fazem rotatividades dos pacientes, dificultando a entrada de novos pacientes.	6) Adotar procedimentos administrativos sistematizados.
7) O hospital que não faz encaminhamento para o CAPS; apenas orienta a família para levar o paciente ao CAPS.	7) Definir rotinas de trabalho na burocracia dos serviços.
8) Não existe um trabalho ligado entre o hospital, PSF e CAPS.	8) Ter representante do setor de saúde mental no conselho municipal de saúde.
9) Dificuldades em o paciente receber a medicação quando sai de alta.	9) Desenvolver um programa de educação continuada para todos os trabalhadores da saúde mental.

Outra questão apresentada pelos entrevistados refere-se ao conhecimento das síndromes psiquiátricas, sua assistência e tratamento, dando ênfase aos quadros psicopatológicos que habilitaram o enfermeiro à assistência qualificada.

Conhecimentos de patologia, de sintomatologia, de tratamento, de medicação, de efeitos adversos. Acho que de sintomatologia, que guia bem o cuidado (E6).

Essa fala centra-se na idéia de normal e patológico, tendo como foco de ação o sintoma, o que explica a importância desse conhecimento enquanto saber necessário e valorizado. É preciso que esse profissional consiga efetuar entrelaçamento entre conhecimentos, e a importância da patologia que acomete o sujeito.

Também, romper com a barreira do preconceito é um desafio da saúde mental e da nova concepção que permeiam os saberes.

As pessoas da família do paciente negam muito a sua condição de parente do paciente mental; pois ainda existe um preconceito muito grande sobre a doença, não querem se envolver nem na assistência e nem saber sobre a doença. É

comum internarem os pacientes no hospital e se ausentarem, sem maiores esclarecimentos.

Os enfermeiros entrevistados apontam a importância do saber, em que o conhecimento, por ser dinâmico, transforma-se na realidade da prática assistencial.

Procuro me manter atualizada, estudando [...]. A gente tem que tentar manter-se atualizada na teoria, com novos conhecimentos, muita leitura. Ficar por dentro das novidades, para poder estar auxiliando o paciente (E3).

Buscar conhecimento teórico, através do estudo e de leituras, para embasar o conhecimento prático é apontado por esses profissionais como de extrema importância para o seu saber, orientando sua prática profissional. Mas que também o próprio paciente e seus familiares sejam conhecedores do processo de adoecer com distúrbios mentais.

Para a maioria dos enfermeiros entrevistados quando todos (trabalhadores, pacientes e familiares) são sabedores da complexidades dos distúrbios mentais, o trabalho em saúde mental fica bem mais gratificante pois favorece a diminuição do sofrimento psíquico.

4 CONCLUSÕES

Do que foi competido investigar percebemos que os enfermeiros são conhecedores do significado da Reforma Psiquiátrica e a possibilidade de impactar nas condições sob as quais a assistência é prestada.

Identificamos, com base em nossa experiência profissional e a partir da compreensão dos participantes da pesquisa e dos próprios autores investigados e interpretados, que a Reforma Psiquiátrica é uma proposta de modelo assistencial descentralizado que contribui significativamente com a cidadania dos pacientes e a reinserção social.

Reconheceu-se que são várias as dificuldades dos enfermeiros em trabalhar em consonância com a doutrina da Reforma Psiquiátrica, por vários motivos, dentre os quais:

- a) Fragilidades no saber do enfermeiro, tendo como conseqüência pouca sabedoria nas decisões;
- b) O fato de o sofrimento familiar ser o principal fator que leva o paciente procurar a internação;
- c) Os familiares, em sua maioria, não têm nenhum conhecimento sobre a doença mental, tornando bastante difícil, para o enfermeiro, mostrar e falar sobre seu problema;
- d) Efetivação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica sem que tenha havido mudanças substantivas na estrutura física e administrativa das instituições psiquiátricas;
- e) Vários setores ainda mantêm o trabalho no enfoque tradicional;
- f) Os enfermeiros, ainda têm dificuldades de estabelecer relações entre o conhecimento preconizado e construído com a Reforma Psiquiátrica e o cotidiano de sua prática profissional.

Finalmente, do que foi possível concluir com a realização da pesquisa e, considerando os objetivos delimitados na fase de sistematização do seu projeto, as seguintes evidenciações são sistematizadas:

- a) A prática de enfermagem em saúde mental precisa contar com ferramentas de trabalho sustentadas no conhecimento científico produzido pelas

pesquisas, no saber que o paciente traz de suas vivências patológicas e de vida, do saber dos familiares dos pacientes sobre o sofrimento e os conflitos decorrentes da convivência com o portador de distúrbios mentais.

- b) O saber científico por si só não serve para nada se o sistema de saúde não for dotado de infraestrutura física adequada e de materiais suficientes, bem como, se as competências dos enfermeiros não são coerentes com os princípios da Reforma Psiquiátrica.
- c) Não adianta saber interpretar os processos e instrumentos da área de conhecimento se não se tem o compromisso de viabilizar na prática tais saberes.
- d) Em vez de sofisticar os modelos e ferramentas dos saberes em enfermagem devemos trabalhar de forma sistematizada os princípios gerais e específicos da Reforma Psiquiátrica.

Disto depreende-se que outras pesquisas são necessárias visando avançar em desconstruir o significado de como proceder no processo de produção/aplicação de novos saberes que venham contribuir para corrigir os desligamentos do saber e do fazer na enfermagem em saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. A construção do Saber na enfermagem: evolução histórica. IN: **Anais do 3º Seminário Nacional de Pesquisa em enfermagem. ...ANAIS.** Florianópolis: ABEn, 1984.

ALMEIDA, M. C.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986.

ALVES, D.S.N. et al. Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil. **Seminário Nacional de Enfermagem em Saúde Mental.** São Paulo: Escola de Enfermagem-USP, 1994.

AMARANTE P. **O homem e a serpente:** outras histórias para loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

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

BEZERRA Jr. B. Saúde mental ou psiquiatria. **Anais do 4º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e 3º Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica,**1995. Ribeirão Preto- SP. Ribeirão Preto: EERP-USP, 1995.

BIRMAN, J. A. Cidadania tresloucada. In: BEZERRA, A. P, (org). **Psiquiatria sem hospício:** contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, Brasília, 1987. **Conferência Nacional de Saúde Mental:** relatório final 8. 1988, 43p. (Série D. Reuniões e conferências, 5).

BRASIL. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL. **Relatório Final.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988a.

BRASIL. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental,** dez 1999. Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **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: Ministério da Saúde, 2005.

COSTA, A. C. **Psicanálise e saúde mental:** a análise do sujeito psicótico na instituição psiquiátrica. São Luis/MA: EDUFMA, 2009.

DELGADO, P. G. G. Prefácio. In: Almeida N. ; Delgado P.G.G., **De Volta à Cidadania**. Rio de Janeiro : IFB/Funlar, 2000.

DIAS, T. A.. **Reforma psiquiátrica na região oeste do Paraná: o discurso dos enfermeiros e suas práticas**. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses>>. Acesso em: 08 jul. 2009.

ESPERIDIÃO, E. Assistência em saúde mental. A inserção da família na assistência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, v.3, n.1, jan-jun ,Goiânia, 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em:10 jul. 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A; CARVALHO, V. **O corpo da enfermeira: instrumento do cuidado de enfermagem**. Rio de Janeiro: REVINTER, 1999.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. Tradução: Salma Tannus Muchail. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. 6. ed. São Paulo: Fontes, 1992.

_____. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R.,. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.9, n.2, Ribeirão Preto, mar./abr. 2001

HAGUETTE, T. M. F.. **Metodologia qualitativa na sociologia**. 3. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1997.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1993.

KAWAMOTO, E. E. Saúde mental. IN: KAWAMOTO, E. E.; SANTOS, M. C. H.; MATTOS, T. M. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

LUCHESE, R. **A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro**. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-17112006-111354>>. Acesso em: 05 jul 2009.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teorias, método e criatividade**. 7. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1997.

OLIVEIRA, A.G.B.; ALOSSI, N.P.O Trabalho de Enfermagem em Saúde Mental: Contradições e Potencialidades Atuais, **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.11, n.3, Brasília (DF), maio./jun.,2003.

OSÓRIO, C. M. S.; EIZIRIK, C. L. Problemas de saúde mental . In: DUCAN, B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

OLSCHOWSKY, A.; DUARTE, M. L. C. Saberes dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.15 n.4,Ribeirão Preto, jul./ago., 2007

PINTO, J. C. S. G. **Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade:** conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental. 2007, 243p.Dissertação(Mestrado em Psiquiatria) –Universidade federal fluminense. Niterói-RJ: UFF, 2007

PIRES, W. R. **Dos reflexos à reflexão:** a grande transformação no relacionamento humano. Campinas-SP: Komedi, 1999.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C.. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.8, n.6, Ribeirão Preto, 2000.

SANTOS, I. et al. Enfermagem: o cotidiano de nossas vidas. IN: GAUTHIER, J. H. M. et al. (Org). **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SOBRAL, V. R. S. **A purgação do desejo:** memória de enfermeiras.1994.304p Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro:UFRJ / EEAN, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de Identificação

Idade _____

Sexo _____ Escolaridade _____

Tempo de Serviço na função _____

Questões norteadoras do Tema da Pesquisa:

1) O que você sabe sobre o movimento da reforma Psiquiátrica?

2) O que mudou na sua prática de enfermeiro após a Reforma Psiquiátrica?

3) Quais as principais dificuldades que você encontra no seu trabalho no que concerne ao seu papel de enfermeiro na efetivação da Reforma Psiquiátrica?

Obrigada pela contribuição

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O trabalho intitulado: A prática de enfermagem em saúde mental: religando saberes no trabalho do enfermeiro.

Este estudo será desenvolvido por Maria Antonia Leonez Biserra, aluna do curso de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da Faculdade Nova Esperança, sob orientação da Prof.^a Mestra Francisca Patrícia Barreto de Carvalho.

A coleta de dados será mediante um Roteiro de Entrevista Semiestruturada e da observação, com o objetivo de Identificar quais saberes permeiam as práticas dos enfermeiros em saúde mental e confrontá-los com a Reforma Psiquiátrica.

A realização dessa pesquisa só será possível com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. 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, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Ressaltamos que os dados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo.

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

Diante do exposto, agradecemos sua contribuição na realização dessa pesquisa.

Eu, _____ Concordo em participar da pesquisa A prática de enfermagem em saúde mental: religando saberes o trabalho do enfermeiro, declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos e da finalidade da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo.

Mossoró, ____ de _____ de 2009.

Maria Antonia Leonez Biserra
Pesquisadora

Participante da Pesquisa

ANEXO

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 "A prática de Enfermagem em Saúde mental: religando saberes no trabalho do(a) Enfermeiro(a)", protocolo número: 109/2009 e CAAE: 0039.0.351.000-09, da orientadora: **Francisca Patrícia Barreto de Carvalho** e da pesquisadora: **Maria Antonia Leonez Biserra**.

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


Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do CEP - FACENE/FAMENE

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