

**DAYANE CARLA BORILLE**

**CONSTRUÇÃO DE MARCO DE REFERÊNCIA PARA O CUIDADO  
EM SAÚDE MENTAL COM A EQUIPE DE UM HOSPITAL  
PSIQUIÁTRICO**

**CURITIBA**

**2008**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CONSTRUÇÃO DE MARCO DE REFERÊNCIA PARA O CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL COM A EQUIPE DE UM HOSPITAL  
PSIQUIÁTRICO**

**CURITIBA**

**2008**

**DAYANE CARLA BORILLE**

**CONSTRUÇÃO DE MARCO DE REFERÊNCIA PARA O CUIDADO EM  
SAÚDE MENTAL COM A EQUIPE DE UM HOSPITAL  
PSIQUIÁTRICO**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração - Prática Profissional de Enfermagem, na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Saúde, Educação e Enfermagem – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariluci Alves Maftum

**CURITIBA  
2008**

Borille, Dayane Carla

A construção de um marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe de um hospital psiquiátrico / Dayane Carla Borille. – Curitiba, 2008.

143.f.:il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariluci Alves Maftum  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

1. Enfermagem; 2. Cuidado; 3. Saúde mental; 4. Equipe. I Título.

# TERMO DE APROVAÇÃO

DAYANE CARLA BORILLE

## CONSTRUÇÃO DE MARCO DE REFERÊNCIA PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL COM A EQUIPE DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre – Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: \_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariluci Alves Maftum  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Conceição Bernardo de Mello Souza  
Membro Suplente: Universidade de São Paulo - USP

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marcia Bucchi Alencastre  
Membro Titular: Universidade de São Paulo – USP

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Verônica de Azevedo Mazza  
Membro Suplente: Universidade Federal do Paraná – UFPR

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Doutoranda Marilene Lowen Wall  
Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 29 de fevereiro de 2008.

*Dedico esse trabalho a minha família:*

*Minha mãe **Elisabeth** e meu pai **Gentil**, pelos ensinamentos, valores, amor, compreensão e apoio neste caminhar.*

*O amor incondicional é aquele amor que não coloca nenhuma condição para ser vivido, ama por amar, cria relações, gera laços, sem intenção de retorno e de cobranças. Incondicionalmente, vocês ocupam um lugar especial em minha vida. Ser filha de vocês é uma grande responsabilidade.*

*Meu irmão **Anderson** e minha cunhada **Giovanna**, pelo incentivo e apoio incondicional.*

*E ao amor da minha vida, meu filho **Arthur Henrique**, que me dá força para alçar vôo e vencer os desafios que a vida apresenta.*

*Amo vocês!*

## AGRADECIMENTOS

Àquele que foi fonte de luz e energia durante minha caminhada, quem providenciou tudo que foi necessário para que este trabalho se concretizasse, as pessoas, os recursos materiais, a minha saúde. É a ti **Senhor** que agradeço ter dado mais este passo na caminhada do plano terrestre.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariluci Alves Maftum que ao orientar este estudo deu exemplo real do que é o cuidado humanizado, ao me cuidar de forma tão afetiva, agradeço o compartilhar de seus conhecimentos, a confiança e compreensão, respeitando os meus conflitos, os meus avanços e retrocessos e estimulando-me no meu preparo profissional.

Às prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Marcia Bucchi Alencastre, Maria Conceição B. de Mello Souza, Maria Ribeiro Lacerda, Maria de Fátima Mantovani, Marilene Loewen Wall e Verônica de Azevedo Mazza pelas valiosas contribuições na efetivação deste trabalho.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR, na pessoa da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda, e ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR, pela oportunidade de aprendizado e evolução em minha carreira profissional.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Ribeiro Lacerda, coordenadora do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem – NEPECHE, e aos demais membros e pesquisadores, pelas contribuições e orientações científicas recebidas para a realização desta pesquisa.

À instituição na qual desenvolvi o trabalho, na pessoa de seu diretor Paulo Roberto Borges Pacheco e, em especial, à Coordenadora Técnica Elza Mayumi, por proporcionar momentos de aprendizado problematizador com trabalhadores da instituição.

À equipe de trabalhadores da instituição campo do estudo, pelo acolhimento, respeito e colaboração.

À bolsista de iniciação científica Tatiana Brusamarello pela colaboração na realização dos Encontros.

À direção da Universidade do Contestado – UnC, campus de Caçador, agradeço a possibilidade de minha saída para o mestrado e, em especial à coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Odete Deitos, pela compreensão nos momentos de ausência das atividades do Curso.

Às colegas enfermeiras Erci Bohrer e Paula Xavier de quem sempre recebi manifestações de carinho e apoio para buscar novas fontes de crescimento pessoal e profissional.

A todos aqueles que, embora não citados, participaram de alguma forma deste trabalho.

## SUMÁRIO

### RESUMO

### ABSTRACT

### LISTA DE QUADROS

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
2.1	ASPECTOS HISTÓRICOS DA CONCEPÇÃO SAÚDE – DOENÇA NO TRATAMENTO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL .....	19
2.2	A REFORMA DEMOCRÁTICA ITALIANA E SUA INFLUÊNCIA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA .....	24
2.3	O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E PARANÁ E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	27
2.4	O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL.....	40
2.5	A TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE JOYCE TRAVELBEE .....	49
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>51</b>
3.1	CONTEXTO.....	52
3.2	SUJEITOS DO ESTUDO.....	55
3.3	ASPECTOS ÉTICOS .....	61
3.4	DESCRIÇÃO DO PROCESSO.....	61
<b>4</b>	<b>TRAJETÓRIA PERCORRIDA .....</b>	<b>67</b>
4.1	PRIMEIRA ETAPA DO MÉTODO DO ARCO: OBSERVAÇÃO DA REALIDADE E ELABORAÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA .....	67
4.2	SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO DO ARCO: DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE .....	68
4.3	TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO DO ARCO: TEORIZAÇÃO .....	68
4.4	QUARTA ETAPA DO MÉTODO DO ARCO: PRESSUPOSTOS .....	114
4.5	QUINTA ETAPA DO MÉTODO DO ARCO: APLICAÇÃO À REALIDADE .....	115
4.6	AValiação dos ENCONTROS .....	119
4.7	REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA TRAJETÓRIA PERCORRIDA COM A UTILIZAÇÃO DO ARCO DA PROBLEMATIZAÇÃO.....	123
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>125</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>130</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>138</b>

BORILLE, D.C. **A construção de um marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe de um hospital psiquiátrico.** 2008. 138f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariluci Alves Maftum

A prática dos profissionais que atuam na área da saúde mental vem se modificando concomitantemente às transformações da assistência à saúde de um modo geral, influenciada pelas mudanças filosóficas, sociais, políticas e econômicas da sociedade, entre elas o Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, desenvolvido no período de novembro de 2006 a fevereiro de 2007, em um hospital psiquiátrico de internação integral, do tipo colônia do Estado do Paraná. O objetivo foi construir um marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe da Instituição. Os participantes deste estudo constituíram-se em 152 funcionários dos quais 80 eram trabalhadores de Enfermagem sendo 4 enfermeiros, 1 técnico em enfermagem e 67 auxiliares de enfermagem; 14 eram profissionais de outras áreas da saúde; sendo 4 terapeutas ocupacionais, 4 psicólogos, 3 assistentes sociais, 2 médicos e 1 fisioterapeuta; e 58 trabalhadores de outros serviços. Utilizou-se o referencial metodológico da metodologia problematizadora que se compõe de cinco etapas: observação da realidade e elaboração da situação-problema; definição dos pontos-chave; teorização e identificação de pressupostos ou hipóteses de solução e aplicação à realidade. Os dados foram obtidos mediante a estratégia de Encontros, os quais foram registrados por gravação em fita K7, anotações de um observador e registros em cartazes e papel sulfite das dinâmicas problematizadoras. Foram realizados quatro Encontros, repetidos oito vezes cada um, nos quais foram discutidos os conceitos eleitos pelos sujeitos, são eles: **Enfermagem, Ser Humano, Saúde-Doença, Ambiente, Equipe e Relação Interpessoal** que resultou na construção do Marco de Referência. Os participantes do estudo referiram-se a Enfermagem como vocação, doação, abdicção, evidenciando aspectos históricos na formação da imagem da profissão, como também uma profissão que requer habilidades específicas que atua em nível primário, secundário e terciário da atenção à saúde. O Ser Humano foi concebido como ser pluridimensional, dinâmico, complexo, único e singular em seus aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. O conceito de Saúde e Doença foi explicitado como bem-estar, resultado do equilíbrio e desequilíbrio entre o estado físico, mental, espiritual e social do ser humano. Ambiente para os participantes foi considerado como contexto em que acontecem as interações, em que o ser humano vive, convive e se comunica. Para os sujeitos Equipe, representa um grupo de pessoas com diferentes formações, mas com objetivos em comum Relação Interpessoal é aquela que se estabelece entre as pessoas por meio da comunicação verbal e não-verbal. Os participantes consideraram ainda, a vivência com trabalhadores de outras áreas da Instituição importante e a existência de um espaço no local de trabalho o que lhes permitiu discutir, estudar e repensar a sua prática em saúde mental. O estudo proporcionou um repensar do cuidado em saúde mental realizado pela equipe da Instituição.

**Palavras-chave: Enfermagem; Cuidado; Saúde mental; Equipe.**

**BORILLE, D.C. Building a reference landmark for mental health care with the team of a psychiatric hospital.** 2008. 138f. Dissertation [Nursing Masters Degree] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Leader: Prof. Dr. Mariluci Alves Maftum

Practice of professionals acting in the mental health area is being modified on the whole concurrently to changes in health care, influenced by philosophical, social, political and economical society change, among them the Brazilian Psychiatric Reform Movement. It is a qualitative, exploratory study, developed from November 2006 to February 2007, in a psychiatric hospital of integral internment, colony type, in Paraná State. The aim was to build a reference landmark for mental health care together with the institution team. Participants in this study were 152 employees, of which 80 were working in Nursing, being 4 nurses, 1 nursing technician and 67 nursing assistants; 14 were professionals from other health areas; being 4 occupational therapists, 4 psychologists, 3 social workers, 2 doctors and 1 physiotherapist; and 58 workers from other services. It was used the methodological referential of problematization methodology composed by five stages: reality observation and situation-problem elaboration; key points definition; theorization and identification of solutions presuppositions or hypothesis and its application to reality. The data were gotten through Meetings strategy, which problematization dynamics were recorded using K7 tape, notes from an observer and register on bills and sulfite paper. Four meeting were held, each one being repeated eight times, in which the concepts elected by the subjects were discussed, which are: **Nursing, Human Being, Health-Disease, Environment, Team and Interpersonal relationship** resulting in the Reference Landmark building. The participants in the study referred to Nursing as a call, endowment, abdication, substantiating historical aspects in the profession image formation, as well as a profession requiring specific skills acting on a primary, secondary and tertiary level of health care. The Human Being was conceived as pluridimensional, dynamic, complex, unique and singular being in its biological, psychological, social and spiritual aspects. Health and Disease concept was explained as well being, resulting from balance and unbalance among physical, mental, spiritual and social human being state. For participants, environment was considered as context in which interactions happen, where the human being live, coexist and communicate. Team, for the subjects, represents a group of persons having different formation but having objectives in common; Interpersonal Relationship is that being established among people through verbal and non-verbal communication. The study propitiated rethinking on mental health care performed by the institution team. Participants also considered living through with workers from other areas in the institution and, even as the existence of a space in the working place allowing them to discuss, study and rethink their practice in mental health.

**Key words: Nursing; Care; Mental health; Team.**

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	CENÁRIO DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARANÁ EM 2004 E 2006.....	40
QUADRO 2 -	QUANTITATIVO DE FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL...	57
QUADRO 3 -	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A FORMAÇÃO, CATEGORIA PROFISSIONAL, CARGO E OCUPAÇÃO.....	58
QUADRO 4 -	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM IDADE E SEXO.....	59
QUADRO 5 -	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O TEMPO DE FORMADO E TEMPO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL.....	59
QUADRO 6 -	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO.....	60
QUADRO 7 -	DISTRIBUIÇÃO DOS ENCONTROS PARA A CONSTRUÇÃO DO MARCO DE REFERÊNCIA PARA SUBSIDIAR O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	64
QUADRO 8 -	CONCEITOS DE ENFERMAGEM ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO E OCUPAÇÃO.....	108
QUADRO 9 -	CONCEITOS DE SER HUMANO ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO E OCUPAÇÃO.....	109
QUADRO 10 -	CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO E OCUPAÇÃO.....	110
QUADRO 11 -	CONCEITOS DE AMBIENTE ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO E OCUPAÇÃO.....	111
QUADRO 12 -	CONCEITOS DE EQUIPE ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO E OCUPAÇÃO.....	112
QUADRO 13 -	CONCEITOS DE RELAÇÃO INTERPESSOAL ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO E OCUPAÇÃO.....	113
QUADRO 14 -	MARCO DE REFERÊNCIA PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	117
FIGURA 01 -	MARCO DE REFERÊNCIA PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	118

## 1 INTRODUÇÃO

A prática dos profissionais que atuam na área da saúde mental vem se modificando concomitantemente às transformações da assistência à saúde de um modo geral, influenciada pelas mudanças filosóficas, sociais, políticas e econômicas da sociedade.

Historicamente a enfermagem psiquiátrica, assim denominada até a década anterior, tem desempenhado um papel predominantemente voltado à visão biologicista, cartesiana. Entretanto, mudanças nos modos de conceber a doença mental e nos tratamentos à pessoas com transtornos mentais e suas famílias vêm requerendo dos profissionais de enfermagem novos conhecimentos, pautados em atitudes éticas, com vistas a um cuidado integral, humanizado e que considere a condição de cidadão da pessoa que sofre mentalmente.

O cuidado de enfermagem e dos demais profissionais da equipe de saúde mental ainda acontece com ênfase nos aspectos biológicos, com foco na doença ou na parte afetada do corpo e com pouca abordagem nas dimensões psicológicas, espirituais e sociais da pessoa e sua família. São exemplos de algumas ações que têm feito parte da prática desses profissionais a observação do estado do paciente, controle de sinais vitais, controle de líquidos, coleta de amostras para exames laboratoriais, contenção física, administração de medicamentos, oxigenoterapia, entre outras, que necessitam de prescrição para serem efetuadas; ações de propedêutica da enfermagem como cuidados de higiene, promoção da segurança, educação em saúde; ações de natureza administrativa, burocrática e pedagógica que incluem formação de enfermeiros, auxiliares e técnicos em enfermagem, capacitação e educação permanente (SOUZA, 2003).

Em seu estudo, Souza (2003) destaca que o enfermeiro, sem ter uma visão abrangente de suas atribuições, ocupa-se de várias atividades, como do livro de ocorrências, da roupa, do ponto (registro de entrada e saída de funcionários), manutenção de equipamentos e estrutura física, dos pedidos de materiais. Entretanto pouca ênfase é dada ao fundamental, que é definir o projeto terapêutico que deve ser desenvolvido pelos profissionais de enfermagem bem como a

orientação e capacitação dos técnicos e auxiliares de enfermagem para um relacionamento interpessoal efetivo com os pacientes.

Um Projeto Terapêutico de um serviço de saúde deve conter diretrizes gerais para o atendimento como: manter sistema de registro atualizado com dados sociodemográficos do usuário e da família ou do responsável; Ter uma programação de atividades a serem desenvolvidas pelos usuários com a equipe; Definir o Terapeuta de Referência para o usuário; Prever o tempo de permanência do usuário no serviço; Incluir fatos relevantes ocorridos no período de atendimento à saúde, bem-estar social e direitos; Possibilitar a avaliação do Projeto Terapêutico individual para readequações das atividades e tratamento, entre outros (BRASIL, 2004c).

De maneira lenta e gradativa, o papel do enfermeiro e dos demais membros da equipe em saúde mental e de outros trabalhadores, vem se modificando nos últimos anos, passando a integrar de modo mais efetivo as atividades com finalidades terapêuticas por intermédio do relacionamento terapêutico e programas de educação permanente a equipes, pacientes e familiares (COSTA, 2005).

O estabelecimento de uma relação interpessoal efetiva, comprometida com os princípios da reforma psiquiátrica, além de ser desenvolvida pelos membros da equipe de saúde, entre eles, os da enfermagem, se estende à família da pessoa com transtorno mental, equipe de trabalhadores, de apoio e manutenção.

Os enfermeiros que atuam em saúde mental vivenciam suas práticas de forma paradoxal. De um lado diversificam seu saber, definindo suas funções terapêuticas e de outro assumem funções exclusivamente administrativas e de supervisão. Contudo, há a necessidade dos enfermeiros trabalharem integrados aos demais membros da equipe com percepção das reais necessidades de cuidado da pessoa com transtorno mental, bem como do envolvimento da família e comunidade no tratamento e na reabilitação dessa. Isto implica em capacidade de observação disciplinada, interesse genuíno e envolvimento para o desenvolvimento de aptidões, como a de aplicar os conhecimentos teóricos da relação interpessoal conferindo competência para o melhor desempenho das funções, com vistas a um cuidado que contemple a individualidade do ser humano (CELICH, 2004).

Atualmente vivenciamos um momento de reorganização e redefinição da atenção à saúde mental no Brasil, o qual Amarante (1998) denomina Movimento de Reforma Psiquiátrica, porque envolve várias dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sócio-cultural. Desta maneira, projeta-se um período

propício e fértil para mudanças na área de saúde mental relacionadas ao aspecto físico, organização dos serviços, transformação das relações e reorientação no modelo de assistência. Nesta concepção é valorizado o respeito à cidadania e há ênfase na atenção integral, entendendo o processo de saúde e doença mental relacionado com a qualidade de vida (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Neste enfoque, evidencio a necessidade de mudanças nas atitudes e prática dos profissionais que atuam na saúde mental para uma abordagem que considere a individualidade do ser humano; o contexto de saúde e doença em que ele está inserido; o relacionamento interpessoal; a participação da pessoa com transtorno mental, da família e da sociedade no processo de tratamento e na reinserção social. Na medida em que a Reforma Psiquiátrica se processa torna-se indispensável a adoção de novas formas de lidar com o sofrimento mental, propiciando maiores perspectivas para promover o cuidado em saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi institucionalizada pela Lei Federal n.10.216/2001, de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental. Essa lei e outras legislações, resoluções, portarias, programas e manuais operacionais que ampliam, fortalecem e redirecionam o cuidado na área da saúde mental são resultados de um movimento de trabalhadores, familiares e sociedade que vem acontecendo no Brasil a partir dos anos 70 (MAFTUM, 2004).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica é pautado em princípios éticos como a inclusão social, a solidariedade e cidadania. Trata-se de um “conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade com o doente” (AMARANTE, 2003a, p.58). Para Kantorski e Carvalho (2001) a Reforma Psiquiátrica se constitui em um processo potencialmente transformador de relações, modos de pensar e fazer que dizem respeito à relação da sociedade com as pessoas portadoras de transtornos mentais.

Avanços se observam no modo de cuidar em saúde mental, entretanto o que desenvolvo em minha prática de docência tem contribuído para a persistência de inquietações no que compete à prática dos profissionais de enfermagem. Tal situação se deve à pouca existência de espaços para o cuidado de enfermagem em saúde mental na minha cidade de origem e de incipiente inserção dos enfermeiros nas instituições de saúde. Corroborando, Maftum (2004) ao entrevistar docentes de enfermagem em saúde mental, a respeito de como eles percebiam a atuação do

enfermeiro na prática, afirma que ainda se trata de um trabalho fragmentado, burocrático, com distanciamento do paciente e pouca resolutividade e visibilidade perante os demais membros da equipe.

Meu interesse pela área da saúde mental teve início no período da graduação, que concluí em 2000 pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), durante as aulas teórico-práticas e estágio da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, assim denominada naquela época, atualmente Enfermagem em Saúde Mental. Essas aulas ocorriam exclusivamente em um hospital psiquiátrico que era referência para o Estado de Santa Catarina. Ao vivenciar o dia a dia e observar as pessoas acometidas de sofrimento psíquico, comecei a refletir a respeito da prática da equipe de saúde e, em especial, do enfermeiro, na área da saúde mental. Embora haja que se fazer intensas críticas a respeito das práticas de tratamento manicomial, em que a ênfase é a exclusão social e desvalorização do ser humano, foi essa vivência que despertou o meu interesse pela área, provocou inquietações e ao mesmo tempo instigou-me a buscar novos conhecimentos.

Minha busca pelo aprimoramento tem acontecido de diversas maneiras. Em 2001 iniciei um curso de especialização em saúde mental com enfoque nas políticas públicas ofertado pela Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/FIOCRUZ. Ao estudar os conteúdos do tema, ao recordar as minhas vivências acadêmicas durante a graduação e ao mesmo tempo fazer reflexões a respeito da minha prática atual como docente, novas inquietações surgiam.

Após a conclusão da graduação, iniciei atividades como enfermeira na área da saúde coletiva, pois retornei à minha cidade de origem e lá não existia nenhum serviço específico em saúde mental. Com a criação do Curso de Graduação em Enfermagem, vislumbrei oportunidade de trabalho em docência na área, foi então que aconteceu minha definição profissional a partir de 2002, como docente de uma instituição privada de Ensino Superior da região do meio oeste catarinense.

Ao ministrar as disciplinas de Enfermagem em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, discuto com os estudantes o movimento da Reforma Psiquiátrica, o papel do enfermeiro e da equipe de saúde mental. Diferentemente da minha formação na graduação, tenho a oportunidade de ministrar as aulas práticas da disciplina em outros dispositivos de atenção à saúde mental, como por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), conforme preconiza a Reforma Psiquiátrica Brasileira, consolidando algumas discussões que ocorrem em sala de aula.

Em 2006, ingressei no mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Paraná - UFPR e desenvolvi duas disciplinas: Prática Docente e Vivências da Prática Assistencial com a orientação de docente da área em estudo. Essas vivências ampliaram e/ou confirmaram minhas inquietações em relação à prática do enfermeiro e demais integrantes da equipe e da qualidade do cuidado que a pessoa com transtorno mental recebe. A primeira enseja ao mestrando vivenciar com o docente uma disciplina do curso de graduação em enfermagem. Assim, tive a oportunidade de desenvolver conjuntamente a disciplina Assistência de Enfermagem II, para estudantes de graduação do sétimo período, que engloba o cuidado em oncologia, clínica cirúrgica e saúde mental. A minha Prática Docente nessa disciplina foi com enfoque em Saúde Mental.

Devido às mudanças na assistência que vêm acontecendo na área da saúde mental, em decorrência do Movimento da Reforma Psiquiátrica, a disciplina acima mencionada está organizada de modo que os estudantes de enfermagem participem de aulas teórico-práticas em sala de aula, em grupos de auto-ajuda (Alcoólicos Anônimos - AA, Narcóticos Anônimos – NA), associações de familiares e pacientes, projeto de extensão em saúde mental e aulas práticas em um hospital psiquiátrico de internação integral. Ao acompanhar essas aulas, deparei-me com outra realidade de tratamento e prática dos profissionais, em um hospital do tipo colônia, manicomial. Essas diferentes vivências motivaram-me a desenvolver, no mesmo hospital, a segunda disciplina do mestrado, Vivência da Prática Assistencial, cuja ementa prevê a aplicação, na prática, de um referencial teórico de enfermagem ou de outras áreas do conhecimento.

A trajetória que venho realizando na área da saúde mental, ampliada com as vivências do mestrado, somadas às observações oriundas das disciplinas que mencionei anteriormente, levaram-me a questionar de que modo eu como enfermeira poderia contribuir para despertar ou motivar os profissionais de enfermagem a discutir o cuidado à pessoa com transtorno mental em uma Instituição de internação integral, sustentado em um referencial teórico.

Ocorreu que a direção do referido hospital há algum tempo estava solicitando ao docente da UFPR a realização de educação permanente para o pessoal da equipe de saúde. Esta situação foi propícia para que eu e a professora da área e orientadora deste trabalho discutíssemos a respeito da problemática, ocorrendo-nos que se tratava de um momento oportuno para uma proposta de sensibilização da

equipe de enfermagem, iniciando pela discussão de conceitos inerentes ao cuidado em saúde mental antes de tratar de assuntos específicos. Contudo, ao discutirmos a proposta com a direção a mesma reafirmou que, em consonância à política interna da Instituição, o trabalho deveria envolver todos os trabalhadores, incluindo a comunidade, determinando assim, a remodelação da proposta.

Acompanhando os movimentos de mudanças na área de saúde mental, a enfermagem nessa área também vem se transformando, substituindo paulatinamente o cuidado custodial, asilar e de controle, para um cuidado humanizado, privilegiando o relacionamento terapêutico e a ampliação do campo de conhecimento, voltado para a condição cidadã da pessoa (COSTA, 2005).

A relação entre enfermeiro e pessoa em sofrimento psíquico é a base sobre a qual se estabelece a prática da enfermagem em saúde mental, em que ambos têm de reconhecer um ao outro como seres humanos únicos e isso possibilita um crescimento e aprendizado mútuos. Desta maneira, o profissional utiliza o seu “eu” como um recurso terapêutico, que consiste na capacidade de usar sua própria personalidade conscientemente, em plena lucidez, na tentativa de estabelecer um relacionamento de ajuda e de planejar cuidado (TRAVELBEE, 1979).

O relacionar-se tem alicerce na confiança e no respeito mútuo, o que permite aceitar o outro tal como é e como poderá vir a ser. Assim, o cuidado em saúde mental representa a união entre seres humanos, construída a partir de experiências de vida, oportunidade em que elas revelam, compartilham e resgatam a humanidade existente em cada um (KANTORSKI *et al*; 2005).

É por meio do cuidado que a enfermagem se revela como ciência, arte e disciplina e, “no exercício da sua prática como ensino, assistência e pesquisa, apodera-se de um conjunto de conceitos e teorias e os aplicam” (STEFANELLI; CARVALHO, 2005, p.13).

Ao discorrer a respeito do cuidado de enfermagem, Lacerda e Costenaro (1996, p.54) explicita que “a enfermagem existe quando o ser humano se aproxima do cliente e cuida” [...] “A vinculação entre ambos provoca um acontecer, um transformar, uma relação transpessoal, havendo um começo, meio e fim no desenvolvimento desta relação”.

Durante algumas décadas, os enfermeiros formularam teorias para sustentar a sua prática, estabelecendo quatro conceitos fundamentais aos modelos de enfermagem: **ser humano, ambiente, saúde-doença e enfermagem**. Como

exemplo, tem-se a primeira teoria de enfermagem, Teoria das Relações Interpessoais, formulada pela enfermeira Hildegard Peplau em 1952. Destacamos que as teorias de enfermagem emergiram no contexto da saúde mental, haja vista que Peplau era enfermeira nesta área. Outras teorias surgiram e, dentre elas, a Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee em 1979 que consagrou a relação pessoa a pessoa na profissão da enfermagem (GEORGE, 2000).

Um método para construir o conhecimento de enfermagem pode ser a identificação de conceitos relevantes, que são elementos essenciais das teorias. Conceitos são categorias que servem como guias para realizar observações do mundo empírico representando a realidade e facilitando nossa capacidade de comunicação com ela. Descrevem objetos, propriedades, acontecimentos, significados e traduzem, em idéias e definições, as impressões que recebemos pelas sensações despertadas pelo ambiente. O seu desenvolvimento é uma consciência crítica e reflexiva do significado de um termo e é demonstrado pela habilidade de aplicar o conhecimento em uma nova situação (GEORGE, 2000).

Pautada na premissa de que para realizar um cuidado de enfermagem de qualidade é essencial a consciência e clareza de alguns conceitos centrais inerentes a todas as ações dos profissionais de enfermagem, como: ser humano, saúde e doença, ambiente, enfermagem e que, para a área da saúde mental, em especial os conceitos de comunicação, relação interpessoal e equipe. Ainda, respaldada pelo que relatei anteriormente, no que concerne ao modo como esse cuidado tem acontecido e também que reflexões das atividades profissionais podem influenciar na qualidade do cuidado que toda equipe de saúde realiza, optei por utilizar a metodologia problematizadora como estratégia para a reflexão do cuidado em saúde mental com os trabalhadores da Instituição campo deste estudo.

Essas ponderações se constituíram em motivações para propor um trabalho com a equipe de saúde mental a respeito da sua prática. Assim, emergiu a questão norteadora: como construir um marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe de um hospital psiquiátrico de internação integral? Para tentar responder a esta questão elaborei o seguinte objetivo: *construir um marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe de um hospital psiquiátrico de internação integral.*

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo apresento breve abordagem a respeito da temática da saúde mental, permeando aspectos históricos dos conceitos de saúde e doença mental e modos de tratamento, a psiquiatria democrática italiana e sua influência na Reforma Psiquiátrica brasileira, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e paranaense, correlacionando-as com as políticas públicas desta área e finalmente cuidado de enfermagem em saúde mental na história e no momento atual do Brasil.

### 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA CONCEPÇÃO SAÚDE-DOENÇA E TRATAMENTO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

O estudo da concepção da doença mental, bem como as formas de tratamento na trajetória histórica da psiquiatria tornam-se necessários para a compreensão dos determinantes das práticas de cuidado à pessoa com transtorno mental nos dias atuais. Nesta perspectiva, a história da loucura é também a história de uma prática e saberes concebidos e construídos coletivamente, de acordo com as épocas, culturas e sociedades dos homens, de seu cotidiano e de suas representações (MIRANDA, 1994).

Vários autores, como, Goffman (1990), Miranda (1994) e Foucault (2002) têm abordado a história da loucura, o nascimento da psiquiatria, a instituição psiquiátrica e as práticas de tratamento instituídas desde as idades Clássica, Média e Moderna. Antes do século XVIII, a loucura era concebida em um eixo “verdade-erro-consciência”, sendo considerada como erro do pensamento ou ilusão. O tratamento era feito em lugares considerados terapêuticos e a natureza era o melhor lugar para corrigir esses erros; deste modo, a pessoa com transtorno mental era mantida na própria comunidade (FOUCAULT, 2002).

Nos primórdios das eras Grega e Romana foram notáveis as considerações humanas em relação aos doentes mentais, que circulavam livremente pelos campos e sociedade, sobrevivendo de doações e donativos públicos. O tratamento nos tempos antigos consistia em ritos tribais com o objetivo de alterar o seu

comportamento, sendo que os templos gregos eram usados para abrigar pessoas com doenças mentais por serem locais em que havia ar livre em abundância, água pura e luz solar. Às vezes eram tratados com delicadeza, em outras, o tratamento era severo e bárbaro. Alguns médicos da era Romana utilizavam sangrias por acreditar que a liberação de sangue contaminado auxiliava na melhora dos sintomas e no tratamento, assim como purgantes que aliviavam os espíritos dos doentes (TAYLOR, 1992).

A primeira visão organicista da doença mental surgiu com Hipócrates (460-370 a.C.) que concebia a loucura como uma doença física, semelhante a qualquer outra. Para isso, classificou o organismo em quatro humores básicos: sangue, bílis negra, bílis amarela e fleuma. O desequilíbrio entre os humores e os elementos da natureza consistia a base das doenças mentais.

Na Idade Média (395 -1453), com a queda das civilizações Grega e Romana, o atendimento aos doentes mentais foi deixado a cargo de padres e religiosos, propagando-se crendices, atribuindo caráter negativo à loucura, tornado-a patológica, estigma de imperfeição e culpa. Os tratamentos eram aplicados com o intuito de afastar os espíritos malignos e, como exemplo, tem-se a “técnica do exorcismo” realizada pelo toque suave das mãos (TAYLOR, 1992).

O médico Johan Weyer se destacou nesse período ao lutar abertamente contra as crenças até então corriqueiras e comuns de possessão sobrenatural como causa dos problemas mentais e tentou demonstrar que o comportamento manifestado pela pessoa era proveniente de uma doença (WAIDMAN, 1998).

Cabe ressaltar naquela época a evidência do parentesco da lepra com a loucura. A primeira surgiu como um mal assombroso no início das Cruzadas no Século XI, até o final da idade média, Século XIV, e consolidou os medos seculares, as relações de divisão, exclusão e purificação. Posteriormente o verdadeiro fenômeno de exclusão passou a ser a loucura. Uma representação de exclusão da loucura e do louco daquela época é descrita na composição literária *Das Narrenschiff* que aborda a Nau dos Loucos, em que se praticava na Alemanha o recolhimento dos loucos nas aldeias, colocavam-nos em uma nau na qual eram deixados à própria sorte deslizando pelos rios. O artista flamenco Hieronimus Bosch (1450-1516) pintou uma tela denominada Nau dos Insensatos, retratando o que descrevi anteriormente, a qual ficou bastante conhecida no mundo. Este quadro que

foi pintado entre 1490 e 1500, encontra-se atualmente no Museu do Louvre, em Paris – França (MIRANDA, 1994).

Na obra de Erasmo de Roterdam, “Elogio da Loucura” encontramos a menção do bobo da corte em que se explicita que os loucos proporcionam aos príncipes o que estes procuram a todo custo: divertimento, gargalhadas, prazer, riso. “Outra qualidade que o louco possui é que são os únicos sinceros e verdadeiros, tudo o que o louco tem na alma mostra-o no rosto e sua boca di-lo aquilo sem hesitar” (MIRANDA, 1994, p.56).

No século XVI, os loucos foram ainda menos considerados quando a igreja e os mosteiros deixaram de atendê-los. Naquele período, a Europa vivenciou o advento da manufatura e a conseqüente divisão social do trabalho, inaugurando um novo pensamento: disciplinar os trabalhadores impondo-lhes normas. Em decorrência disso começaram a surgir instituições, os chamados hospitais gerais, que não tinham a função de curar, mas de retirar da sociedade todos os anti-sociais, punindo a ociosidade e reeducando para a moralidade religiosa. Os loucos eram trancafiados em celas e masmorras (MIRANDA, 1994; FOUCAULT, 2002).

No século XVII reacende o interesse religioso no atendimento às pessoas com a finalidade de salvar a alma humana. Entretanto, quanto ao doente mental, o interesse da sociedade era que o mesmo fosse retirado de seu meio, não visando seu bem-estar, devido às articulações que a loucura estabelecia com a marginalidade social. O louco, por ter sido mantido com vagabundos, libertinos e criminosos estabeleceu também um parentesco com as culpas morais e sociais, contribuindo para sua estigmatização (TAYLOR, 1992 ; MIRANDA, 1994).

No século XVIII os médicos Pinel e Tuke contestaram o fato de que os loucos, durante um século e meio, foram mantidos sob regime de internamento sem nunca ter sido esclarecida a lógica da prática que enclausurou no mesmo espaço os pobres, os desempregados e os insanos (MIRANDA, 1994). Assim, Philippe Pinel (1745-1826), médico neurologista, contestou o tratamento desumano aos doentes mentais, organizou o primeiro hospital psiquiátrico, classificou os sinais e sintomas da loucura, escreveu o primeiro livro de psiquiatria e estabeleceu a psiquiatria como especialidade médica e, pelos seus feitos, é considerado o “pai da psiquiatria”. Contudo, as estratégias de organização do hospital foram o isolamento, a organização do espaço asilar e a constituição de uma relação autoritária. Assim, podemos afirmar que a loucura e o louco co-existem com a história da humanidade,

mas a doença mental e a psiquiatria nasceram a partir de Pinel, que requereu para a medicina o tratamento do doente mental (AMARANTE, 2003a; 2006).

Com o enunciado da curabilidade da loucura, foi colocado em prática o tratamento institucional, com a idéia de que a instituição curava e, com o passar do tempo, constatou-se que esta favoreceu a cronificação do doente mental, sendo mais teratogênica do que terapêutica. O isolamento do doente mental em um espaço específico, apesar de reforçar a idéia de exclusão, teve importância para a constituição do conhecimento científico, pois consistia em uma medida científica que possibilitaria o contato exclusivo, específico, com o objeto a ser estudado. Sustentado no princípio do isolamento, a loucura entendida como rompimento da racionalidade manifestada por determinados comportamentos podia ser estudada e classificada de acordo com aproximação e distanciamento da razão em uma nosografia (AMARANTE, 2003a).

Pinel incluiu a loucura no rol das doenças, denominou-a de alienação mental e definiu-a como um comprometimento da vontade ou do intelecto, como distúrbio no equilíbrio das paixões. O alienado deixa-se dominar por paixões artificiais, distantes da realidade objetiva. Os impulsos subjetivos determinariam a ação do indivíduo e ele seria assediado pela fantasia, pelas ilusões, pelas idéias distorcidas; ora agressivos e perigosos, ora indiferentes e irresponsáveis. Deste modo, tornavam-se alheios aos que os cercavam e aos princípios e regras da ordem e da moral (ROTELLI *et al.*; 2001).

Nesta concepção, curar a alienação mental significava trazer o alienado de volta à realidade, controlar seus impulsos e afastar suas ilusões, devaneios; desenvolver nele a vontade e desejos. Surge, então, o tratamento moral, que consistia em um conjunto de estratégias com finalidade de reeducação da mente alienada, nas quais a própria organização do regime hospitalar teria importante papel. O trabalho surge como instrumento terapêutico que ajuda a organizar os pensamentos confusos, redistribuir as energias e redirecionar a consciência para a realidade. A terapia pelo trabalho ou laborterapia tornou-se uma tecnologia de cuidado do corpo, usava a disciplina e a vigilância como estratégias fundamentais. A disciplina era feita por intermédio da repressão, como por exemplo, privação de visitas, diminuição de alimentos, reclusão solitária, colete de força ou camisa de força, banhos com mangueiras de alta pressão e visava o efeito corretivo (MIRANDA, 1994; AMARANTE, 2003a; 2003b).

Mesmo com o conceito de cidadania e as transformações políticas, sociais e econômicas decorrentes das idéias da Revolução Francesa, permanecia a concepção de que os alienados eram incapazes de escolher, desejar, julgar, alheios ao mundo exterior e à ordem pública. A instituição asilar psiquiátrica mantém os mesmos princípios de isolamento, do tratamento moral e da disciplina. Isolados do mundo exterior, os doentes mentais poderiam ser melhor estudados e tratados. Tutelados pelo Estado e medicina, só poderiam se tornar cidadãos quando sua razão fosse plenamente restabelecida. Já naquela época, tem-se que alguns profissionais mostravam-se insatisfeitos com as técnicas praticadas e procuravam criar propostas dando origem a novas abordagens ao tratamento da pessoa com doença mental (MIRANDA, 1994; AMARANTE, 2003a).

O período posterior à Segunda Guerra Mundial foi significativo para o desenvolvimento dessas novas abordagens teóricas e técnicas psiquiátricas, surgindo algumas iniciativas que passaram a ser denominadas Movimentos Reformistas do Pós-Guerra. Nestes movimentos, o primeiro grupo abordava a psiquiatria a partir do modelo do hospital psiquiátrico, no qual incluía-se a Comunidade Terapêutica e a Psiquiatria Institucional. O segundo defendia a sociedade/comunidade como ponto central para o tratamento, no qual incluía-se a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária (Preventiva). O terceiro contempla a Antipsiquiatria, movimento que defendia a expressão do delírio e usava recursos como o psicodrama e a regressão. Ainda neste grupo, inclui-se a Psiquiatria Democrática que inicia questionamento aos saberes da psiquiatria, enfatiza a desconstrução de saberes e práticas manicominiais e defende que estas podem ser realizadas em outros espaços como a comunidade, serviços e/ou dispositivos de saúde (AMARANTE, 2003a; 2003b). Estes movimentos combatiam a exclusão, a cronificação e a violência imposta pelos modelos psiquiátricos tradicionais.

Nesta trajetória constatam-se dois importantes paradigmas de assistência em saúde mental, a institucionalização e a desinstitucionalização. No primeiro, a pessoa com transtorno mental é retirada da sociedade para ser internada em grandes asilos, perdendo contato e vínculos comunitários e familiares; no segundo, tem a possibilidade de ser tratada em diversos espaços além de permitir a sua reinserção em programas de reabilitação extensivos à família (LEITE, 2002).

## 2.2 A PSIQUIATRIA DEMOCRÁTICA ITALIANA E SUA INFLUÊNCIA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Reforma Psiquiátrica Democrática Italiana liderada pelo médico psiquiatra Franco Basaglia, constitui-se no mais importante referencial do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil (PITTA, 1996). Franco Basaglia, nascido em Veneza em 1924, tornou-se a figura mais expoente na transformação do modelo psiquiátrico em todo o mundo. Crítico da ciência psiquiátrica recusou-se a aceitar a rotulação nosográfica à pessoa considerada doente mental. Em 1961, ao assumir a direção do Hospital de Gorizia, província da Itália, Basaglia adotou medidas que visavam o resgate da dignidade e dos direitos de cidadania, permitindo e produzindo uma atitude crítica, tanto de técnicos quanto de internos, sobre as funções sociais, políticas e ideológicas da instituição psiquiátrica (AMARANTE, 2003a).

Basaglia utilizou expressões importantes como a que se refere ao *duplo da doença mental*, que diz respeito a tudo o que sobrepõe à doença, a atributos que não são próprios da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado, estigmatizado. É a face institucional da doença mental, produzida a partir da negação da subjetividade da pessoa, da identidade e principalmente de sua objetivação extrema como objeto de saber. Nesse sentido, é difícil distinguir o que é próprio à doença daquilo que lhe foi imposto por sua condição de institucionalizado. Salientava a importância de *colocar a doença mental entre parênteses*, em não se ocupar da doença como conceito psiquiátrico, mas do sujeito na sua existência. Considerava que a doença mental surgia a partir da cultura, do conhecimento e da subjetividade de quem a produziu, e que não se trata de um conceito neutro (AMARANTE, 2003a).

Nesse modo de conceber a doença mental, em 1971, se iniciou o processo de transformação do hospital psiquiátrico de San Giovanni em Trieste, liderado por Basaglia, que posteriormente ficou conhecido como “desinstitucionalização”, cuja consequência foi a desativação total do manicômio e a constituição de uma rede de atenção a saúde mental territorial (AMARANTE, 2003a; 2003b).

Desinstitucionalização tornou-se a palavra de ordem central na reforma democrática italiana, empregada com o sentido de desconstrução/reconstrução como contraponto à manutenção das instituições psiquiátricas. Esse movimento

procurava potencializar a capacidade terapêutica da psiquiatria com o objetivo de livrar-se das funções de controle social, coação e segregação, extinguir instituições psiquiátricas e reduzir leitos hospitalares propondo uma rede de serviços com diversificadas alternativas, inclusive reinserção da pessoa com transtorno mental no meio social (SPRICIGO, 2001). Neste sentido, o objetivo era abrir as portas da instituição de forma que ela pudesse se difundir para além dos limites físicos e se deparar com toda a problemática social. Ao iniciar o trabalho de desconstrução desta prática institucionalizada e respectivo processo de socialização, começa a ser produzido o chamado “território”<sup>1</sup> (AMARANTE, 2003a).

Os anos de 1975 e 1978 caracterizaram-se pela criação e organização dos serviços territoriais, buscando-se a construção de um *welfare state*<sup>2</sup> de emergência para a implantação de uma estrutura territorial de atenção em saúde mental. Ainda em 1975, começaram a funcionar os primeiros Centros de Saúde Mental de base territorial, atendendo 24 horas por dia em todos os dias da semana. Estes centros ofereciam atividades como hospitalidade diurna (hospital-dia), visita ambulatorial, visitas domiciliares, trabalho terapêutico individual e com a família, interconsulta, além de cooperativas de trabalho e empresas sociais, oficinas, ateliês, entre outros serviços inovadores no Campo da Saúde Mental. “Aos Centros de Saúde Mental eram atribuídas a responsabilidade de prevenção, tratamento e reinserção, ou seja, um caráter assistencial, social e terapêutico” (AMARANTE, 2003a, p.76).

A desinstitucionalização na Itália foi concretizada pela Lei nº 180, votada por todos os partidos e aprovada pelo parlamento em 13 de maio de 1978, possibilitando as inovações no sistema de saúde mental. As inovações ocorridas foram concretas e operativas, permitindo um processo dinâmico e mutante, configurando o serviço de saúde mental como ator de transformação social (ROTELLI *et al*; 2001).

O III Encontro da Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria em Trieste serviu para divulgar as experiências italianas e como resultado surgiram Centros de Saúde Mental em todo o mundo, chamados de serviços fortes ou serviços substitutivos, os quais passaram a ampliar o campo de ação –técnico, social, político

---

1 O termo território foi utilizado no sentido de um conjunto de referências subjetivas, sociais e políticas que formam o cotidiano de vida e a inserção dos sujeitos no meio social.

2 *Welfare State* refere-se a Estado de Bem Estar Social – estado de proteção social que tem por princípio garantir o acesso de toda a população aos serviços, benefícios, por intermédio de um conjunto de políticas sociais, habitação [...] independente da situação do indivíduo no mercado de trabalho.

e teórico, considerando que todos esses elementos devem ser contemplados no exercício profissional (AMARANTE, 2003a; 2003b).

Para Kantorski e Silva (2001) o processo italiano demonstra a importância do trabalho coletivo no que diz respeito às questões de poder e de divergência de interesses na reabilitação da pessoa com transtorno mental, a importância das mobilizações populares na construção de novos serviços e trabalho educativo com a população com o objetivo de desmistificar da loucura.

Todo o debate em torno da saúde mental e do processo de Reforma Psiquiátrica estabelece a busca pela superação dos paradigmas clássicos, de crítica da verdade e neutralidade das ciências, de problematização das concepções naturalistas de subjetividade, doença e loucura e de reconstrução de sua complexidade.

Rotelli *et al* (2001, p.29) afirma que mudanças ocorrem nas formas de tratamento que as pessoas recebem

para transformar o seu sofrimento, em que a terapia é entendida como um conjunto complexo de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.

O processo de desinstitucionalização se caracteriza por três aspectos possíveis de eliminar a internação do conjunto de estruturas e competências psiquiátricas: a construção de uma nova política de saúde mental, a centralização do trabalho terapêutico com o objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes e de suas relações sociais e a construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas à internação no manicômio (ROTELLI *et al.*; 2001).

A experiência italiana demonstrou que é possível tratar de forma inovadora, responsável, digna e cidadã a pessoa com transtorno mental e contribuir para as transformações dos modelos de atenção psiquiátrica e ressignificação do conceito de doença mental, influenciando as reformas psiquiátricas em todo mundo, particularmente no Brasil, como veremos posteriormente.

### 2.3 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E PARANÁ E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

No Brasil colônia, a assistência à saúde ficava a cargo das Santas Casas de Misericórdia, mantida com doações de pessoas de posses, sendo que a finalidade dessas instituições era a salvação da alma e não a cura dos males do corpo. Como não havia assistência específica para os doentes mentais, estes também eram mantidos nas Santas Casas onde recebiam comida e o que vestir, porém eram tratados de forma desumana e constantemente encontrados presos em celas nos porões insalubres (SPRICIGO, 2001).

Por volta de 1910 começam a surgir no Brasil os Hospitais Colônias que na Europa já existiam desde o século XVIII, os quais propunham o trabalho agrícola e em pequenas oficinas com finalidade terapêutica e econômica, visto que os hospícios, naquela época, encontravam-se com superlotação. Seus criadores enfatizavam a cura pelo trabalho agrícola e a diminuição dos gastos do Estado para manter os doentes internados (MARROCA, 2007).

A assistência psiquiátrica no Brasil tem como marco inicial a inauguração do Hospício D. Pedro II, em 05 de dezembro de 1852, na cidade do Rio de Janeiro, então capital do império, o qual funcionava sob o comando das religiosas das Santas Casas. A construção do Hospício e a conseqüente retirada do louco das ruas marcaram a institucionalização da loucura no Brasil que, a exemplo do que vinha acontecendo no mundo, passa a se constituir em doença mental e de responsabilidade do saber médico (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2000; SPRICIGO, 2001). Esse Hospício concretizou um espaço próprio para o tratamento do alienado, com características da época em que os doentes eram vigiados e sofriam medidas repressivas como forma de mantê-los calmos e obedientes (ROCHA, 1994). Após a Proclamação da República no Brasil, em 1889, ocorreu a separação entre Igreja e Estado e o Hospício D. Pedro II ficou sob os cuidados do Estado, passando a ser denominado Hospício Nacional de Alienados (MIRANDA, 1994; GEOVANINI *et al.*; 2002; AMARANTE, 2003a).

O início da implementação de políticas de saúde pelo Estado brasileiro ocorreu na Primeira República (1889-1930). Estas políticas foram denominadas Campanhas Sanitárias que por meio de serviços em âmbito nacional promoveram

ações expressivas no saneamento básico como, por exemplo, as vacinações em massa. Ainda neste período, na década de 1920, surgiu o sistema de Caixa e Aposentadoria e Pensões (CAPs), o qual previa a criação, em cada empresa de estrada de ferro, de uma caixa de aposentadoria para os empregados, sendo posteriormente estendida aos portuários e marítimos (AMARANTE, 2003a).

As CAPs introduziram a assistência médica aos trabalhadores e trouxeram uma tradição que veio a se tornar uma marca na maioria das políticas de saúde no Brasil, ou seja, a subordinação do direito à assistência médica a um sistema de previdência social. Sua administração era igualmente exercida por empregados e empregadores e cabia ao Estado o papel normalizador e regulador. Essa iniciativa tornou-se um bem restrito aos trabalhadores associados, pois os segmentos populares ficaram excluídos desse modelo (AMARANTE, 2003a).

Com a Revolução de 1930, no governo de Getúlio Vargas, o sistema das CAPs foi paulatinamente substituído pelo modelo dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), no qual o Estado passou a administrar a previdência social incorporando outras classes trabalhadoras organizadas por categoria profissional. Como no modelo anterior, mantinha o direito à assistência médica restrito aos trabalhadores contribuintes da previdência social (AMARANTE, 2003a). Entretanto, em relação à saúde mental, neste período foi criado o Decreto-Lei n. 24.559, de 1934 que “dispõe sobre a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas” e expressava um momento em que a medicina defendia a profilaxia e a higiene mental, fortalecendo a figura do médico psiquiatra como perito no diagnóstico da doença mental. Contudo, os doentes mentais não tinham direito a trabalho, profissão e cidadania (MAFTUM *et al.*; 2006).

Por intermédio do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado em 02 de abril de 1941, o Estado desenvolveu a política de proliferação de hospitais denominados naquela época de hospitais-colônia<sup>3</sup>, modelo surgido na Alemanha, sendo o médico Aduino Botelho o primeiro diretor do SNDM e defensor do modelo asilar, incentivando a criação destes hospícios nos estados do Brasil. A assistência psiquiátrica centrada na internação, estritamente hospitalocêntrica e biologicista foi a

---

3 A expressão “colônia” provém da noção de aglomerado de pessoas de uma mesma origem, que se estabelece em uma terra estranha, voltadas para um mesmo objetivo.

prática dominante até 1980, quando questionamentos a essa modalidade assistencial por trabalhadores, familiares e pessoas da sociedade se intensificaram (SPRICIGO, 2001).

Em 1946, com o início da redemocratização no país e o surgimento do período desenvolvimentista, o modelo dos IAPs foi reforçado com a construção de hospitais de grande porte. No entanto, nessa época, ocorreu um crescimento da atenção à saúde nas redes públicas estaduais e municipais voltada para a população excluída da assistência previdenciária. Porém a qualidade do atendimento era inferior em relação à prestada pelo instituto (AMARANTE, 2003a).

Com o Regime militar, em 1964, houve a fusão de todos os IAPs, dando origem ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) responsável pelas aposentadorias e pensões e pela assistência médica dos seus assegurados e dependentes. Em relação à assistência médica, o governo optou pela compra de serviços privados e financiou a construção de um grande número de hospitais, laboratórios e outros serviços privados nos estados do Brasil. Deste modo, o governo passou a financiar, com recursos públicos, a construção de serviços privados e pagava pelos seus serviços para atender aos trabalhadores contribuintes da previdência (AMARANTE, 2003a).

Em 1975 criou-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS) definindo algumas diretrizes, entre elas a distinção entre ações preventivas, com enfoque coletivo e de caráter público sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e ações curativas, individuais e de caráter privado sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Posteriormente, em 1977, criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), composto pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo que este último reforçou a hegemonia do atendimento médico individual (AMARANTE, 2003a).

As políticas de saúde no Brasil apresentam vínculo estreito com as da área da saúde mental até final de década de 70, quando o processo da reforma psiquiátrica brasileira se fortaleceu, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), constituído por trabalhadores insatisfeitos com as condições de vida e trabalho nessa área. Pelas suas críticas e denúncias à precariedade da

assistência em saúde mental, este movimento foi responsável por muito tempo pela busca da formulação de uma teoria e organização de novas práticas de cuidado (ZERBETTO, 1997; OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2000; SPRICIGO, 2001).

Na VI Conferência Nacional de Saúde, em 1977, foram elaboradas Diretrizes de Saúde Mental, que originaram no Plano Integrado de Saúde Mental – PISAM, de caráter preventivista, o qual propunha a expansão da assistência psiquiátrica no nível primário de atenção em ambulatórios e postos de saúde (SPRICIGO, 2001).

Em 1978 realizou-se o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria na cidade de Camboriu, no qual integrantes do MTSM participaram manifestando-se com denúncias em relação à precariedade da assistência em saúde mental no país. Devido à presença de um grande número de trabalhadores, familiares e pessoas da sociedade, esse evento ficou conhecido como “Congresso da Abertura”. O tema loucura saía dos muros dos hospitais psiquiátricos para a comunidade e uma nova agenda estava posta (AMARANTE, 1997; MAFTUM, 2004).

Como reflexo desse movimento, ampliaram-se as discussões da assistência psiquiátrica em todo o território brasileiro. Assim, em 1979, aconteceu o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade de São Paulo, desvinculado das estruturas do Estado, momento em que foi discutido o modelo asilar e as diretrizes legais e técnicas para a superação dos problemas dessa realidade. Em novembro do mesmo ano, em Belo Horizonte, ocorreu o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que contou com a presença de Franco Basaglia. Após o Congresso, Basaglia visitou o Hospital Colônia de Barbacena e comparou-o a um campo de concentração nazista. Sua visita teve grande repercussão nacional e reforçou a elaboração de dois importantes documentos de denúncia ao modelo psiquiátrico nacional: o filme *Em nome da razão*, de Helvécio Ratton e a série de reportagens publicadas posteriormente no livro *Nos porões da loucura*, de Hiran Firmino (AMARANTE, 2003a).

Na década de 1980 ocorreu a crise financeira da Previdência Social e houve a intensificação dos movimentos de crítica ao modelo de saúde vigente, por parte dos movimentos populares emergentes, dos diversos partidos políticos de esquerda e centro-esquerda, formando o denominado Movimento Sanitário, que no documento intitulado “A questão Democrática na Área de Saúde” menciona a constituição de um Sistema Único de Saúde (SUS) (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2000, p.28).

Durante os anos de 1981 e 1982 buscaram-se alternativas para a crise do modelo assistencial causada pela também crise financeira da Previdência Social. Marca este período o convênio de Co-Gestão estabelecido entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde (MS) que cria mecanismos de gerenciamento conjunto de unidades assistenciais. Como iniciativa criou-se o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que trazia em seu bojo os princípios de universalidade, hierarquização e regionalização, com objetivo de aumentar a produtividade, racionalizar o sistema, gerar melhoria da qualidade dos serviços, extensão de cobertura e controle estatal da assistência médica. O CONASP desdobra-se nas Ações Integradas de Saúde (AIS) constituindo-se em importante estratégia no processo de descentralização da saúde, representando uma priorização da rede pública em detrimento da rede privada hospitalar (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2000; SPRICIGO, 2001).

Em 1985, com o fim da ditadura militar e o advento da Nova República, o movimento sanitário foi assumido pela agenda do Estado Nacional e, em 1987, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), preparando terreno para a criação do Sistema Único de Saúde. Na seqüência, em 1988, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que teve importância marcante na concepção e formulação das políticas de saúde ao propor um Sistema Único de Saúde (SUS), definindo atribuições aos níveis federal, estadual e municipal, administrados por meio de colegiados formados por órgãos públicos e sociedade organizada (SPRICIGO, 2001; AMARANTE, 2003a).

A necessidade de aprofundar a discussão de algumas políticas setoriais do SUS levou à convocação de conferências de áreas específicas. Na área de saúde mental foram realizadas três Conferências Nacionais com ampla participação de usuários, familiares e técnicos; a primeira em 1987, a segunda em 1992 e a terceira em 2001. Desta forma, em junho de 1987, realizou-se em Brasília a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) com os temas: a) economia, sociedade e estado: impactos sobre a saúde e doença mental; b) reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental e a cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. Contou com a participação de técnicos, usuários, familiares e lideranças de entidades da sociedade civil (SPRICIGO, 2001; AMARANTE, 2003a, p.43).

Além de propiciar reflexões e aprofundamentos sobre as políticas de saúde mental e a assistência psiquiátrica, a I Conferência Nacional de Saúde Mental encaminhou importantes questões, que enfatizava que as políticas de saúde têm excluído o doente mental da produção e do convívio social. Os temas discutidos foram a necessidade da participação da população na elaboração, implementação e nas decisões das políticas de saúde mental; o reconhecimento pelo Estado de espaços não profissionais criados pelas comunidades visando a promoção da saúde mental; a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais em oposição ao modelo centrado no hospital psiquiátrico. Esta conferência marcou o “fim da trajetória sanitária” da saúde mental e iniciou a “trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção” (SPRICIGO, 2001; KANTORSKI; SILVA, 2001; AMARANTE, 2003a, p.43).

No II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, em 1987, em Bauru, o MTSM sofreu profunda e radical transformação, em que deixou de ser uma entidade predominantemente de técnicos, reconstruindo-se como um movimento social. Representou uma importante ruptura tanto epistemológica quanto estratégica, em relação ao tratamento da pessoa com transtorno mental, ao introduzir o lema *Por uma sociedade sem manicômios*, apontando para a necessidade de discutir a loucura para além dos limites assistenciais. Neste Congresso, decidiu-se que a data 18 de maio passaria a ser comemorada anualmente como Dia Nacional de Luta Antimanicomial, com realização de intensas atividades políticas, culturais e científicas no Brasil (AMARANTE, 2003a; 2003b).

Em 03 de maio de 1989 o movimento de reforma psiquiátrica assumiu repercussão nacional, a partir da intervenção da Secretaria Municipal de Saúde no hospital psiquiátrico denominado Casa de Saúde Anchieta na cidade de Santos. Após uma série de denúncias de mortes no hospital conveniado ao SUS, a prefeitura decidiu intervir e desapropriá-la, iniciando um trabalho revolucionário semelhante ao de Franco Basaglia na Itália. Em seu lugar, foram implantadas novas formas e espaços de tratamento às pessoas com transtornos mentais, como os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), abertos 24 horas, sete dias por semana, 365 dias no ano, responsáveis pela demanda psiquiátrico-psicológica de uma determinada região da cidade, denominada território. Considerados estruturas complexas, os NAPS oferecem atendimento emergencial ou ambulatorial, como por exemplo, as oficinas de trabalho, cooperativas e projetos de inserção social (AMARANTE, 2006).

Na concepção que orienta a criação de novas modalidades de atenção, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, no ano de 1987, que “propunha-se a ser um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitários” (SPRICIGO, 2001, p. 64). Os CAPS constituem-se em uma modalidade intermediária ou provisória de atenção em saúde mental, como uma alternativa de transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo preventivo-comunitário. “[...] tentaria evitar a internação hospitalar da pessoa com transtorno mental ou quando esse recebesse alta sem estar apto a retornar plenamente à vida comunitária” (AMARANTE, 1997, p.172).

O Ministério da Saúde, Brasil (2002, p.1) define CAPS como

um serviço comunitário ambulatorial que toma para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência. Deve garantir relações entre trabalhadores e usuários centradas no acolhimento, vínculo e na definição precisa de responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a melhor qualidade de vida e inclusão social possíveis.

Uma importante contribuição para o Movimento de Reforma Psiquiátrica foi o Projeto de Lei n. 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG), apresentado em outubro de 1989 ao Congresso Nacional. Este projeto propunha a regulamentação dos direitos do doente mental em relação ao tratamento, previa extinção progressiva dos manicômios públicos e privados e sua substituição por outros recursos assistenciais não-manicomiais (OGATA; FUREGATO; SAEKI, 2000; SPRICIGO, 2001; AMARANTE, 2003a).

O teor do referido projeto mobilizou vários estados brasileiros promovendo transformações no modelo de assistência bem como debates na mídia nacional e ainda, como consequência, surgiram diversas associações de usuários e familiares. Dessas associações, algumas se posicionaram contrárias outras a favor da reforma psiquiátrica, porém o resultado foi que, de forma inédita, os temas saúde e doença mental, assistência psiquiátrica e manicômio ocuparam boa parte da agenda nacional (AMARANTE, 2003a).

Em dezembro de 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental com a participação de milhares de usuários, familiares e técnicos nas suas três fases

(municipal, estadual e federal). Nela reafirmaram-se os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica brasileira com ênfase na desinstitucionalização e na luta antimanicomial. Temas como rede de atenção integral, transformação e cumprimento das leis, direito à atenção e direito à cidadania foram abordados. Ao deliberar sobre o modelo assistencial, enfatizou a importância da construção de novas formas de lidar com a loucura, desterritorializá-la, gerar novos atores sociais, possibilitar que as instituições psiquiátricas, os técnicos e a administração deixem de conceber a loucura como objeto privado e passem a concebê-la como questão de vida (BRASIL, 1992; KANTORSKI; SILVA, 2001; AMARANTE, 2003a).

Diversas estratégias foram adotadas para envolver a sociedade nas discussões a respeito da doença mental, como o Fórum Gaúcho de Saúde Mental, com inscrições de frases, trechos de músicas, poesias, ditados populares em camisetas, adesivos e faixas posteriormente adotados em âmbito nacional; o I Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, realizado em Salvador, em 1993, com o lema “Brasil sem manicômios no ano 2000”; encontros de Associações de Usuários e Familiares, dos quais resultou a elaboração da “Carta dos Direitos dos Usuários”. Tais documentos baseiam-se em princípios de cidadania, como o direito ao ingresso aos sistemas de saúde, direito a um atendimento livre de discriminação, que respeite as pessoas, seus valores e suas crenças, entre outros (AMARANTE, 1997, p.175).

A Política Nacional de Saúde Mental, a partir de 1991, mediante o Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde, promulgou a Portaria n. 189, de 19 de novembro de 1991 e a Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992, que definem diretrizes e normas para a saúde mental. Essas portarias institucionalizam a reforma psiquiátrica, pois a Lei de saúde mental que ainda era vigente no país era o Decreto Lei n. 24.559, de julho de 1934 (MAFTUM, 2004). Essas, e outras portarias que posteriormente surgiram, preconizam a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por leitos em hospitais gerais, criação de CAPS, serviços residenciais terapêuticos (SRTs), centros de convivência, Hospital Dia para permitir o processo de desospitalização e reinserção social da pessoa com transtorno mental. Estas novas orientações têm como objetivo diminuir o número de leitos em hospitais psiquiátricos, regionalizar os atendimentos e redistribuir a assistência ao portador de transtorno mental conforme as suas características e necessidades sociais (BRASIL, 2002b; 2002c; AMARANTE, 2003; AREJANO, 2005).

Apesar de conter alterações substanciais e tramitar durante quase doze anos no Congresso Nacional, o projeto Lei n. 3.657/89, foi aprovado na forma de Lei Federal n. 10.216 somente em de 06 de abril de 2001. Ressaltamos que a demora na promulgação da lei federal de saúde mental desde a apresentação do projeto que a gerou não impediu que o movimento da reforma fosse se consolidando tanto nos estados do Brasil como no ideário dos profissionais dessa área e da sociedade. Vários estados brasileiros como o Paraná, Ceará, Rio Grande do Sul e Pernambuco tiveram suas leis estaduais de saúde mental embasadas no projeto de lei de Paulo Delgado, promulgada bem antes da lei federal (BRASIL, 2001).

Em dezembro de 2001 aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental com o tema “Cuidar Sim, Excluir Não – efetivando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, qualidade, humanização e controle social”, a qual reafirmou que as políticas de saúde mental devem respeitar as diretrizes da reforma psiquiátrica e das leis federais e estaduais, priorizando a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Tais políticas devem ter como pressupostos básicos a inclusão social e a reabilitação psicossocial e estarem integradas com outras políticas sociais, como educação, trabalho, lazer, cultura e esporte visando garantir o exercício pleno da cidadania (CNS, 2002, p.136).

A reabilitação psicossocial representa mais que um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para assistir e melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtorno mental. É uma necessidade ética, um processo de reconstrução do exercício de cidadania e de valor social nos cenários de *habitat*, rede social e trabalho. “É uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade que necessitam de cuidados igualmente complexos”. Trata-se de uma maneira de minimizar a cronicidade e resgatar a capacidade dessas pessoas viverem em comunidade (PITTA, 1996, p. 21).

O relatório da III Conferência de Saúde Mental ressalta que o modelo assistencial deve estar sustentado numa concepção de saúde como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental desenvolver práticas de assistência e cuidado pautadas nas relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania, buscando superar a reprodução da institucionalização e/ou cronificação (CNS, 2002).

A luta pela reforma psiquiátrica e pelo processo de desinstitucionalização em construção no Brasil busca alcançar novos espaços de atenção psicossocial. Portanto, requer que todos os profissionais de saúde revejam conceitos, métodos e formas de lidar com o sofrimento mental.

Amarante (2003a, p.49) define a Reforma Psiquiátrica como

um processo social complexo que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são articuladas e inter-relacionadas, que envolvem movimentos, atores, conflitos e uma transcendência do objeto do conhecimento que nenhum método cognitivo ou teoria podem captar e compreender em sua complexidade e totalidade.

Nessa concepção, a doença deixa de ser reduzida à alteração biológica para tornar-se processo de saúde/enfermidade concebida não mais como “objeto, mas como experiência da vida de sujeitos distintos” (AMARANTE, 2003a, p.53).

Amarante (2003a; 2003b) evidencia quatro dimensões na Reforma Psiquiátrica: teórico-conceitual ou epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-político e sócio-cultural. A dimensão teórico-conceitual ou epistemológica contempla o conjunto de questões que dizem respeito à produção de conhecimentos e saberes que irão subsidiar as práticas. É uma dimensão que contempla reflexão dos conceitos mais fundamentais do campo das ciências até os conceitos produzidos pela psiquiatria: alienação, doença mental, terapêutica e cura.

A dimensão político-jurídica passa pela criação e alterações na legislação com relação aos direitos e à assistência à pessoa com transtornos mentais. A importância de revê-la no âmbito jurídico decorre do fato de que a psiquiatria instituiu a noção de relação entre loucura e periculosidade, incapacidade, irresponsabilidade civil. Na dimensão política luta-se pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, revisão de legislações sanitárias, civil e penal referente à doença mental, para possibilitar o exercício dos direitos à cidadania, ao trabalho e à inclusão social (AMARANTE, 2003a).

A dimensão técnico-assistencial inclui as inovações nas práticas assistenciais em saúde mental, construindo uma rede de novos serviços concebidos como espaços de sociabilidade, de trocas, em que se enfatiza a produção de saúde como produção de subjetividades. Finalmente, a dimensão sócio-cultural se refere à necessidade de transformar a concepção de loucura no imaginário social, transformando as relações entre a sociedade e loucura; nisto consiste o objetivo maior da reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2003a).

A política de saúde mental no Brasil atualmente compõe-se de programas, ações e estratégias a fim de efetivar o movimento de reforma psiquiátrica, entre eles 24 Hospitais-dia, Programa de Volta para Casa em que 2.519 pessoas recebem auxílio-reabilitação, Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, Estratégia de Atenção para Transtornos Associados ao Consumo de Álcool e Drogas e Ações de Intersetorialidade. Estas últimas englobam a saúde mental para infância e adolescência, inclusão social pelo trabalho, saúde mental e direitos humanos, saúde mental e intervenção na cultura, saúde mental na população negra, saúde mental e gênero, manicômios judiciários, atenção às urgências, estratégia nacional de prevenção ao suicídio, epilepsia e atenção básica e Brasil sem homofobia (BRASIL, 2004a; 2007).

Dados do Ministério da Saúde demonstram que, em 2006, o país dispunha de 1.011 CAPS (430 CAPSI, 320 CAPSII, 37 CAPSIII, 75 CAPSi e 138 CAPSAd), 457 Serviços Residenciais Terapêuticos, 862 Ambulatórios de Saúde Mental e 60 Centros de Convivência e Cultura distribuídos nas cidades de Belo Horizonte, Campinas e São Paulo (BRASIL, 2006).

Assim, o Movimento da Reforma Psiquiátrica que vem acontecendo no Brasil prioriza a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade, mediante políticas de saúde que visam diminuir o número de leitos em hospitais psiquiátricos e o tempo de internamento, estimular o convívio da pessoa com doença mental e sua família e criar rede de assistência (BRASIL, 2001).

### 2.3.1 A reforma psiquiátrica no Paraná e seus antecedentes históricos

Em relação à história de psiquiatria no Paraná, em 1909 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico em Curitiba, denominado “Asilo Nossa Senhora da Luz” o qual atendia a população excluída da sociedade (MAFTUM *et al.*; 2006). Até a década de 1950 havia hospitais psiquiátricos somente na capital.

Conforme Mello Neto, psiquiatra na cidade de Ponta Grossa, passado meio século da inauguração do asilo no Estado do Paraná ainda não era oferecido uma assistência psiquiátrica de qualidade. Ele relata ao ler um artigo, sem assinatura, no jornal curitibano “A República”, de 25 de novembro de 1891, que constava a

seguinte referência: “ali num pequeno espaço encerrados como animais imundos, amontoados sem um conforto sequer, pobres loucos, abandonados, definham e morrem!” (PONTA GROSSA, 1995, p.17).

Em 02 de maio de 1944, o médico psiquiatra Arnaldo Gilberti realizou os primeiros atendimentos em saúde mental, inaugurando o Primeiro Ambulatório de Saúde Mental da rede pública estadual, localizado em Curitiba. Em sua homenagem, o dia 2 de maio foi estabelecido como “Dia Estadual da Saúde Mental”, pela Resolução CES/PR n.15, de 13 de setembro de 2000. Somente em 1976 este ambulatório passou a denominar-se Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM) transformando-se em Serviço de Pronto-Atendimento, como primeira tentativa de ordenar e regulamentar as internações locais e constituindo-se na porta de entrada da assistência psiquiátrica do estado (PARANÁ, 2000; FONSECA, 2004).

A reforma psiquiátrica no Paraná foi regulamentada pela Lei Estadual n. 11.189, de 09 de novembro de 1995, de autoria do Deputado Estadual Florisvaldo Fier, médico pediatra, conhecido como Doutor “Rosinha”. Esta Lei dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cidadãos com transtornos mentais e foi elaborada seguindo os pressupostos do Decreto n. 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PARANÁ, 1995).

Em 1997 ocorreu a I Conferência Municipal de Saúde Mental de Curitiba com o tema “Construindo um modelo de atenção à saúde mental em Curitiba” e, em outubro de 1992 e agosto de 2000 respectivamente a II e III Conferências Estaduais de Saúde Mental, realizadas pelo Conselho Estadual de Saúde (MAFTUM, 2004).

Atendendo ao preconizado pela Reforma Psiquiátrica a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba em conjunto com a Associação Arnaldo Gilberti, organização não governamental, em 2002 inaugurou a primeira residência terapêutica do Paraná, denominada pela portaria n. 106, do Ministério da Saúde, de 11 de fevereiro de 2000, de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Pacientes, antes internados com a média de 20 anos, começaram a exercer seus direitos de cidadão (BRASIL, 2000; MAFTUM, 2004). Estas residências são destinadas a pacientes de longa permanência de internação, mais de dois anos, e que não tiveram condições de voltar a conviver com sua família. Eles são preparados para realizar atividades básicas do cotidiano, como higienizar-se, vestir-se, alimentar-se, fazer compras, tomar ônibus, entre outras, que permitem o resgate da sua condição de cidadãos. Nestas residências moram em torno de cinco a oito pessoas que são

supervisionadas e atendidas por um cuidador. Estes serviços integram o Programa de Reinserção Social de acordo com a reforma psiquiátrica (BRASIL, 2000; AMARANTE, 2003a; MAFTUM, 2004).

A Política Estadual de Saúde Mental segue os princípios e diretrizes do SUS: universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, participação e controle social, descentralização da gestão, hierarquização dos serviços; respeita as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira de inclusão social e de habilitação da sociedade para conviver com a diferença e as Leis Federais: Lei n. 10.210, de 06 de abril de 2001, Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003 e Lei Estadual n. 11.189, de 09 de novembro de 1995, que garantem os direitos de pessoas com transtornos mentais e priorizam a construção de uma rede de atenção integral. Preconizam a reestruturação do cuidado em saúde mental com prioridade ao atendimento ambulatorial e promoção à saúde mental, através das ações básicas de saúde e integração com a comunidade. Destacam-se: ações de saúde mental na comunidade, unidades básicas de saúde, ambulatórios de saúde mental, núcleos e centros de atenção psicossocial, hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos e serviços residenciais terapêuticos, destacando ainda a saúde mental infanto-juvenil e ações de redução de danos no uso álcool e drogas (PARANÁ, 2006).

Dados do Programa Estadual mostram os avanços na área de saúde mental no Paraná, em que o cenário atual está composto por 17 hospitais psiquiátricos com 2648 leitos, sendo que destes 280 públicos, 1746 privados e 622 filantrópicos; dois hospitais gerais com 277 leitos destinados à psiquiatria e 34 hospitais-dia. A média de permanência nos hospitais psiquiátricos é de 32,9 dias, conforme preconiza a política nacional de saúde mental. No Paraná, a maioria das internações é de pessoas do sexo masculino e de faixa etária entre 35 e 44 anos (PARANÁ, 2006).

O quadro a seguir demonstra o aumento dos dispositivos de atenção à saúde mental no Estado se comparados aos dados mencionados por Maftum (2004) em sua tese de doutorado.

<b>DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL</b>	<b>2004</b>	<b>2006</b>
Hospitais Psiquiátricos	19	17
Leitos hospitalares	4.776	2.648
Hospitais Dia – HD	5	34
Centros de Atenção Psicossocial - CAPS	15	42
Serviços Residenciais Terapêuticos – STRs	2 Residências 1 Casa progressão	23
Associações de Usuários e Familiares	8	13

QUADRO 1 – CENÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DO ESTADO DO PARANÁ EM 2004 E 2006

FONTE: O autor (2007)

A criação dos serviços extra-hospitalares tem aumentado gradativamente. O Estado possui 54 ambulatórios de saúde mental, 12 CAPSI, 15 CAPSII, 01 CAPSIII, 05 CAPSi e 09 CAPSad, totalizando 42 centros de atenção psicossocial. Possui 23 serviços residenciais terapêuticos (SRTs) com 135 moradores. Embora a política de saúde mental preconize a criação de centros de convivência e cultura, estes ainda se encontram restritos a alguns grandes centros, sendo que o Paraná não possui este dispositivo. Existem várias associações de usuários e familiares, sendo a mais antiga, a Associação Arnaldo Gilberti, primeira entidade filantrópica do Paraná a realizar um trabalho com pessoas da área de Saúde Mental. Criada em 1994, por iniciativa de profissionais, pacientes e familiares de pacientes em tratamento, a Associação tem como objetivo combater tanto o preconceito da sociedade em relação às pessoas com transtornos mentais como também o preconceito que essas pessoas têm em relação aos seus próprios problemas (BRASIL, 2006).

O processo de transformação da assistência psiquiátrica necessita ir além de abolir muros, técnicas, rotinas inflexíveis ou espaços fechados. É importante que cada profissional procure repensar suas concepções acerca da pessoa com doença mental e da própria doença mental com vistas a cuidado humanizado.

#### 2.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

A enfermagem em saúde mental tem, historicamente, sua prática essencialmente pautada no modelo hospitalocêntrico, visualizado na figura do

manicômio e asilo como lugar de exclusão social e de estigmatização do doente, não com vistas a atender a pessoa em seu sofrimento, mas com a finalidade de vigiar e punir os seus atos (MIRANDA, 1994; MAFTUM, 2004).

No Brasil, a enfermagem psiquiátrica nasceu não exatamente com a finalidade de melhorar a assistência e o cuidado à pessoa com transtorno mental, mas para viabilizar a organização e execução da prescrição médica no hospício (MIRANDA, 1994). O trabalho de nesta área foi realizado até há poucas décadas por pessoas sem formação geral e/ou específica. Tratavam-se normalmente de pessoas leigas, ex-pacientes, serventes dos hospitais e irmãs de caridade. Neste enfoque, o cuidado psiquiátrico resumia-se à vigilância e repressão dos comportamentos inaceitáveis, muitas vezes em uma relação de poder e subalternidade com os doentes, impondo-lhes maus tratos, o que marcou negativamente a imagem da enfermagem psiquiátrica (COSTA, 2002).

Como em outros países, a enfermagem no Brasil imperial foi exercida pelas irmãs de caridade, nas Santas Casas de Misericórdia, criadas pela Coroa Portuguesa, destinadas ao cuidado de doentes, principalmente pobres. Os doentes mentais eram guardados nos porões insalubres das Santas Casas, recebendo cuidado de escravos e voluntários, sendo que era concedido o título de prático em enfermagem a qualquer pessoa com pouca experiência no tratamento a enfermos (MIRANDA, 1994).

A partir de 1930 começaram a surgir denúncias de maus tratos e protestos médicos com o discurso aparentemente humanitário de que, sem médicos e profissionais de enfermagem especializados, não se poderia proporcionar ao louco um tratamento físico e moral condizente com sua doença (MIRANDA, 1994).

Com a inauguração do Hospício D. Pedro II, em 1852, estrutura-se o poder disciplinar baseando-se no tripé: “isolamento com vigilância constante [...]”; “organização do espaço [...]” e “alocação e recolhimento do louco nesses espaços classificatórios”. O “enfermeiro” ocupava um lugar entre o guarda e o médico do hospício, cabendo-lhe o papel de estabelecer entre o médico e o doente a “corrente” do olhar vigilante. Para trabalhar na psiquiatria, era necessário que o enfermeiro possuísse qualidades físicas de robustez e força, para o desempenho das funções de vigilância ao doente mental (MIRANDA, 1994, p.87-9).

O despreparo dos enfermeiros e a ausência do estímulo para o trabalho geravam nas suas relações com os alienados violência, luta e morte. Esse

desempenho violento e agressivo do enfermeiro, a quem coube por herança secular o serviço das pequenas e cotidianas atrocidades do espaço asilar, como amarrar, conter, gritar, ofender, proibir, aplicar medidas terapêuticas prescritas em nome da falsa ordem, era repercussão da violência e agressividade próprias da organização do hospício (MIRANDA, 1994; COSTA, 2005).

Nas tensões políticas e sociais do Brasil República, o Hospício D. Pedro II se transformou, em 1890, no Hospício Nacional de Alienados passando a direção ao psiquiatra Teixeira Brandão. Devido ao confronto entre a corporação médica, amparada pelo Estado republicano e o poder clerical, as irmãs de caridade deixaram o hospital e para solucionar a problemática da falta de pessoal em decorrência da saída das irmãs, Teixeira Brandão trouxe “enfermeiras leigas” da França para capacitar mão-de-obra. A deficiência de infra-estrutura no funcionamento administrativo e assistencial do Hospício, por pessoal não qualificado, levou à criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, em 27 de setembro de 1890, anexa ao hospital (MIRANDA, 1994, p.96; ROCHA, 1994; WAIDMAN, 1998).

Em 1902 Juliano Moreira assumiu a direção do Hospital Nacional de Alienados e outorgou à Enfermagem o direito de controlar, punir, disciplinar e reeducar o doente mental, estabelecendo a vigilância e o confinamento como instrumentos de assistência (MIRANDA, 1994; ROCHA, 1994; WAIDMAN, 1998). Apesar da criação de novos hospitais públicos e privados e do surgimento dos primeiros ambulatórios, os profissionais de enfermagem continuaram a ser treinados para desenvolver uma prática assistencial conforme as concepções e modelos vigentes na época, perpetuando a maneira desumana de tratar o doente mental.

Para Leite (2002) a estrutura asilar hospitalar tem contribuído para a destruição da autonomia, auto-estima, identidade, vínculos familiares e com a sociedade e para a desvalorização da comunicação dos doentes mentais. Ser internado em um hospital, para alguns, significava uma entrada sem qualquer possibilidade de volta à sociedade. A partir de um diagnóstico de doença mental todo o conteúdo da fala da pessoa era desconsiderado ou pouco valorizado pela equipe de enfermagem; qualquer expressão da comunicação verbal ou não-verbal, pelas suas atitudes ou manifestações de comportamento, era interpretada como resultado dos sintomas de sua doença.

A partir de 1930, começou a surgir a necessidade de uma enfermagem capacitada que acompanhasse os avanços nos tratamentos psiquiátricos da época.

Uma das atividades era acompanhar o médico na realização de terapias somáticas como, por exemplo, a eletroconvulsoterapia, o choque insulínico, o malário e o induzido pelo medicamento cardiozol e as psicocirurgias (MIRANDA, 1994; ROCHA, 1994; LEITE, 2002).

O ensino de enfermagem psiquiátrica naquela época era quase exclusivamente teórico, com estudo das patologias e síndromes psiquiátricas. A parte prática se resumia a visitas rápidas aos hospícios, as quais provocavam no estudante, de um modo geral, “um verdadeiro pânico”, afastando qualquer possibilidade de opção profissional posterior nessa área (MIRANDA, 1994, p.107).

A Enfermagem moderna surgiu no Brasil em 1923 com a Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, que posteriormente recebeu o nome Anna Nery. Em seu primeiro currículo contemplava a disciplina “Arte da enfermeira em Doenças Nervosas e Mentais”, a qual era ministrada com enfoque clínico da doença mental (MIRANDA, 1994, p.103).

Entre os anos de 1930 e 1950, com a influência da psicanálise e das novas linhas de psiquiatria, a assistência asilar passou a receber críticas que se intensificaram após a II Guerra Mundial, surgindo novas alternativas de tratamento, como por exemplo, a comunidade terapêutica, a psicoterapia institucional e outras anteriormente citadas. Nesta perspectiva, a enfermagem psiquiátrica começou a se desenvolver como especialidade a partir da década de 1950, quando enfermeiros dessa área passaram a se preocupar em definir seu papel no cuidado à pessoa com transtorno mental (PEREIRA *et al.*; 1998). Salienta-se a contribuição da enfermeira psiquiátrica norte-americana Hildegard Peplau que formulou a Teoria das Relações Interpessoais em 1952, definindo como instrumento de ação a observação sistemática das relações enfermeiro-paciente, valorizando a singularidade, reciprocidade e ajuda mútua (VILLELA; SCATENA, 2004).

A ênfase da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau é o cuidado de enfermagem baseado no relacionamento terapêutico. Esse foi o primeiro modelo teórico sistematizado para a enfermagem e veio contribuir na busca de explicações sobre a loucura por meio dos discursos psiquiátrico e psicológico (WAIDMAN, 2002; VILLELA; SCATENA, 2004).

Destaca-se ainda a Teoria das Relações Interpessoais desenvolvida pela também enfermeira psiquiátrica norte-americana Joyce Travelbee, que consagrou a relação pessoa a pessoa na profissão da Enfermagem. A autora fundamentou sua

teoria nos modelos teórico-filosóficos existencialista e humanista, enfocando a relação do homem como ser existencial, que busca significado na sua vida e sofre com isso (TRAVELBEE, 1979; GEORGE, 2000; VILLELA; SCATENA, 2004; LEOPARDI, 2006).

No Brasil, a enfermeira Maria Aparecida Minzoni (1936-1981) demonstrou preocupação com a humanização da assistência ao doente mental e baseou sua atuação e produção teórica no processo interpessoal, contribuindo para o crescimento da enfermagem psiquiátrica no cuidado, ensino e pesquisa. Atuou como professora titular nessa área da enfermagem em Ribeirão Preto (USP) e, em sua tese de livre docência, defendeu o relacionamento enfermeira e paciente como potencial de mudança na busca do cuidado humanitário (KANTORSKI *et al.*; 2005).

Verifica-se que, nas décadas de 1960 e 1970, o predomínio da assistência de enfermagem era hospitalocêntrica, principalmente devido ao surgimento e expansão dos fármacos e da rede hospitalar privada (LEITE, 2002).

Acompanhando os movimentos de transformação da psiquiatria, transforma-se também a prática da enfermagem desta área. Os conceitos que mais influenciaram esta prática foram os da psiquiatria social, que tem a ênfase no relacionamento com o paciente, na criação e manutenção de ambiente terapêutico e na ampliação do campo da enfermagem para o contato com o paciente, família e comunidade (ROCHA, 1994).

O Movimento da Reforma Psiquiátrica suscita nos profissionais de enfermagem uma nova forma de conceber a doença mental e seu tratamento. Esse processo de desconstrução/reconstrução permite repensar conceitos sobre a loucura, as formas de lidar com o sofrimento mental, os papéis dos profissionais e a necessidade de outras práticas sociais incluindo a pessoa com transtorno mental e familiares em busca de uma assistência integral, pautada em uma ideologia de cidadania e ética (VILLELA; SCATENA, 2004).

As idéias de humanistas que influenciam a assistência em saúde mental vêm contribuindo para um novo direcionamento do cuidado de enfermagem, privilegiando outras formas de tratamento e prevenção além do hospital, objetivando o resgate da cidadania e a inserção da saúde mental em outros programas e instituições de saúde, enfatizando o trabalho multiprofissional e interdisciplinar (MAFTUM, 2004).

A enfermagem passa a atuar em diferentes dispositivos terapêuticos, como por exemplo, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais Dia (HD),

Unidades Básicas de Saúde (USB), Unidades de Saúde da Família/Programa Saúde da Família. Essas mudanças vêm influenciando também o tempo de permanência/internação da pessoa com transtorno mental que, no modelo hospitalocêntrico em geral ultrapassava oito meses, um ano ou mais.

Quanto ao tempo de internação referido, pode-se dizer que se trata de um cenário otimista. Isto porque encontramos referências na literatura de que, anteriormente ao modelo atual de atenção à saúde mental, o tempo médio de internação era de 25 anos, sendo que alguns destes pacientes não tinham nenhuma possibilidade de alta, permanecendo na instituição até a morte. Essa situação decorria não pela gravidade do transtorno mental, mas pela qualidade ou falta de planejamento terapêutico, o que acontecia na maior parte das instituições psiquiátricas. Ressaltamos que, mesmo com o processo de reinserção social que está acontecendo, ainda existe um número elevado de pacientes moradores, denominados crônicos, nos hospitais psiquiátricos do Brasil (AMARANTE, 2003b; MAFTUM, 2004; PARANÁ, 2006).

Os avanços atuais nas políticas públicas de saúde mental podem ser observados em alguns programas municipais e/ou estaduais que preconizam a internação como último recurso e não como primeiro atendimento e/ou início de tratamento. Esses Programas estabelecem normalmente que a internação não ultrapasse trinta dias, sendo que para aumento do tempo torna-se necessária uma criteriosa e consistente avaliação dessa necessidade pela equipe de saúde, a ser apresentada ao programa, quando este avaliará a solicitação e concederá ou não a prorrogação mediante Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (MAFTUM, 2006).

Desta maneira, é importante que a equipe de saúde e, em especial o enfermeiro, tenha conhecimento profundo quanto ao Movimento da Reforma Psiquiátrica como superação do modelo de atenção à saúde mental tradicional, rumo à construção de uma nova cultura do cuidado. Evidencia-se a necessidade de que os profissionais atuem como elementos terapêuticos no cuidado, sustentados em conhecimentos teóricos e práticos, associados à capacidade de relacionar-se com as pessoas portadoras de transtorno mental contribuindo para o resgate da sua cidadania e maior independência possível. Neste sentido, é preciso um despertar para transformações no saber-fazer em saúde mental.

As concepções e práticas de saúde no enfoque da Reforma Psiquiátrica não comportam mais uma concepção fragmentada do sujeito, visualizando somente a

doença. Antes, suscita a compreensão de sujeito-cidadão para a pessoa com transtorno mental, sustentado em uma reflexão ética. Corroborando essas idéias Costa (2002, p.62), ao criticar o modelo tradicional da assistência psiquiátrica, diz

faz-se necessário conjugar o verbo cuidar com a reforma psiquiátrica, modificando qualificativamente a assistência prestada nos hospitais psiquiátricos, incrementando novos projetos para o atendimento aos pacientes considerados graves, conjugando no mesmo espaço o tratamento e a reabilitação biopsicossocial e consolidando os cuidados a partir da subjetividade, ética e humanização.

A enfermagem é uma profissão que lida e interage com o ser humano e para oferecer um cuidado efetivo deve conhecê-lo nas suas dimensões física, psicológica e espiritual. Portanto, a relação de cuidado envolve sentimentos, sendo necessário que o profissional tenha disposição para conhecê-los (WALDOW, 1998).

Ao cuidar da pessoa em saúde mental, é necessário fazê-lo acolhendo e compreendendo o seu sofrimento e o que representa para ele estar em uma condição tão específica, bem como as conseqüências de conviver com o transtorno mental (ROCHA, 1994; COSTA, 2005).

O enfermeiro deve procurar promover o relacionamento entre os componentes da equipe de enfermagem para que os mesmos possam respeitar a pessoa com transtorno mental como ser humano único (TRAVELBEE, 1979). Por isso, o privilégio de uma relação interpessoal efetiva se estende a todos os envolvidos, desde a pessoa com transtorno mental, sua família, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e demais membros da equipe de saúde bem como trabalhadores administrativos, de apoio e manutenção.

A enfermagem psiquiátrica se constitui em um processo interpessoal, pois sempre se ocupa de pessoas no qual o enfermeiro planeja as interações de maneira consciente, usando a habilidade da comunicação para o estabelecimento desta relação (TRAVELBEE, 1979). Neste sentido, a comunicação é elemento fundamental para o cuidado. O conteúdo da comunicação do paciente deve ser valorizado a fim de estabelecer uma relação terapêutica e criação de vínculos, na qual deve haver respeito recíproco e aceitação (ROCHA, 1994). O profissional de enfermagem é o que está mais próximo do doente e família; para tanto, deve desenvolver a competência de comunicar-se terapêuticamente, perceber e interagir com o outro com a consciência da responsabilidade social de sua atividade profissional (TRAVELBEE, 1979).

As mudanças ocorridas na história da saúde mental exigem maior percepção das necessidades do paciente e entendimento mais profundo a respeito do que se passa na sua vida. Deste modo, é importante procurar envolver a família e a comunidade com o tratamento e a reabilitação dessas pessoas o que requer uma prática de enfermagem diferenciada (WAIDMAN, 1998; MAFTUM, 2004).

Para transformar a estrutura tradicional de tratamento psiquiátrico ainda predominante, tornam-se necessárias mudanças no modo de se relacionar com a pessoa com transtorno mental e sua família, pois somente a organização de programas e promulgação de legislações não garante mudanças efetivas. Faz-se necessário, também, um trabalho com a população, no sentido de desmistificar a loucura e mobilizá-la buscando transformar o imaginário social e a sua relação com a pessoa com doença mental (AMARANTE, 2003a; RODRIGUES; SCÓZ, 2003).

Torna-se evidente a necessidade da inclusão de familiares como coadjuvantes no tratamento, beneficiando não só a pessoa com transtorno mental, mas a família como um todo. Os familiares precisam ser reconhecidos como agentes fundamentais e serem incluídos de forma responsável no cuidado à pessoa com transtorno mental. Assim, cabe ao enfermeiro apoiar, orientar e auxiliar os familiares a encontrar soluções adequadas para lidar com o impacto gerado pelo transtorno mental, que acarreta alterações na dinâmica familiar (MELLO, 2005).

Ressaltamos que a política nacional de saúde mental preconiza a participação efetiva de familiares na assistência da pessoa com transtorno mental. Como integrante da equipe multidisciplinar, o enfermeiro pode auxiliar na identificação e atendimento das demandas de cuidado dos familiares, capacitando-os para exercer suas funções. Para tanto, a família precisa sentir-se segura quanto à disponibilidade do profissional em oferecer escuta e auxílio na resolução de seus problemas (KANTORSKI *et al.*; 2000).

Portanto, é imprescindível que o enfermeiro procure, também, desenvolver habilidades de trabalho em equipe, pois o tratamento, o cuidado, a reabilitação e a reinserção psicossocial do paciente são responsabilidades de todos os profissionais envolvidos indistintamente (LEITE, 2002).

O enfermeiro é, potencialmente, importante agente de mudança; entretanto essa potencialidade estará diretamente relacionada à consciência de sua condição pessoal, social e de seu papel de trabalhador inserido em um contexto social, como cidadão, em um sistema político (SOUZA, 2003). Corroborando, Travelbee (1979)

salienta que enfermagem psiquiátrica deve ser exercida mediante a utilização consciente da própria pessoa do enfermeiro. Entretanto, o fazer do enfermeiro psiquiátrico ainda é vivido de forma paradoxal. De um lado procura diversificar seu saber, definindo suas funções terapêuticas e de outro assume essencialmente funções administrativas e de supervisão (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Em seu estudo, Pitiá (1997) concluiu que as atividades do enfermeiro em saúde mental concentram-se em afazeres burocráticos, além de constatar que este considera o doente como intercorrência a ser resolvida. O estudo de Ribeiro (2005) realizado com pacientes de unidade de clínica médica, cirúrgica e psiquiátrica, corrobora o anterior, pois constatou que os profissionais de enfermagem realizavam predominantemente atividades técnicas, evidenciando sua formação instrumental, pois não era incluído o relacionamento interpessoal com os pacientes.

Devido à complexidade do papel terapêutico da enfermagem no cuidado à pessoa nos serviços de saúde mental, observa-se a necessidade de o profissional procurar desenvolver competências técnicas e relacionais, com atitudes éticas e solidárias para com a pessoa que necessita de ajuda (LEITE, 2002).

O cuidado em saúde mental, portanto, deve ser realizado em uma perspectiva humanista, criativa, reflexiva, considerando-o como essência da profissão e compreendido como relação em um processo dinâmico. Neste sentido, as questões relativas à assistência e cuidado à pessoa com transtorno mental devem se estender à academia, à administração pública, às instituições prestadoras de serviços de saúde, aos profissionais de saúde e educação bem como aos familiares e usuários dos serviços de saúde mental (MAFTUM, 2004).

Concordando com as idéias anteriores destacamos o desafio do enfermeiro em face das políticas de saúde mental, participando no planejamento de ações, desenvolvimento de programas sociais, reformulação da assistência e construção de referenciais teórico-metodológicos que colaborem para um cuidado efetivo em saúde mental (KANTORSKI; MACHADO; OLIVEIRA, 2000).

A prática da enfermagem exige direcionamento, sistematização, organização e embasamento científico (CARRARO, 1998). Neste sentido, um método para construir o conhecimento de enfermagem é a identificação de conceitos relevantes, que são elementos essenciais de teorias e servem como guias para fazer observações do mundo empírico. Descrevem objetos, propriedades, acontecimentos, significados e traduzem, em idéias e definições, as impressões que

apreendemos do ambiente. Ainda, são palavras que representam a realidade e facilitam a nossa capacidade de comunicação com ela. O seu desenvolvimento é uma consciência crítica e reflexiva do significado de um termo e é demonstrado pela habilidade de aplicar o conhecimento em uma nova situação (GEORGE, 2000).

Compreendendo que o desenvolvimento de conceitos interligados, com seus correspondentes e suas interrelações apontam para um marco que referência a prática, busquei instrumentalizar-me com uma base teórica procurando propiciar aos participantes deste estudo repensar o seu cuidado em saúde mental.

## 2.5 A TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE JOYCE TRAVELBEE

A Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee (1979; 1982), e os conceitos eleitos pelos participantes a partir da discussão no primeiro encontro: enfermagem, ser humano, saúde-doença, ambiente, equipe e relação interpessoal, sustentam a discussão teórica deste estudo para a elaboração de um marco de referência. Alguns dos conceitos são complementados com idéias de Stefanelli e Carvalho (2005) e Peduzzi (2001). Porém, antes de discorrer a respeito dos mesmos farei breve apresentação sobre a teórica.

Joyce Travelbee, enfermeira seguiu carreira como professora de enfermagem psiquiátrica nos Estados Unidos, e 1969, e propôs a teoria de enfermagem Relações Interpessoais com base em pressupostos do modelo humanista, existencialista e interacionismo simbólico. O foco de sua teoria é a relação interpessoal entre enfermeiro e paciente e enfatiza que, em uma relação, um dos seres humanos necessita de ajuda e o outro a propõe. A relação enfermeira-paciente é a essência do propósito da enfermagem e seu foco central a relação pessoa a pessoa, que tem por objetivo ajudar o indivíduo ou família a enfrentar e compreender a experiência da dor e sofrimento pela qual passa (TRAVELBEE, 1979; 1982).

Por ter formação em enfermagem psiquiátrica, a autora desenvolveu sua proposição teórica, pressupostos e conceitos voltados para essa área; entretanto, explicita que esta teoria pode ser aplicada em diferentes contextos de cuidado.

Em sua teoria, Travelbee (1979; 1982) enfatiza os aspectos relativos à capacidade das pessoas de enfrentar estresse por um período prolongado, propondo a idéia de que sofrimento é uma experiência que ocorre em algum

momento de vida, particularmente diante da doença. Acrescenta que não se trabalha com a pessoa doente como se manipula um objeto. O processo interpessoal requer que a enfermeira possua conhecimento de si, humildade e coragem para identificar e enfrentar com motivação os sentimentos pessoais na relação interpessoal.

Para Travelbee (1979; 1982) enfermeiro é a pessoa graduada que deve ser capaz de aplicar um enfoque intelectual disciplinado para os problemas e tomar decisões, não só deve saber como pensar, mas também, dominar os fatos, princípios e conceitos com os quais se pensa, combinando estes elementos com a capacidade de usar sua própria pessoa terapeuticamente para ajudar outras pessoas, famílias e comunidade a resolver problemas de saúde.

O enfermeiro presta cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família com acolhimento genuíno da experiência de sofrimento, sem emitir julgamentos e dar conselhos. Para esse cuidado são requeridos do enfermeiro conhecimentos e habilidades desenvolvidos durante a sua formação acadêmica e qualificações posteriores. O enfermeiro psiquiátrico possui funções e práticas para prevenir ou conseguir um impacto corretivo/minimizador sobre a doença mental, aspirando promover a saúde mental da pessoa, família e comunidade. Também, o enfermeiro pode desenvolver sua prática com enfoque individual e coletivo, direta ou indiretamente. Por possuir conhecimentos é um “facilitador capacitado para ajudar o outro a ajudar a si mesmo e ajudar àquele que se encontra incapaz ou inábil para ajudar a si próprio” (TRAVELBEE, 1979, p.5; 1982).

Para Travelbee (1979; 1982) a prática de enfermagem em saúde mental se constitui em um processo que implica na observação disciplinada e aptidão para desenvolver um cuidado com aplicação da teoria considerando o ser humano na sua integralidade.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório. A opção pela abordagem qualitativa é por compreender que esta se preocupa com a identificação de aspectos importantes do fenômeno de interesse, o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis. Essa abordagem permite flexibilidade e utilização da observação pelo pesquisador, possibilitando a interação com os atores envolvidos em decorrência do envolvimento intenso e da permanência no campo por longos períodos de tempo (MINAYO, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

No estudo qualitativo a coleta e análise sistemáticas de materiais narrativos e subjetivos ocorre mediante quatro processos intelectuais: a *compreensão* do que está acontecendo, a *síntese* envolvendo a triagem dos dados, a *teorização* que é o desenvolvimento de explicações para o fenômeno estudado e a *recontextualização*, na qual há maior desenvolvimento da teoria de forma que seja explorada sua aplicabilidade. “A análise qualitativa é facilitada por tarefas que ajudam a organizar e controlar o conjunto de dados narrativos” (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p.361).

A pesquisa exploratória visa prover o pesquisador de um maior conhecimento sobre o problema de pesquisa. É apropriada para a investigação na qual a familiaridade e a compreensão do fenômeno por parte do pesquisador são geralmente insuficientes. Também se destina a investigar a natureza complexa do fenômeno e os outros fatores com os quais ele está relacionado e, ainda, “quando uma nova área está sendo investigada” (MINAYO, 2004; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p.34). Corroborando essas idéias, os estudos exploratórios permitem ao investigador aprofundar o estudo de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimento para planejar e desenvolver uma pesquisa descritiva. Permite ainda ao investigador delimitar ou manejar com maior segurança uma teoria cujo enunciado resulta demasiado amplo para os objetivos da pesquisa que tem em mente realizar (TRIVIÑOS, 1987).

### 3.1 CONTEXTO

Minha aproximação e inserção no campo deste estudo ocorreu, como mencionado anteriormente, por meio das disciplinas Prática Docente e Vivências na Prática Assistencial do Mestrado em Enfermagem. Durante estas disciplinas pude vivenciar e conhecer um pouco a respeito do cuidado em saúde mental, das relações estabelecidas entre a equipe de trabalhadores e pessoas com transtornos mentais e suas famílias, do projeto terapêutico, do cotidiano de um hospital psiquiátrico de internação integral desde questões administrativas até aspectos técnicos; enfim, a dinâmica da instituição.

A partir dessa experiência, apresentei a proposta de estudo à diretora do Hospital, com esclarecimento do que pretendia investigar e as possíveis repercussões da mesma. Com a permissão por escrito e após aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Saúde da UFPR iniciei a entrada no campo com o intuito de realizar o presente trabalho.

Deste modo, o local em que este estudo se desenvolveu foi um hospital especializado em Psiquiatria, do tipo colônia, de internação integral, da rede pública estadual, localizado no município de Pinhais. O hospital foi inaugurado em 05 de junho de 1954, com capacidade máxima para 350 pacientes. Segundo informações obtidas em um relatório da instituição a que tive acesso, em menos de dois anos após sua inauguração, havia em torno de um mil e oitocentas pessoas internadas. Importada do modelo alemão, a planta física com forma similar a de um avião, era padrão para a construção de todos os hospitais da época, preconizada pela política de assistência à psicopatas (termo utilizado nos documentos da época para se referir à pessoa com transtorno mental) em vigor no Brasil.

Construídos distantes das cidades, os hospitais psiquiátricos do tipo colônia atendiam à necessidade da sociedade de manter longe do seu convívio os psicopatas, mendigos e excluídos. Desta maneira, independentemente da região em que o hospital era construído, sendo o clima quente ou frio, a estrutura física continha inúmeras repartições, paredes, portas e área externa denominada pátio, a qual era protegida por muros altos para evitar a fuga dos internos.

Em relação à equipe de enfermagem, atualmente encontram-se funcionários que atuam na instituição há 32 anos e foi por intermédio destes que conheci um pouco da história do cuidado e da assistência como um todo. Relatam que em

meados de 1960, havia falta de comida, remédios e pessoas para trabalhar no cuidado que basicamente consistia na administração de medicamentos. Os colchões eram de palha e, devido à superlotação havia um verdadeiro “amontoado de pessoas” em condições de higiene precárias. Não existia significativa qualificação profissional e a enfermagem atendia principalmente o que se denominava “emergências”, situações em que o paciente apresentava-se agressivo ou com alguma complicação clínica. Pelo fato de o hospital se localizar distante da cidade, alguns funcionários que trabalharam na sua construção foram treinados pelos médicos e passaram a atuar no cuidado aos pacientes.

Nas décadas de 1970 e 1980 foram realizados no hospital “mutirões” com o intuito de reinserir os pacientes internados de longa permanência à família e à sociedade. Funcionários relatam que conseguir documentos de identidade e registro geral para os pacientes constituiu-se em um árduo trabalho, pois alguns deles não possuíam sequer registro de nascimento. Também foi difícil a obtenção de informações a respeito da localização de familiares, visto que muitos pacientes permaneciam internados há mais de um ano e alguns há até trinta anos.

Ricas foram as oportunidades em que pude conhecer um pouco da história do hospital mediante fotos e leituras de registros feitos pelos funcionários em prontuários, livros de ocorrência e diários de profissionais sobre o dia a dia de trabalho de décadas passadas. Nestes documentos eram registrados como funcionavam os “cubículos”, os atendimentos aos pacientes, a sala de cirurgia. O hospital possui um mural com fotos da primeira neurocirurgia realizada no mesmo, que foi uma lobotomia pré-frontal, fotos da sala de esterilização de materiais, da cozinha e farmácia.

Procurando adequar-se à política nacional de saúde no que diz respeito à reinserção social de pacientes com internação de longa permanência, há mais de dois anos, o hospital vem, gradativamente, preparando-os para ocuparem os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) de modo que atualmente, dispõe somente de 240 leitos, dos quais 51 ainda são ocupados por pacientes moradores na sua maioria idosos e com intenso comprometimento do quadro clínico geral. Possui oito unidades de internação em funcionamento: quatro para tratamento de pacientes com transtornos psiquiátricos agudos (três femininas e uma masculina); duas para pacientes moradores (uma feminina e uma masculina); uma masculina para tratamento de alcoolistas e drogaditos, denominada Unidade de Reabilitação

de *Adictus* (URA); e uma enfermaria clínica. Possui ainda as unidades para internação de adolescentes, uma feminina e outra masculina, as quais estão temporariamente desativadas.

Cada unidade possui organização própria e conta com equipe multidisciplinar composta de médico psiquiatra, psicólogo, assistente social e enfermeiro entre outros profissionais. Algumas das atividades desenvolvidas pelos pacientes durante a internação são: coral, jogos, baile, videoteca, passeios pela cidade, oficinas terapêuticas, oficina de produção, reciclagem, bordado, pintura, confecção, culinária e *biscuit*. É realizado atendimento a familiares, individual e grupal, pela equipe, no sentido de oferecer suporte e informações em como lidar com a pessoa com transtorno mental, preparação para alta, orientação e co-responsabilização da família em relação à continuidade do tratamento extra-hospitalar e atividades sociais com familiares no Hospital.

O hospital possui, ainda, três casas, denominadas de “casas de passagem”, localizadas nas proximidades do mesmo, sendo uma para pacientes moradores do sexo masculino e duas para o feminino, que têm a finalidade de prepará-los para posteriormente viverem nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). Nessas casas de passagem são preparados para o resgate da sociabilidade e para conviver em condições extra-hospitalares. Esses serviços respondem ao art. 5 da Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001, que discorre à respeito da reabilitação psicossocial à pacientes com longo tempo de hospitalização e a Portaria n. 2.077, de 31 de outubro de 2003, que define os critérios de inclusão de beneficiários no programa “De Volta para Casa”, o fluxo de solicitação de inclusão dos usuários, a operacionalização do pagamento do auxílio-reabilitação e as competências federal, estaduais e municipais no referido programa (BRASIL, 2000; 2001).

De acordo com relatório anual de atividades desenvolvidas no hospital nos anos de 2005 e 2006, as pessoas atendidas apresentaram os seguintes diagnósticos médicos: transtornos de ansiedade, transtornos decorrentes de uso de substâncias psicoativas, esquizofrenia, transtornos de humor (afetivo), transtornos pós-parto. Atualmente, o tempo médio de permanência dos pacientes com transtorno mental agudo é de 60 dias e, para os decorrentes do uso de substâncias psicoativas é de 15 dias, sendo que a continuidade do tratamento deve ocorrer em CAPS, Hospitais Dia e ambulatórios. Nos casos em que o paciente necessita de consulta ou atendimento clínico e o problema não possa ser solucionado na

enfermaria clínica do hospital, ele é encaminhado aos hospitais clínicos conveniados (PARANÁ, 2006).

A porta de entrada dos pacientes neste hospital ocorre por intermédio do Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), que após triagem, solicita internamento à Central de Vagas. O hospital atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde provenientes de cidades do interior do estado do Paraná e também da região metropolitana de Curitiba. São pacientes que apresentam sintomas que caracterizam algum transtorno mental como: alteração de conduta, depressão, agitação psicomotora, agressividade, comportamento suicida e dependência química, que não obtiveram resposta ao tratamento extra-hospitalar e possam vir a oferecer riscos à integridade física para si e para os outros e materiais.

Em relação ao serviço de enfermagem existe um gerente de enfermagem e nove enfermeiros administrativo-assistenciais e, na época da coleta de dados deste estudo, um estava em licença para tratamento de saúde. Gerente de enfermagem é um cargo de confiança da direção geral do hospital e os demais enfermeiros são concursados pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA). No turno de trabalho diurno, os enfermeiros cumprem jornada de seis horas diárias e, no noturno, doze horas. Diferentemente de outras instituições, o turno de trabalho se inicia às 8 horas da manhã, sendo que um dos motivos é devido à sua localização, distante da cidade, necessitando de transporte exclusivo para funcionários.

Existe em todos os setores da instituição um protocolo e manuais de enfermagem, nos quais constam que as unidades possuem um enfermeiro de referência para planejamento, organização e desenvolvimento das ações de enfermagem de forma continuada/permanente; supervisão das unidades por enfermeiros em período integral e reunião semanal de enfermagem para todos os turnos de trabalho.

### 3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

O contingente de recursos humanos do hospital é composto de 316 funcionários, apresentados no (QUADRO 2, p.59) a seguir, de acordo com suas formações e cargos que exercem. Como mencionado na Introdução deste estudo, a instituição há alguns anos vinha buscando, por intermédio da Diretora Geral e da

Coordenadora Técnica, estreitar as relações com a Universidade Federal do Paraná (UFPR), pela aproximação com as atividades desenvolvidas pela docente orientadora desta pesquisa, na ampliação da utilização do campo por estudantes de enfermagem e de outras áreas da saúde. Também vinha solicitando à UFPR, capacitações para os seus funcionários. Entretanto, como política da Instituição, estas capacitações deveriam ser extensivas a todos os que ocupam cargos administrativos, técnicos e operacionais com atuação na área de saúde mental, e ainda à comunidade.

Inicialmente essa exigência causou-me incômodo e insegurança, pois tinha a intenção de realizar um estudo com a equipe de enfermagem. Neste sentido, comuniquei à Coordenadora Técnica, responsável pelo encaminhamento do projeto no âmbito da instituição, que me pairavam dúvidas quanto a conseguir envolver todos os trabalhadores da Instituição, haja vista que se tratava de uma proposta de construir um marco de referência para subsidiar o cuidado de enfermagem. A esse questionamento, a Coordenadora respondeu prontamente que considerava importante que todos os trabalhadores conhecessem o trabalho da enfermagem e, ao mesmo tempo, acreditava que poderiam se beneficiar porque a tendência atualmente na área da saúde mental é a ênfase na concepção de equipe de trabalhadores. Esta compreensão extrapola a noção ainda hegemônica do fazer dicotomizado para cada categoria e, para tanto, é essencial a articulação entre profissionais das diversas áreas de atuação, bem como o conhecimento de outros trabalhadores a respeito dos saberes específicos de cada profissão, convergindo para o efetivo trabalho em equipe. Nesta concepção, respeita-se o saber específico de cada área profissional, compartilham-se ações que são inerentes à todas as profissões e valoriza-se o conteúdo da fala de cada profissional e o que outros trabalhadores trazem a respeito do paciente e de seu tratamento (ROCHA, 2005).

Desta maneira, todos os funcionários foram convidados a participar do estudo por meio de divulgação nos murais da instituição, das reuniões de coordenadores de equipe e divulgação verbal, o que resultou nos sujeitos do estudo apresentados no (QUADRO 3, p. 60), de acordo com a formação e cargo.

<b>QUANTIDADE</b>	<b>CATEGORIA PROFISSIONAL CARGO/FUNÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>CATEGORIA PROFISSIONAL CARGO/FUNÇÃO</b>
10	Enfermeiro	01	Farmacêutico
01	Técnico em Enfermagem	09	Técnico Administrativo
38	Auxiliar de Enfermagem	61	Agente Operacional
73	Auxiliar de Saúde	02	Telefonista
01	Técnico de Saúde	06	Agente de Manutenção
20	Médico	01	Diretor
04	Terapeuta Ocupacional	04	Auxiliar Administrativo
06	Psicólogo	07	Motorista
04	Assistente Social	01	Diretor Administrativo
01	Fisioterapeuta	19	Segurança
02	Odontólogo	45	Copa e serviços gerais

QUADRO 2 – QUANTITATIVO DE FUNCIONÁRIOS DO HOSPITAL

FONTE: O autor (2007)

No (QUADRO 2) evidencia-se a diversidade de categoria profissional, cargos e funções ocupados pelos funcionários. De acordo com informação do setor de Recursos Humanos do Hospital, existe diferenciação de nomenclatura ao se referir a alguns cargos e funções; por exemplo, o funcionário que exerce o cargo de auxiliar de saúde na prática exerce a função de auxiliar de enfermagem; o que ocupa o cargo de técnico de saúde exerce a função de técnico em enfermagem. Entretanto, em conversas informais alguns funcionários relataram que haviam cursado o técnico de enfermagem sem que houvesse adequação de seu cargo no quadro de funcionários estaduais. Isto pode ter relação com o fato da instituição ser pública, na qual os concursos acontecem esporadicamente e os funcionários, entre outros motivos, permanecem no cargo que ingressaram na instituição.

ENFERMAGEM		OUTROS PROFISSIONAIS		OUTROS SERVIÇOS	
Categoria Profissional	Número Participante	Categoria Profissional	Número Participante	Categoria Profissional	Número Participante
Enfermeiro	04	Terapia Ocupacional	04	Copa	08
Enfermeiro CMP*	01	Psicólogo	04	Auxiliar Operacional	06
Técnico em Enfermagem	01	Assistente Social	03	Auxiliar Administrativo	02
Auxiliar de Enfermagem	67	Médico	02	Técnico Administrativo	01
Auxiliar de Saúde	07	Fisioterapeuta	01	Auxiliar de Manutenção	03
				Telefonista	01
				Motorista	02
				Agente de Apoio	10
				Serviços Gerais	17
				Costura	03
				Almoxarife	01
				Auxiliar de Laboratório	01
				Segurança	01
				Não informou	02
<b>Total participante/ categoria</b>	<b>80</b>		<b>14</b>		<b>58</b>
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>152</b>				

QUADRO 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM A FORMAÇÃO, CATEGORIA PROFISSIONAL, CARGO E OCUPAÇÃO

FONTE: O autor (2007)

\* Funcionário lotado no Complexo Médico Penal.

### 3.2.1. Caracterização dos participantes

A caracterização das pessoas que participaram dos encontros é apresentada de acordo com idade e sexo, categoria profissional, tempo de formação, tempo de atuação em saúde mental, tempo de atuação na instituição, campo do estudo e experiência na área de saúde mental, por compreender que direta ou indiretamente são fatores condicionantes e muitas vezes determinantes no cuidado em saúde mental prestado na instituição.

O (QUADRO 4) a seguir evidencia o número de participantes de acordo com idade e sexo.

<b>IDADE DOS PARTICIPANTES</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES</b>
20 - 30 anos	01	14	15
31 – 40 anos	02	11	13
41 – 50 anos	14	40	54
51 – 60 anos	08	43	51
61 – 70 anos	03	14	18
Não informou idade	-	01	01
<b>TOTAL PARTICIPANTES</b>	<b>28</b>	<b>123</b>	<b>152</b>

QUADRO 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM IDADE E SEXO

FONTE: O autor (2007)

Visualizando o (QUADRO 4) destaca-se que o maior contingente dos participantes deste estudo é do gênero feminino, com idade entre 41 e 60 anos. Alguns funcionários relataram que convivem na Instituição há mais de 30 anos, pois por serem filhos de funcionários que residiam no Hospital ou nas suas proximidades, freqüentavam a creche que havia para os filhos dos funcionários. Isto corrobora vários autores que descrevem que, desde os primórdios de sua existência, a enfermagem psiquiátrica e saúde mental têm suas atividades realizadas por indivíduos leigos, ex-pacientes, serventes dos hospitais e posteriormente, pelas irmãs de caridade (VILLELA; SCATENA, 2004).

<b>TEMPO DE FORMADO</b>	<b>NUMERO DE PARTICIPANTES</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL</b>	<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES</b>
9* meses - 10 anos	30	5** meses – 10 anos	30
11 anos – 20 anos	23	11- anos - 20 anos	23
21 – 30 anos	34	21 – 30 anos	55
31 – 40 anos	05	31 – 40 anos	13
Não responderam	60	Não responderam	31
<b>TOTAL DE PARTICIPANTES</b>	<b>152</b>	<b>TOTAL DE PARTICIPANTES</b>	<b>152</b>

QUADRO 5 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O TEMPO DE FORMADO E TEMPO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE MENTAL

FONTE: O autor (2007)

\* Tempo mínimo de formação.

\*\* Tempo mínimo de atuação na área de saúde mental.

Os dados do (QUADRO 5) anteriormente descritos ressaltam que o tempo de formado e tempo de atuação em saúde mental são proporcionais e predominam de 21 a 30 anos de atuação.

<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO</b>	<b>NÚMERO DE PARTICIPANTES</b>
5 meses – 10 anos	38
11 anos – 20 anos	27
21 anos – 30 anos	51
31 anos – 40 anos	18
Não informaram	18
<b>TOTAL</b>	<b>152</b>

QUADRO 6 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DE ACORDO COM O TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO CAMPO DE PESQUISA

FONTE: O autor (2007)

O (QUADRO 6) demonstra que 69 (45,39%) dos participantes atua na Instituição campo de estudo há mais de 21 anos, 65 (42,76%) de 5 meses a 20 anos, e 18 (11,85%) não informaram. Essa informação torna-se importante e justifica a necessidade de proporcionar momentos para reflexão e discussão da prática do cuidado em saúde mental, considerando que algumas das principais mudanças nas legislações e política nacional de atenção à saúde mental têm acontecido especialmente nos últimos 15 anos.

Em relação à experiência em saúde mental, anteriormente ao ingresso na Instituição pesquisada, 25 (16,45%) pessoas informaram que atuaram em hospitais psiquiátricos de Curitiba e região metropolitana, sendo que o tempo de atuação variou de 6 meses a 30 anos. Dos participantes pesquisados, 117 (76,97%) informaram que não tiveram experiência em saúde mental anteriormente ao trabalho na instituição pesquisada e 10 (6,57%) pessoas não informaram.

Ao serem questionados se exerciam paralelamente a profissão em outra instituição de saúde mental, 13 (8,55%) participantes responderam que sim, sendo que o tempo de atuação concomitante variou entre um ano e seis meses até 28 anos; 129 (84,86%) pessoas responderam que não exercem atividade paralela em outra instituição de saúde mental e 10 (6,57%) pessoas não responderam.

Quanto a trabalhar em outras instituições, 28 (18,42%) têm exercido concomitantemente serviços que variam entre hospitais gerais, saúde coletiva,

ensino superior, hospitais dia, vigilância epidemiológica, massoterapia, ginecologia e obstetrícia, neurocirurgia.

Em relação à pós-graduação, dos 18 profissionais de nível superior que participaram deste estudo, 15 (83,33%) realizaram cursos em diferentes áreas: Saúde Coletiva, Psicopatologia e psicanálise, Administração hospitalar, Enfermagem do trabalho, Administração e Gerência em Serviços de Saúde, Gestão em políticas sociais, Acupuntura, Controle de infecção hospitalar, Infância e violência doméstica, Licenciatura, Pediatria e Medicina do Trabalho, Teologia na área da educação religiosa, Família e políticas públicas. Destaco que cinco (27,77%) profissionais realizaram especialização na área de Saúde Mental.

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram salvaguardados por meio do Consentimento formal da Direção do Hospital (APÊNDICE A) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) de acordo com a Resolução n. 196/96, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Cada participante assinou o Termo após ter sido esclarecido a respeito da finalidade e metodologia da pesquisa. Também foram informados de que sua participação seria voluntária e não implicaria em ônus financeiro, nem remuneração de qualquer espécie, sendo os ganhos subjetivos. Da mesma forma foi garantido o respeito ao sigilo e anonimato dos sujeitos e das informações tanto documentais quanto oriundas dos Encontros (BRASIL, 1996).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde (UFPR) em reunião do dia 22 de novembro de 2006, Inscrição CEP/SD: 404 SM 096-06-11; FR: 112506; CAAE 2035.0.000.091.0.

### 3.4 DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Este trabalho está sustentado pela Metodologia Problematizadora, a qual permite a participação ativa dos sujeitos e considera o seu contexto de vida, a sua história e experiências, e respeita o ritmo de aprendizado de cada um.

### 3.4.1 Metodologia Problematizadora

A Problematização é um recurso metodológico e tem princípios teóricos e filosóficos fundamentados no humanismo, na fenomenologia, no existencialismo e no marxismo. O humanismo é compreendido como uma corrente filosófica que coloca o homem e os valores humanos acima de todos os outros valores. O postulado básico da fenomenologia adotado na metodologia da problematização é a noção de intencionalidade da consciência humana, ao afirmar que o objeto só existe para o sujeito que lhe dá significado e que a consciência do objeto se desvela progressivamente e que não acaba nunca, tornado-se uma exploração exaustiva do mundo. Pressupostos existencialistas se aproximam da metodologia da problematização ao utilizar a crença de que o homem se constrói e que pode ser sujeito e, quando integrado em seu contexto, reflete a respeito dele e com ele se compromete na busca de realização de um trabalho de conscientização, num processo de tomada de consciência crítica de uma realidade que se desvela progressivamente. Por fim, o princípio do marxismo utilizado na metodologia da problematização refere-se ao conceito de *práxis* como uma atividade transformadora ao tornar possível a passagem da teoria à prática, consciente entre pensamento e ação e intencionalmente realizada (VASCONCELOS apud BERBEL, 1999).

Desta maneira, a construção do Marco de Referência foi sustentada na metodologia problematizadora que para Berbel (1999, p.10) trata-se de uma

verdadeira metodologia entendida como conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados para a realização do propósito maior que é preparar o [...] ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar também intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem.

Ainda para a mesma autora, pela metodologia da problematização

os participantes são levados a olhar a realidade e começar a pensar sobre ela, perguntar-se pelas razões do que está acontecendo ali que lhes parece problemático e continuar a pensar refletida e criticamente através de todo o estudo que é realizado (BERBEL, 1999, p. 13).

A problematização tem como ponto de partida a realidade em que o sujeito está inserido, em cujo cenário vários problemas podem ser vistos, percebidos ou deduzidos e podem ser estudados em conjunto ou em pares. A observação da

realidade depende da visão de mundo e das experiências de vida podendo ser diferentes de um observador para o outro (BORDENAVE; PEREIRA, 2002).

Bordenave e Pereira (2002) utilizaram um esquema de trabalho construído por Charles Maguerez, denominado Método do Arco, que tem sido amplamente utilizado por profissionais da área da saúde, principalmente da enfermagem, na capacitação e formação de profissionais e na pesquisa (BERBEL, 1999).

O Método do Arco tem como ponto de partida a observação da realidade, de maneira ampla, atenta, em que se busca identificar o que precisa ser trabalhado, investigado, corrigido, aperfeiçoado. A partir dos aspectos verificados são eleitos problemas a serem estudados. A segunda etapa é a identificação dos Pontos-Chave, quando se define o que vai ser estudado a respeito do problema. A teorização, terceira etapa do arco, é a investigação aprofundada dos pontos-chave definidos. É nesta etapa que se incentiva leituras de pesquisas e estudos a fim de buscar o esclarecimento da situação-problema. Depois do aprofundamento teórico, com análise e discussão do problema caminha-se para a elaboração de pressupostos ou hipóteses de solução, quarta etapa, quando os participantes do estudo utilizam-se de sua criatividade para realizar alguma mudança no contexto observado. A quinta etapa é a aplicação à realidade, que tem por finalidade a transformação, mesmo que pequena, naquela parcela da realidade (BERBEL, 1998; BERBEL, 1999; BORDENAVE; PEREIRA, 2002)

Para atender os objetivos deste estudo em face das características dos sujeitos da pesquisa, conforme (QUADRO 2, p.59), optei pela realização de reuniões de discussões, como técnica de coleta de dados, as quais neste trabalho foram denominadas de “Encontros”. Esta estratégia permite a participação e o compartilhar de ideais e experiências e a sua escolha ocorreu por permitir a discussão de temas a respeito do trabalho em saúde mental do enfermeiro, dos demais membros da equipe de enfermagem e sua interface com toda a equipe de trabalhadores.

Foram realizados quatro Encontros com oito grupos, totalizando 32, organizados em: **GRUPOS A.1, A.2, B.1 e B.2** para os trabalhadores do período diurno; e **GRUPOS C.1, C.2, D.1 e D.2** para os do noturno. Isso foi necessário a fim repetir duas vezes cada Encontro para cada plantão, devido à escala de trabalho de 12 por 36 horas, de modo que uma parte dos profissionais de enfermagem se ausentasse no seu dia de plantão e na semana seguinte a outra parte e assim sucessivamente. Todos os Encontros aconteceram nas terças e quartas-feiras, entre

09 e 12 horas e 30 minutos para o período diurno e entre 20 horas e 30 minutos e 24 horas para o noturno, de acordo com agendamento e cronograma prévio, em sala pré-determinada pela direção do hospital, conforme (QUADRO 7) a seguir.

GRUPOS		ENCONTROS
TERÇA-FEIRA	QUARTA - FEIRA	
A <sub>1</sub>	B <sub>1</sub>	1º encontro – diurno
C <sub>1</sub>	D <sub>1</sub>	1º encontro – noturno
A <sub>2</sub>	B <sub>2</sub>	1º encontro – diurno
C <sub>2</sub>	D <sub>2</sub>	1º encontro – noturno
A <sub>1</sub>	B <sub>1</sub>	2º encontro – diurno
C <sub>1</sub>	D <sub>1</sub>	2º encontro – noturno
A <sub>2</sub>	B <sub>2</sub>	2º encontro – diurno
C <sub>2</sub>	D <sub>2</sub>	2º encontro – noturno
A <sub>1</sub>	B <sub>1</sub>	3º encontro – diurno
C <sub>1</sub>	D <sub>1</sub>	3º encontro – noturno
A <sub>2</sub>	B <sub>2</sub>	3º encontro – diurno
C <sub>2</sub>	D <sub>2</sub>	3º encontro – noturno
A <sub>1</sub>	B <sub>1</sub>	4º encontro – diurno
C <sub>1</sub>	D <sub>1</sub>	4º encontro – noturno
A <sub>2</sub>	B <sub>2</sub>	4º encontro – diurno
C <sub>2</sub>	D <sub>2</sub>	4º encontro – noturno

QUADRO 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS ENCONTROS PARA A CONSTRUÇÃO DO MARCO DE REFERÊNCIA PARA SUBSIDIAR O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

FONTE: O autor (2007)

Nos Encontros vivenciei com os participantes as cinco etapas do Método do Arco de Charles Magueréz. No primeiro e no segundo foram feitas a pactuação da metodologia, esclarecimentos e realização da primeira e segunda etapas do método: observação da realidade, levantamento da situação-problema e definição dos pontos-chave. No terceiro e quarto Encontros vivenciamos (pesquisadora e sujeitos do estudo) a terceira, quarta e quinta etapas do Arco: teorização, levantamento de pressupostos ou hipóteses de solução e aplicação à realidade.

### 3.4.2 Planejamento e organização dos Encontros

O início deste processo deu-se pelo planejamento, preparação dos materiais e do ambiente para os Encontros. Os dias que antecederam o primeiro Encontro foram de intensas expectativas, ansiedade e preocupação em conseguir despertar interesse e motivação dos participantes para alcançar o objetivo proposto. A

responsabilidade de me inserir em uma Instituição e me comprometer com o trabalho lembraram-me a afirmação de Antoine de Saint-Exupéry (1982, p.109) na obra *O Pequeno Príncipe*, “tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas”. Contudo, a inserção na Instituição era facilitada pela atitude colaborativa da coordenadora técnica da mesma, que apoiou amplamente a realização deste trabalho, compreendido pelos dirigentes como oportunidade de capacitação. Prontamente foi providenciado pela Instituição sala, lanches, materiais de apoio, divulgação dos Encontros nos quadros murais, nas reuniões de equipe e no convite direto encaminhado às unidades de internação e administrativas, entre outros.

Antes de iniciar o primeiro Encontro, com o grupo A1, que foi sucedido de outros sete (A2, B1, B2, C1, C2, D1, D2), certifiquei-me se o material a ser utilizado estava completo: projeto de pesquisa, cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, instrumento de caracterização dos participantes, pincéis atômicos, canetas, cartolinas e papel sulfite colorido, material para gravar em fitas K7, lâminas de transparências, arquivos gravados em CD, bloco de anotações, lanches e doces, fitas adesivas, mensagens impressas de acolhimento e com imagens, entre outros.

O auditório, local determinado para a realização dos Encontros é amplo, porém possui quadro branco à frente, mesa de reuniões e várias cadeiras do tipo bancadas, unidas umas às outras, o que dificultou organizá-las em círculo e/ou em grupos de trabalho como previa inicialmente em uma proposta sustentada em estratégias problematizadoras. Ao chegar ao Hospital, a coordenadora técnica e um auxiliar de enfermagem, gentilmente, ofereceram-se para auxiliar no que fosse necessário, incluindo a instalação de retroprojetor e *datashow*, na organização dos materiais e nos lanches para os próximos Encontros.

Distribuí pranchetas com papéis sulfite coloridos, Termo de Consentimento, instrumento de caracterização e canetas a cada participante para o desenvolvimento das atividades. Utilizei crachás porque além de facilitar a identificação dos presentes, favorecia a valorização da sua presença ao chamá-los pelo nome.

Os participantes chegavam ao auditório e, com a colaboração da orientadora deste estudo e da coordenadora técnica da Instituição, eram acolhidos. O número de participantes nos grupos aconteceu de modo irregular, pois a presença estava relacionada à sua disponibilidade em se ausentar do local de trabalho e da coincidência de seu plantão. Isso decorreu devido ao fato de que no período matutino há maior número de funcionários na instituição e, no noturno, este número

ser reduzido, bem como à dinâmica das unidades de internamento que, em decorrência de situações imprevistas relacionadas ao paciente ou a própria equipe, como faltas e licença para tratamento.

Pelos motivos explicitados anteriormente, não foi possível manter a participação regular dos componentes dos grupos em quantitativo e nem com as mesmas pessoas. Isto ocorreu por conferir-lhes a liberdade de participar conforme a disposição de se ausentarem da unidade em que trabalham. Entretanto, ressaltai-lhes a importância de que independentemente do horário e do dia, todos deveriam participar dos quatro Encontros, pois se tratava de um processo de construção com uma organização seqüencial, que resultaria na construção do marco de referência.

Pareceu-me estranho o comportamento da maioria dos funcionários que se referiam ao pesquisador como professor, perguntavam sobre as aulas, sentavam-se nas cadeiras aguardando o início das mesmas. A denominação Aula era dada pela coordenação técnica e referida pelos participantes, mesmo após os esclarecimentos de que se trataria de uma construção em equipe. Entretanto, não era isso o esperado por mim, pois havia organizado uma proposta metodológica em que o compartilhar idéias seria crucial para a sua concretização a partir da realidade de trabalho e das experiências de vida pessoal e profissional.

No item seguinte descrevo a trajetória percorrida neste estudo de acordo com as etapas do Método do Arco de Charles Maguerez.

## 4 TRAJETÓRIA PERCORRIDA

### 4.1 PRIMEIRA ETAPA DO MÉTODO DO ARCO: OBSERVAÇÃO DA REALIDADE E ELABORAÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

No primeiro Encontro apresentei os objetivos e metodologia do trabalho, esclareci que se tratava de uma dissertação de mestrado e que para atender às exigências éticas seria necessário o cumprimento de alguns aspectos incluindo a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Informei que a participação nos Encontros não estava vinculada à assinatura do Termo, mas às questões de ordem administrativa da Instituição.

Para realizar a etapa inicial do Método do Arco, a observação da realidade, utilizei recursos audiovisuais, busquei sensibilizar os participantes e, para tanto, argumentei a respeito do modo como desenvolvem o cuidado prestado pela equipe, quem recebe o cuidado, como é trabalhar em equipe. Discorri ainda a respeito de teorias de Enfermagem, como a mesma se constitui, o que é marco de referência, destaquei alguns conceitos inerentes à prática da Enfermagem e extensivos a todos os trabalhadores de saúde mental que podem influenciar o cuidado desenvolvido por eles. Dentre os conceitos, trouxe à reflexão: *Enfermagem, Enfermagem psiquiátrica, ser humano, saúde e doença, ambiente, equipe, relação interpessoal e comunicação*. Percebi que os participantes foram estimulados a realizar reflexões concernentes à prática na Instituição, dentro do seu campo de atuação e a expressar suas percepções pessoais. Na seqüência expus minha inquietação inicial, que foi validada pelos participantes ao relatarem que sentiam a necessidade e importância da discussão de conceitos que sustentassem o cuidado em saúde mental. Neste momento identificou-se a situação-problema, qual seja a construção do marco de referência vencendo a primeira etapa do Arco.

Esse mesmo movimento ocorreu comigo na ocasião das vivências das disciplinas do mestrado já referidas neste estudo, em que aproximei-me da realidade de trabalho da enfermagem e da equipe de trabalhadores do hospital, o que se constituiu em motivação para o desenvolvimento deste trabalho. A observação da realidade ensejou-me a identificação de uma situação problema a ser investigada, a construção do marco de referência, a primeira etapa do método do Arco.

## 4.2 SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO DO ARCO: DEFINIÇÃO DOS PONTOS-CHAVE

A segunda etapa teve a finalidade de identificar os pontos-chave que sustentariam a resolução da situação-problema. Deste modo os participantes consideraram como relevantes, para sua prática, os conceitos: **enfermagem, ser humano, saúde-doença, ambiente, equipe e relação interpessoal**.

Para mim como pesquisadora, a segunda etapa do Arco se constituiu na reflexão da situação-problema identificada e passei a me questionar de que modo eu, como enfermeira, poderia contribuir para a realização de efetivo cuidado em saúde mental na instituição campo de estudo. Essa reflexão me direcionou à identificação dos Pontos-Chave a serem estudados com vistas à solução da situação problema: história da psiquiatria e modos de tratamento; transformações na política de saúde mental; concepções e conceitos atuais de saúde, doença, tratamento; teoria de enfermagem e conceitos que considere importantes para o embasamento do cuidado em saúde mental.

## 4.3 TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO DO ARCO: TEORIZAÇÃO

A partir desta etapa apresento os dados que emergiram dos Encontros com os trabalhadores de saúde mental do hospital campo deste estudo. Inicialmente descrevo o processo de discussão dos conceitos eleitos pelos participantes: enfermagem, ser humano, saúde-doença, ambiente, equipe e relação interpessoal, que ocorreu na terceira etapa do método do Arco – teorização. Na seqüência, apresento o marco de referência para o cuidado em saúde mental construído pelos participantes que se desenvolveu na quarta e quinta etapas do método do Arco, respectivamente hipótese de solução e aplicação à realidade.

Na terceira etapa do método - teorização, devido à pluralidade da composição dos sujeitos, para a discussão do conceito de enfermagem utilizei dois tipos de frases afirmativas incompletas. Para os profissionais de enfermagem, a frase foi: *Enfermagem para mim é...*, e para os demais participantes: *percebo o trabalho de Enfermagem...* Os outros conceitos considerados pelo grupo como importantes para

a prática de todos os trabalhadores em saúde mental foram problematizados de uma única maneira: *ser humano para mim é..., saúde e doença para mim é..., equipe para mim é..., ambiente para mim é..., relação interpessoal para mim é...* Para que os participantes problematizassem os conceitos a partir das frases incompletas, distribuí papel sulfite para cada um deles, sendo que para a equipe de enfermagem os papéis eram de cor verde; para demais técnicos/profissionais (psicólogos, médicos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos) de cor amarela e, para os outros funcionários (telefonista, agente de manutenção, copa e serviços gerais, assistentes administrativos), de cor rosa.

Esta terceira etapa do Arco se desenvolveu em dois momentos, *Processo de Construção Individual* e *Processo de Construção Grupal*, os quais descrevo a seguir:

#### 4.3.1 O processo de construção individual

Para desenvolver as atividades desta etapa, cada participante recebeu uma prancheta com papel sulfite nas cores descritas anteriormente. Solicitei que refletissem a respeito da realidade que vivenciam no cotidiano do seu trabalho em saúde mental na Instituição e complementassem a afirmativa, *Enfermagem para mim é...* e *Percebo o trabalho de enfermagem...* Essa estratégia se repetiu até a discussão do último conceito. Desta maneira, cada participante expressou sua vivência e experiência a respeito dos conceitos mediante a escrita, sendo que alguns complementaram com desenhos.

A seguir transcrevo relatos de cada categoria profissional e cargo/ocupação para exemplificar como aconteceu esse passo. Para garantir o anonimato dos sujeitos a partir desta etapa do trabalho, passarei a utilizar o termo *Enfermagem* para me referir aos profissionais de Enfermagem; *Técnico* para os demais profissionais de nível superior e *Apoio* para os outros funcionários participantes.

#### **Enfermagem**

Foi possível observar nos relatos da equipe de enfermagem, dos profissionais de nível superior e do apoio que Enfermagem para eles se refere à uma profissão que auxilia, ajuda, acompanha o paciente nos três níveis de atenção à saúde:

*“... é uma profissão que presta assistência ao ser humano de forma integral para minimizar os conflitos, oportunizar melhores condições de vida, aplicando conhecimentos e práticas de caráter preventivo, curativo e de reabilitação respeitando a dignidade e o valor do ser humano” (Enfermagem).*

*“... é uma ciência porque estuda as maneiras e métodos de realizar cuidados de enfermagem com os clientes...” (Enfermagem).*

*“... é a profissão ou função responsável por cuidar da saúde mental e física das pessoas. Abrange tanto o tratamento quanto a prevenção das doenças, está ligada diretamente ao bem-estar físico e mental das pessoas...” (Técnico).*

*“... a enfermagem deve se preocupar em atuar frente às necessidades das pessoas que buscam atendimento em saúde, seja em nível básico ou especializado, sempre numa perspectiva de integração e interação com os outros profissionais ou disciplinas da área da saúde – na promoção à saúde, prevenção ou assistência básica ou especializada” (Técnico).*

*“... uma profissão que os profissionais são capacitados em parte para atender os pacientes com problemas psiquiátricos que precisam de ajuda do enfermeiro e do médico e de toda a equipe. Para ajudar o paciente e família a fazer o tratamento completo” (Apoio).*

*“Enfermagem é para atender e cuidar dos pacientes...” (Apoio).*

*“... representa uma profissão legal, importante e de muita responsabilidade” (Apoio).*

A enfermagem surge como profissão a partir de Florence Nightingale (1820-1910), conhecida como precursora da Enfermagem Moderna, que a considerou como ciência e arte de cuidar de pessoas enfermas. Nightingale contribuiu com importantes legados para a Enfermagem, como livros que relatam o exercício da enfermagem e com a criação da primeira Escola de Enfermagem anexa ao Hospital Saint Thomas na Inglaterra, na qual preconizou o ensino teórico sistematizado. Em seus escritos, Florence relatou que a observação e a sensibilidade cuidadosas em relação às necessidades do paciente são princípios da Enfermagem e que os enfermeiros devem ser ativamente envolvidos na mudança e no progresso da profissão (GEORGE, 2000; GEOVANINI, 2002).

Ainda que naquela época os conhecimentos científicos existentes fossem incipientes, a pioneira da Enfermagem já considerava os três níveis de intervenção à saúde, englobando atividades de prevenção à doença, de cura e de reabilitação da saúde (GEORGE, 2000).

A enfermagem em saúde mental recebeu contribuições a partir dos estudos de Hildegard Peplau, que em 1952 elaborou uma base teórica, a Teoria das Relações Interpessoais, cuja ênfase está no cuidado de enfermagem baseado no relacionamento terapêutico. Esse foi o primeiro modelo teórico sistematizado para a enfermagem e veio contribuir com a busca de explicações sobre a loucura por meio dos discursos psiquiátrico e psicológico da época (WAIDMAN, 1998; VILLELA; SCATENA, 2004).

Com base no referencial teórico deste trabalho, Enfermagem é um processo interpessoal entre dois seres humanos, no qual um deles precisa de ajuda e o outro fornece ajuda planejada. Também, é um processo interpessoal mediante o qual o enfermeiro ajuda uma pessoa, família ou comunidade com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da doença e o sofrimento mental e, se necessário, contribuir para descobrir um sentido para estas experiências, além de ajudá-los na busca de uma filosofia de vida que o fortaleça como pessoa e alivie o sofrimento e a tensão inerentes à condição humana. Essa concepção é fundamental para ajudar a pessoa com transtorno mental e sua família a aceitar a doença e a encontrar caminhos para enfrentá-la (TRAVELBEE, 1979; 1982).

A autora ressalta ainda a enfermagem como uma prática especializada, ciência e arte. O caráter científico consiste na aplicação de teorias complexas do comportamento humano e de outras teorias utilizadas na enfermagem e a arte se exerce mediante a utilização consciente da própria pessoa na prática da profissão. Um vasto campo de conhecimentos e habilidades é necessário para abordar situações particulares que implicam na utilização de diferentes enfoques no cuidado à cada pessoa com transtorno mental (TRAVELBEE, 1979; 1982). Nesta perspectiva, cuidar em saúde mental é estimular as capacidades de ser e contribuir para desenvolver o poder de existir, de ser reconhecido, de afirmar sua vida. Considerando que uma relação com a pessoa com transtorno mental é singular e única, o cuidado está sempre em construção (ROCHA, 2005).

Na discussão do conceito de Enfermagem, pude observar que dos grupos compostos somente por profissionais de enfermagem emergiram informações que não encontrei nos grupos compostos pelos técnicos e demais trabalhadores. Destacaram que a Enfermagem atua no atendimento às necessidades humanas básicas do paciente, externando a influência da teoria de Wanda Aguiar Horta.

*“... visa atender às necessidades biopsicossociais” (Enfermagem).*

*“... enfermagem auxilia o paciente em quase tudo quando ele está impossibilitado. Ajuda na higiene corporal, oral, administração de medicamento...” (Enfermagem).*

*“... para mim Enfermagem é tudo, é dar medicação, banho se for necessário, verificar sinais vitais...” (Enfermagem).*

*“... Enfermagem no hospital é muito importante, pois ela presta cuidados aos pacientes, como banho, curativos, medicamentos...” (Enfermagem).*

Evidencia-se nesses relatos a ênfase aos aspectos organicistas de um cuidado centrado no corpo da pessoa com transtorno mental mediante técnicas. As práticas de enfermagem, historicamente, no interior das instituições asilares e posteriormente nos hospitais psiquiátricos, constituíam-se de tarefas de vigilância e manutenção da vida dos doentes, entre elas práticas de higiene, alimentação, supervisão e execução de tratamentos prescritos. Até os anos 1960, a Enfermagem psiquiátrica brasileira tinha como principal fundamento o modelo médico-biológico que tem como objeto de trabalho a doença e o quadro clínico da pessoa com transtorno mental (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

É importante que a Enfermagem atenda ao paciente em suas necessidades humanas básicas, que esteja atenta, observando e auxiliando, quando necessário, nos cuidados pessoais. Isto possibilita estabelecer um bom relacionamento com a pessoa com transtorno mental, estimular o auto-cuidado, ajudando-o a desenvolver suas habilidades e a lidar melhor com as dificuldades. Mas é importante estar atento ao comportamento da pessoa, para compreendê-lo como expressão de suas dificuldades e, a partir desse entendimento, procurar oferecer o melhor cuidado possível (ROCHA, 2005). Neste sentido, torna-se fundamental que os profissionais da enfermagem e demais membros da equipe ampliem seus conhecimentos a respeito das especificidades do sofrimento mental, como as psicopatologias, sem deixar de cuidar da existência da pessoa (KANTORSKI; SILVA, 2001).

Os relatos dos grupos de enfermagem e dos trabalhadores de apoio trouxeram aspectos do cuidado integral que contemplam a subjetividade e individualidade do ser humano que está doente com vistas à autonomia:

*“... é prática organizada da assistência à saúde ou resgate desta, respeitando as individualidades, culturas e a intimidade de cada ser assistido, de maneira a estimulá-lo à conquista de sua autonomia, respeitando ao mesmo tempo os seus limites. É minimizar o sofrimento, utilização de técnicas aliadas à humanização, resgatar autonomia para o auto-cuidado” (Enfermagem).*

*“Enfermagem precisa ter e ser ouvido. Ter e ser respeitado e aprender a respeitar o sofrimento, resgate social, aprender a falar de si, organização pessoal, consciência e aprender a lidar com sua doença, não mentir ...” (Enfermagem).*

*“... Enfermagem em saúde mental é colocar limites no paciente para voltar à realidade e ter sua autonomia ...” (Enfermagem).*

*“.. .Enfermagem é ter cuidado com os pacientes. Tem pacientes que internam muito ruim e saem do hospital de cabeça erguida, cheios de esperança para dar continuidade nas suas vidas lá fora...” (Apoio).*

A enfermagem se desenvolveu sustentada pelo modelo biomédico caracterizado pelo reducionismo e fragmentação do ser humano. Entretanto, nos últimos anos, vem crescendo como área científica, buscando subsídios para a prática embasada em saberes próprios, construindo seu espaço profissional, com vistas à conjugação do saber e da prática, ou seja, do saber concretizado no ato de cuidar (DORNELES; MAYER ; MOSTARDEIRO, 2005).

No contexto de transformações sócio-políticas, os anos 1970 foram marcados na enfermagem em saúde mental pelo enfoque do cuidado no relacionamento terapêutico, com o foco na relação do homem como ser existencial (VILLELA; SCATENA, 2004). Neste sentido, houve a necessidade de construir uma nova prática de cuidado de enfermagem psiquiátrica e saúde mental que extrapole a ênfase na doença e nas técnicas, pois o seu fazer à pessoa com transtorno mental está inserido em um contexto complexo que pressupõe o domínio de determinadas habilidades e conhecimentos que, em parte, são adquiridos durante a formação acadêmica.

Em seu estudo a respeito do ensino da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná, Maftum (2004) encontrou que os conhecimentos teóricos e práticos da enfermagem em saúde mental vêm sofrendo influências do movimento da Reforma Psiquiátrica a partir da reorganização das disciplinas de saúde mental em que são mais enfatizados temas relativos ao relacionamento interpessoal e terapêutico e comunicação, também temas referentes às políticas de saúde mental

com enfoque em alternativas de tratamento extra-hospitalares e nos direitos da pessoa como cidadão.

Entretanto, em seu estudo sobre o ensino do cuidado em saúde mental no estado do Rio Grande do Sul, Kantorski e Silva (2001) encontraram uma predominância na realização da parte prática em hospitais psiquiátricos com o objetivo, de um modo geral, de proporcionar ao aluno identificação de sinais e sintomas, distinção entre as psicopatologias, relação do conteúdo teórico à intervenção com a pessoa com doença mental, desconstrução de medos e preconceitos para formar o enfermeiro em uma concepção generalista. Encontraram ainda, na totalidade dos cursos, a utilização do relacionamento terapêutico como instrumento para o aluno aprender a estabelecer a relação da teoria e prática, principalmente no que concerne as psicopatologias, foco ainda de interesse principal por parte dos estudantes sem, contudo, haver a preocupação de um cuidado efetivo com o ser humano (KANTORSKI; SILVA, 2001).

Para Travelbee (1979; 1982) a enfermagem em saúde mental ocorre em uma relação interpessoal, momento em que cada pessoa percebe o outro como ser humano único. O trabalho do enfermeiro somente é possível a partir da comunicação, pela qual o profissional descobre a finalidade do cuidado que realiza. Portanto uma relação interpessoal, em que se utiliza de técnicas de comunicação terapêutica, deve ser conscientemente planejada pelo enfermeiro, que é responsável pelo estabelecimento, manutenção e término desta relação, mediante a qual pode desenvolver sua prática com enfoque individual e coletivo, direta ou indiretamente. Por possuir conhecimentos científicos e habilidades, o enfermeiro é um facilitador capacitado a ajudar o outro a ajudar a si mesmo e ajudar aquele que se encontra incapaz ou com dificuldade para ajudar a si próprio.

Acrescenta-se, aos avanços na área da enfermagem, a construção do modelo psicossocial a partir do final da década de 1970, em que um novo desafio surgiu para todos os trabalhadores da saúde mental. Com formação profissional prioritariamente curativa e individualista, esse modelo suscita aos profissionais um contínuo repensar e reconstruir o cuidado com enfoque na pessoa que sofre levando em consideração o seu contexto vivido.

Na vertente da psiquiatria democrática, que vem influenciando o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, o conteúdo da comunicação da pessoa que sofre mentalmente deve ser valorizado, nas entrevistas individuais, na psicoterapia, nos

grupos operativos, nas reuniões, entre outros. Neste sentido, a comunicação deve ser considerada um elemento fundamental no tratamento, assim como o relacionamento terapêutico e a participação da pessoa nas atividades propostas, pois para que uma relação seja terapêutica, esta tem que ser estabelecida em situação de reciprocidade (ROCHA, 1994; STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

O modelo de atenção psicossocial pressupõe uma abordagem ampla de cuidados em saúde mental que envolve diferentes disciplinas de conhecimentos e a inclusão da pessoa com transtorno mental como sujeito em busca do resgate de sua cidadania. Nesta perspectiva, os profissionais da saúde se deparam com uma mudança de referenciais não somente no que diz respeito à técnica, mas na elaboração de um novo modo de Atenção à Saúde Mental que inclui repensar seus papéis, principalmente no que se refere ao engessamento das especialidades profissionais cristalizadas, em que a discussão do papel do saber técnico é prioritária (GULJOR, 2003). Nesta concepção, o cuidado de enfermagem em saúde mental e assistência prestada pela equipe são direcionados para o estímulo de aspectos positivos, ampliação das habilidades e enriquecimento das experiências, o que exige dos profissionais flexibilidade e criatividade (ROCHA, 2005).

Para promover o resgate da cidadania da pessoa com transtorno mental é necessário um cuidado individualizado, diferenciado e humanizado, mediante relações efetivas e afetivas, para oferecer-lhes meios, subsídios que permitam vislumbrar seu verdadeiro sentido de vida (FALLEIROS, 1996).

Ainda, na discussão do conceito de enfermagem, o grupo constituído pelos profissionais desta profissão ressaltou um aspecto que considere importante. Esses participantes enfocaram que a enfermagem é uma prática que enseja o repensar de sua condição humana. Ela promove a auto-realização e o auto-aprendizado, permite sentirem-se úteis e aprender com o paciente. A partir do contato com o paciente e o reconhecimento do seu sofrimento encontram respaldo para seu crescimento e fortalecimento pessoal.

*“... para mim Enfermagem é um auto-aprendizado, realização como ser humano diante de tanto sofrimento até mesmo na alta, de atendimento adequado, situação familiar e social de cada um” (Enfermagem).*

*“... Enfermagem é para mim, sempre um aprendizado novo. Nesta profissão, aprendi a valorizar a vida e não dar tanta importância para os problemas que surgem*

*diariamente em minha vida. É trabalhando na psiquiatria que realmente me encontrei e percebi que sou feliz” (Enfermagem).*

*“... Enfermagem é uma realização pessoal e profissional principalmente porque trata de salvar vidas. É um auto-aprendizado...” (Enfermagem).*

*“... eu também aprendo muito com este contato com as pessoas que estão doente. Fico mais forte para resolver meus sofrimentos do dia-a-dia ...” (Enfermagem).*

As experiências diárias, profissionais e pessoais, influenciam no desenvolvimento de cada ser humano; é um processo que acontece em toda a sua existência. Braga (1993) em seu estudo com acadêmicas do 8º. semestre letivo do curso de graduação em Enfermagem, encontrou forte sentimento de identificação com a profissão, percebido como forma de realização profissional.

Outro aspecto a se considerar nesta satisfação está ligada a fatores técnicos, como o bom planejamento e andamento do plantão e a estabilidade e melhoria das condições da pessoa com transtorno mental como resultado das intervenções de enfermagem (RIBEIRO, 2005).

Partindo do princípio de que o cuidado de enfermagem se estabelece por meio de uma relação interpessoal, Travelbee (1979; 1982) salienta que nesta relação ambos, enfermeiro e paciente, modificam comportamentos e aprendem. Para o estabelecimento de uma relação interpessoal entre o enfermeiro e demais trabalhadores da equipe de saúde e pessoa com transtorno mental, é necessário que este profissional observe seu próprio comportamento, seus sentimentos, suas ações, a fim de conhecer-se um pouco mais e aceitar-se com suas capacidades e limitações para estabelecer um relacionamento interpessoal realmente efetivo. É pelo auto-conhecimento que o profissional de saúde mental poderá cuidar de forma adequada na relação com outras pessoas e com o mundo em que vive (BRAGA, 1993; MANZOLLI, 1996).

Embora o foco da discussão naquele momento fosse o conceito de Enfermagem, observei que os participantes dos grupos de técnico e apoio destacaram alguns aspectos do trabalho da enfermagem. Para eles é uma profissão que envolve muita responsabilidade e se desenvolve com equipe multiprofissional. Referiram que se trata de um profissional indispensável, pois é quem permanece mais tempo e fica mais próximo do paciente. Isso oferece condições de observar as

manifestações de comportamento dos pacientes, colaborar com a equipe no diagnóstico e estabelecimento do projeto terapêutico.

Contudo, chamou-me a atenção o fato de que nenhum dos grupos de enfermagem, até aquele momento, houvesse feito referência do trabalho desta profissão em equipe, mesmo tendo sido eleito por eles no início do Encontro, o conceito de equipe a ser discutido durante o trabalho. Outro dado que aparece em destaque foi que os participantes, de um modo geral, enfatizaram somente os aspectos positivos da profissão.

*“... Enfermagem são estes profissionais que auxiliam, executam atividades diretamente e em tempo integral com os pacientes e também são profissionais que integram a equipe multiprofissional” (Técnico).*

*“... o profissional de enfermagem seja em nível básico ou especializado, sempre atua na perspectiva de integração e interação com os outros profissionais ou disciplinas da área da saúde...” (Técnico).*

*“... Enfermagem é indispensável dentro da equipe que vai tratar do internado. É a pessoa mais próxima durante maior tempo portanto é quem vai perceber a mudança para melhor ou para pior do mesmo e ajudar os outros técnicos colaborando dessa forma muito no tratamento. É um trabalho de muita responsabilidade, importante, indispensável...” (Apoio).*

Os relatos dos participantes a respeito da importância do profissional de enfermagem na equipe multiprofissional e de sua proximidade com a pessoa com transtorno mental corroboram os estudos de Miranda (1994) e Rocha (1994; 2005) os quais destacam o trabalho da enfermagem como ligação entre a pessoa com transtorno mental e a equipe, por permanecer maior tempo com o paciente, observando, registrando, avaliando seu comportamento e suas relações. Realizar estes registros e comunicar-se com a equipe pode contribuir para o planejamento do projeto terapêutico individual à pessoa com transtorno mental e/ou contribuir para a definição do seu diagnóstico.

A necessidade do trabalho multiprofissional e interdisciplinar decorre do fato de que o adoecer mentalmente é um fenômeno complexo e, mesmo reconhecendo as competências disciplinares, é preciso assegurar o espaço de interconexão entre os saberes e práticas para dar conta, ao mesmo tempo, da singularidade e da complexidade do cuidado em saúde mental (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). A pessoa que adocece mentalmente, para ser cuidada na sua integralidade, necessita que isto aconteça com uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar, pois seus problemas

abragem a saúde, o trabalho, a família, a habitação, por vezes a justiça, entre outros (ROCHA, 2005).

De acordo com as indicações aprovadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, a política de recursos humanos visa o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, na perspectiva da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado com olhar não fragmentado da pessoa com doença mental (CNS, 2002).

Nos relatos dos participantes do grupo de apoio se evidencia uma concepção de Enfermagem como uma profissão de vocação, de servir ao próximo, de dom especial, de doação pautada no ideal de amor, dedicação, paciência e que não mede esforços para cuidar do doente. Também se observa a compreensão de uma profissão que auxilia o médico, mas por outro lado, houve relatos de que para exercê-la é necessário conhecimento e contínuo processo de busca de aprimoramento.

*“... para mim o profissional da enfermagem é a pessoa mais próxima do paciente. Também é o auxiliar indispensável do médico. Não sei muito dessa profissão, mas o que observo, é que requer muita dedicação, contínua especialização para melhor servir” (Apoio).*

*“... Enfermagem é ter conhecimento, muita dedicação para cuidar das pessoas doentes, seja qual for a enfermidade. Dar tudo de si para aliviar o sofrimento do paciente . Se encarrega de dar medicação aos pacientes internados, a qual deve seguir exatamente o critério médico sempre com muita responsabilidade. É cumprir horário, é muita dedicação, profissionalismo, amor à profissão, paciência, determinação” (Apoio).*

*“... é uma grande responsabilidade, é doação, carinho, doar assistência a quem precisa, amor, paciência” (Apoio).*

*“... para mim antes de uma profissão é um dom especial de manifestação de amor ao próximo” (Apoio).*

Nos relatos dos participantes do grupo de apoio ficou evidenciado que ainda hoje perdura para eles a concepção de Enfermagem desenvolvida por religiosos entre os séculos V e XIII. Esse período deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como inerentes à Enfermagem. Abnegação, espírito de serviço, subserviência e obediência entre outros atributos que conferia à Enfermagem uma

conotação de sacerdócio (GEOVANINI, 2002). Pautado nesses valores de abnegação e obediência, formavam-se enfermeiras que não exerciam a crítica social, nem faziam reivindicações contra as longas jornadas de trabalho e baixos salários para assistir aos médicos nos procedimentos com o paciente (MIRANDA, 1994). Esse imaginário presente no ambiente de prática da enfermagem requer destes profissionais a responsabilidade na mudança desta visão para a de uma profissão com base científica que possui corpo de conhecimento específico e que integra uma equipe multiprofissional.

Os relatos dos participantes sobre a Enfermagem me reportaram ao início da história da enfermagem em saúde mental, em que se objetivava contemplar as exigências institucionais e colaborar com as atividades médicas com enfoque biológico da doença mental. A enfermagem em saúde mental no Brasil não se estabeleceu com a preocupação de atender o paciente, mas para viabilizar, dentro do hospício, a concretização do discurso psiquiátrico como científico. Assim, surgiu para vigiar, controlar e punir, aplicar meios de repressão determinados pelos médicos e obter a obediência dos internos (MIRANDA, 1994; GEOVANINI, 2002; ROCHA, 2005).

Em 1890 a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras baseava-se no modelo religioso para sistematizar o ensino de enfermagem no Brasil (MIRANDA, 1994). Após a década de 1930 a ênfase no tratamento em saúde mental passa aos aspectos clínicos e às terapêuticas medicamentosas centradas no hospital. Aproximadamente neste mesmo período a enfermagem brasileira profissionaliza-se, com a criação da primeira escola de enfermagem baseada no sistema Nightingale, a Escola Ana Néri, que formava enfermeiras com características de abnegação e obediência como as relacionadas pelos sujeitos (MIRANDA, 1994; ROCHA, 2005).

Estes fatos históricos tornaram-se determinantes e condicionantes na formação da imagem e identidade da enfermagem em saúde mental pela sociedade, em nível macro, e na instituição, em nível micro. A identidade é concebida como algo formado ao longo do tempo, por meio de processos inconscientes e, em relação ao enfermeiro, podemos considerar que foi e está sendo formada na interação deste profissional com a sociedade, pois esta é construída continuamente no cotidiano do trabalho. Imagem é uma representação mental, impressões e posições que as pessoas apresentam em relação umas às outras. No que concerne à enfermagem em saúde mental, a imagem pública do enfermeiro influencia sua prática, conforme

demonstram os relatos dos participantes do estudo que relacionaram-na à doação, ao servir, a um dom e a seguir ordens médicas (NAUDERER; LIMA, 2005; OLIVEIRA, 2006).

Além da vocação e dedicação, os relatos dos participantes demonstram a compreensão da enfermagem como profissão, com necessidade de preparo formal, científico e organizado e que atua em equipe multiprofissional de saúde, o que corrobora com o explicitado por Miranda (1994) que enfoca a importância da educação formal, mas no exercício da enfermagem é necessário também vocação, dedicação, paciência, competências e habilidades interpessoais.

Avanços têm ocorrido na descoberta e utilização de novas tecnologias na área da saúde, e os profissionais de enfermagem formados em base humanística e científica precisam ser capazes de dominar a tecnologia, que é mutável, rápida e inconstante para a realização de um cuidado efetivo. Entretanto, é necessário aliar esses novos avanços tecnológicos a valores como respeito, ética e atenção que segundo Paganini (1998) devem estar presentes em qualquer relação entre pessoas, pois estes não são mutáveis, nem rápidos ou inconstantes. Assim, qualidades como vocação, paciência e dedicação devem ser consideradas na escolha da carreira profissional como inerentes às profissões que lidam com o ser humano, não como preponderantes.

O conceito de Enfermagem foi descrito pelos participantes de maneira ampla, abrangendo questões relativas à prática da enfermagem e, especificamente, na área de saúde mental, como por exemplo, ao referirem a autonomia e reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental. Ressaltaram ainda que a Enfermagem é uma profissão que requer algumas habilidades e competências específicas para seu exercício, entre elas responsabilidade, respeito, consciência do seu papel, dedicação e amor.

Um fato que chamou a atenção é a de que os profissionais de enfermagem e os demais técnicos enfatizaram a enfermagem como profissão e ciência que atua na área da saúde em nível primário, secundário e terciário da atenção. Entretanto, a maioria dos funcionários e profissionais da rede de apoio expressaram por meio dos cartazes, aspectos relacionados a enfermagem como vocação, como ato de caridade, de dedicação e dom.

Finalizado as descrições a respeito do conceito de Enfermagem, na seqüência descrevo o que foi discutido sobre Ser Humano.

## Ser Humano

Nas discussões do conceito Ser Humano, os participantes o conceberam como um ser pluridimensional, ressaltaram também a unicidade, singularidade, complexidade e integralidade do ser ao considerar os aspectos biológicos, psicológicos, espirituais e sociais. Os seres humanos são ao mesmo tempo semelhantes e diferentes, o que lhes confere a condição de seres únicos e complexos, e que como um ser histórico sofre influência da família e da sociedade na aquisição de seus valores.

*“Ser vivo único, ímpar, formado através de valores adquiridos da família e das heranças genéticas...” (Enfermagem).*

*“... é o meu semelhante biológico, mas que apresenta algumas diferenças no sentido psicológico, social e cultural...” (Enfermagem).*

*“.. é um indivíduo único que tem sua dor, suas necessidades e vivência e desse modo que devemos tratá-lo como ser humano...” (Enfermagem).*

*“... é uma pessoa ímpar, exclusiva, formada através de valores herdados da família, da sociedade e através da herança genética, o que irá resultar na personalidade individual” (Enfermagem).*

*“... é a maravilhosa criação divina, única em sua espécie. Ser humano deve ser respeitado independente de suas limitações...” (Enfermagem).*

*“... cada ser é individual, é complexo, restrito, único em sua plenitude, possui diferença e semelhanças...” (Enfermagem).*

*“Ser humano deve ser considerado na pluridimensionalidade, ou seja, quanto aos aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. Todos esses aspectos e condições o singularizam como indivíduo...” (Técnico).*

*“... um ser da espécie humana (homo sapiens-sapiens)portador de uma estrutura biológica específica e de uma história pessoal e sócio-cultural [...]é um ser bio-psico-sócio, histórico e espiritual com características influenciadas por todas essas dimensões...” (Técnico).*

*“... é uma pessoa única com comportamentos e atitudes diferentes...” (Apoio).*

Os relatos dos participantes corroboram os estudos de Travelbee (1979, p.11, 1982) que considera o ser humano como único e insubstituível, original, semelhante e ao mesmo tempo, diferente em relação a outra pessoa, no presente ou no futuro.

O conceito do ser humano é um dos pontos mais importantes da Teoria de Travelbee, pois é a partir da compreensão da unicidade do ser que se torna possível valorizar e aceitar as pessoas como elas são, respeitando suas individualidades e potencialidades (TRAVELBEE, 1979; 1982; WAIDMAN; ELSEN; MARCON, 2006). Destarte, essa concepção é fundamental para o desenvolvimento do cuidado e deve ser extensiva a todos os envolvidos, pois como tais, são seres humanos.

O ser humano determina a si mesmo e, sendo responsável pelos seus atos e suas decisões, aquilo que ele se torna, dentro dos limites dos seus dons e do meio ambiente, é ele que faz de si. A pessoa humana possui dentro de si potencialidades positivas e negativas, as quais poderão ser utilizadas e concretizadas ou não, dependendo das decisões que tomar (FRANKL, 2007).

Neste sentido, cada ser humano possui comportamentos específicos e diferentes maneiras de pensar e agir; assim, os profissionais da saúde devem compreender e acolher a singularidade e unicidade da pessoa que sofre mentalmente, a sua trajetória de vida com vistas a planejar o cuidado de acordo com suas necessidades (KANTORSKI *et al.*; 2005).

O ser humano possui necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais que são mais ou menos valorizadas, dependendo da sociedade na qual está inserido. Essas necessidades se apresentam estreitamente interligadas desde o início da vida, pois são determinadas pela sociedade. Ao se considerar o crescimento e o desenvolvimento humanos como processos dinâmicos, a maneira como o indivíduo vivencia cada etapa de sua vida influenciará em uma base mais sólida ou mais frágil no enfrentamento dos problemas do cotidiano. O que a pessoa pensa e sente resulta de sua experiência de vida e, assim como essas são únicas, resultam em seres humanos únicos (ROCHA, 2005).

Cabe salientar que o profissional que atua em saúde mental e a pessoa com transtorno mental são seres humanos e, como tais, singulares em suas peculiaridades. Neste sentido, é necessário “estar atento às características da pessoa com transtorno mental, percebê-las e interpretá-las da forma mais fiel possível”, avaliando como elas influenciam o modo de ser daquela pessoa. Ao mesmo tempo, o profissional de saúde necessita “conhecer como é a sua singularidade como ser humano e estar consciente de como ela afeta sua competência comunicacional e interpessoal” e, conseqüentemente, sua comunicação com o outro (STEFANELLI; CARVALHO, 2005, p.36).

Os participantes explicitaram que o ser humano vive em constante transformação, modificando a si próprio e o ambiente em que vive, demonstrando capacidade de evolução, de conquistar seus objetivos, ideais e de transcender. Destacaram vários aspectos positivos do ser humano, porém ressaltaram que ao mesmo tempo em que é um ser com capacidades construtivas, também pode usá-las para a sua destruição. Com todas as características apontadas devido à dinamicidade e as constantes mudanças que o ser humano passa ele se torna um ser de difícil compreensão.

*“... o homem é como um caramujo em movimento fazendo sua transformação interior e exterior. Faz mobilização e mostra sua capacidade evolutiva através da ação praticada ...” (Enfermagem).*

*“... são todas as pessoas, não importando se têm doença e se está em hospital ou não, que tem capacidade para alcançar seus objetivos e seus ideais...” (Enfermagem).*

*“... desde que nasce busca aprender tudo que venha a fazê-lo crescer fisicamente e espiritualmente...” (Apoio).*

*“... é a pessoa que sabe construir e que sabe destruir...” (Apoio).*

*“... ser humano é um ente complexo e de difícil compreensão em sua totalidade, dinâmico e de constante mudanças” (Técnico).*

*“... é um indivíduo complexo ... que é capaz de transformar e transcender. É resultado da evolução dos seres vivos no meio ambiente terra” (Técnico).*

*“... ser capaz de realizar-se...” (Técnico).*

*“... indivíduo que interage com o meio, modificando-o e sendo modificado constantemente...” (Técnico).*

Os relatos dos participantes corroboram com o referencial teórico deste estudo em que o ser humano é capaz de dirigir e controlar sua própria conduta, de aceitar as capacidades e limitações da condição humana, mas necessita de uma direção e um propósito para viver e não existir simplesmente (TRAVELBEE, 1979; 1982).

Travelbee (1979; 1982) coloca que o ser humano possui *capacidade de enfrentar a realidade* e isso o permite reconhecer a própria participação em uma experiência de vida, de perceber correta e validamente uma situação; reconhecer os próprios sentimentos e enfrentá-los e buscar ajuda profissional se não conseguir. A

fortaleza para enfrentar um conflito constitui o núcleo da condição humana. A capacidade de enfrentar a realidade também inclui sentido de humor, atitude para rir de si mesmo e de seu próprio comportamento.

Para enfrentar a realidade é necessário flexibilidade, sendo que a pessoa é flexível na medida em que seu comportamento não se repete invariavelmente qualquer que seja a situação que enfrenta. A pessoa necessita aprender a conviver com sua decisão sem culpar os outros pela opção que fez. Inclui a capacidade de reconhecer a própria necessidade de atuar, de decidir e intervir quando um princípio está em jogo. Inclui, também, aceitar as capacidades e limitações da condição humana, apreciar a capacidade transitória da vida e do ser humano e desenvolver capacidade de viver o presente. É compreender que, como seres humanos, estamos expostos à alegria, ao amor, à felicidade, à doença, à solidão, à culpa, à depressão e à todas as doenças emocionais conflituosas, especialmente a ambivalência entre amar e odiar. Para enfrentar a realidade requer-se grande coragem, pois somente enfrentando as situações de crises de nossa condição humana teremos a oportunidade de crescer e nos desenvolver como autênticos seres humanos (TRAVELBEE, 1979; 1982).

A capacidade para enfrentar a realidade inclui o conhecimento e a orientação do mundo em que se vive e estar adaptado em uma sociedade enferma não constitui nenhuma virtude. Essa capacidade implica na habilidade para trabalhar produtivamente com os outros, colaborar, comprometer-se e competir. Em nossa cultura, é comum valorizar mais a competência do que a colaboração. O compromisso implica na habilidade de dar e receber nas relações humanas e, não abandonar nossos princípios básicos por conveniência para ser popular ou querido. A habilidade para enfrentar a realidade inclui a capacidade para maravilhar-se, divertir-se, para dar e produzir para alguém (TRAVELBEE, 1979; 1982).

Os participantes colocaram enfaticamente a capacidade que o ser humano possui de raciocinar, pensar, fazer escolhas, tomar decisões, exercer o livre arbítrio que lhes é inerente e tudo isto é o que o distingue dos outros animais.

*“... organismo vivo capaz de raciocínio, julgamentos e ações conscientes ou não, ou seja, capaz de fazer escolhas para satisfazer suas necessidades básicas e também necessidades de prazer ...” (Enfermagem).*

*“... são pessoas dotadas de inteligência... e capacidade de tomar decisões (Enfermagem).*

*“... é o ser vivo que se diferencia dos outros animais porque tem a capacidade de pensar...” (Enfermagem).*

*“... cada um tem uma maneira de pensar e agir...” (Apoio).*

*“... pessoa capaz de raciocinar, distinguir o certo e o errado...” (Apoio).*

*“... é portador de livre arbítrio...” (Apoio).*

*“... tem conhecimento do bem e do mal...” (Apoio).*

*“Seria ou é um animal racional, por ser pensante...” (Técnico).*

*“... é um animal, que percebe, analisa, age, pensa. Tem consciência, memória...” (Técnico).*

A busca do ser humano por um sentido de vida é a motivação primária em sua existência. Esse sentido é exclusivo e específico, uma vez que precisa e pode ser cumprido somente por aquela determinada pessoa; assim, o ser humano necessita de “algo” em função do qual viver. Viver significa ter responsabilidade de responder adequadamente às perguntas da vida, pelo cumprimento das tarefas colocadas à cada pessoa e pela exigência do momento. Essa exigência e, com ela, o sentido de vida, difere de ser humano para ser humano, de um dia para outro. Cada um tem sua própria vocação ou missão específica de vida e precisa executar tarefas singulares que proporcionarão sua realização pessoal. Para isso, o ser humano necessita ter consciência plena de sua própria responsabilidade, decidir se deve interpretar a tarefa de sua vida como sendo responsável perante a sociedade ou perante sua própria consciência. Essa responsabilidade de busca de sentido, potencial de vida, deve ser descoberta no mundo e não dentro da pessoa humana ou de sua psiquê (FRANKL, 2007, p.92).

Ainda para o mesmo autor, o ser humano pode encontrar o sentido de vida a partir de três categoriais de valores: criadoras, vivenciais e de atitudes. A primeira se realiza mediante um fazer, a segunda diz respeito à vivência do eu com o mundo e a terceira só se realiza quando uma fatalidade tem que ser aceita como ela é, resultando em uma mudança de atitude. É por meio deste pensamento que a vida humana pode atingir sua plenitude não apenas no criar e gozar, mas também no sofrimento (FRANKL, 2007).

O ser humano precisa ser e estar preparado para compreender a importância do autoconhecimento, que por sua vez conduz à reflexão a respeito desta busca de sentido de vida, da necessidade de cuidar de si, de amar-se, de enfrentar a realidade.

Quanto mais o ser humano esquecer de si mesmo dedicando-se a servir uma causa ou amar outra pessoa, mais humano será e mais se realizará. A auto-realização é um efeito colateral da autotranscendência, “característica constitutiva do ser humano ao se dirigir para algo ou alguém diferente de si mesmo, seja um sentido, algo a realizar ou outro ser humano a encontrar” (FRANKL, 2007, p.99).

Transcender para Travelbee (1979; 1982) consiste na capacidade em preocupar-se desinteressadamente pelos demais, simplesmente porque é um ser humano capaz de identificar-se e compreender os outros; capacidade de perceber os outros como seres humanos únicos. Este transcender pode ser vivenciado por meio do relacionamento terapêutico entre o profissional e a pessoa com transtorno mental e mediante o uso da comunicação terapêutica é possível levá-la a expressar suas percepções, pensamentos e sentimentos, comprometendo-se verdadeiramente com ela na busca de um sentido de vida.

De um modo geral, todos os participantes explicitaram que o ser humano é um ser de sentimentos e emoções tanto positivos quanto negativos e esta capacidade de possuir e expressar emoções o distingue dos demais seres vivos. Também, que é um ser de relações, com capacidade de estabelecer vínculos afetivos e sociais e que do mesmo modo que ajuda o outro pode se mostrar egoísta, pensando somente em si.

*“... capaz de vínculos afetivos e sociais” (Enfermagem).*

*“... se distingue dos outros animais pela capacidade de ter emoções...” (Enfermagem).*

*“É uma pessoa que como eu tem sentimentos mesmo que esteja doente...” (Enfermagem).*

*“... ser humano com emoções boas ou más, e, equilíbrio e desequilíbrio emocional ...” (Enfermagem).*

*“... é um ser com sentimentos, emoções, merecedor de ser feliz, ter oportunidade para sonhar...” (Apoio).*

*“... pessoas que tem sentimentos pelo próximo. Pessoas que são egoístas só pensa em si próprio...” (Apoio).*

*“... é um ser afetivo...” (Técnico).*

*“... sente com maior intensidade as agruras da vida. Composto de sentimento e espiritualidade...” (Técnico).*

*“... ser humano é a pessoa que vive na sociedade, enfrentando todas as dificuldades do país como a desigualdade social, começando pelo difícil acesso à saúde, o preconceito social que ainda enfrentamos...” (Enfermagem).*

*“... é a pessoa que não pode viver sozinha, (...) não deve viver sozinho, isolado. Tem capacidade de amar e ser amado” (Enfermagem).*

*“... é um ser social, histórico e relacional...” (Técnico).*

*“... é um ser social. Segue normas e regras impostas pelo seu meio ambiente...” (Técnico).*

*“... formando redes maiores: família, sociedade, nação, Persona = indivíduo+ ser social (desempenho de papéis)” (Técnico).*

*“... ser criado por Deus com o objetivo de relacionar-se com Ele e seus semelhantes humanos” (Técnico).*

A atitude para amar é a primeira e a mais importante das atitudes do ser humano, pois consiste na capacidade de amar a si mesmo e de transcender-se para amar aos outros. O amor em sentido amplo é expresso por atitudes e não por palavras e planejamentos. É um ato de vontade e não de emoções. A fraternidade do homem e o amor à humanidade devem ser voluntários. A capacidade de amar-se precede a capacidade de amar aos outros e isto, não significa egoísmo, mas auto-respeito, conhecimento, confiança nas capacidades e habilidades, aliado à consciência das próprias limitações humanas. “Se o indivíduo não ama a si mesmo, como pode amar aos demais?” A capacidade de amar envolve amar os outros sem que esses nos apreciem; o amor é algo que não ocorre simplesmente, mas se desenvolve, se nutre e se permite crescer, não se refere somente ao amor à pessoa, mas também ao amor para com a humanidade (TRAVELBEE, 1979, p.8; 1982).

Humanidade é aqueles que conhecemos e queremos, aqueles que conhecemos e não queremos, aqueles que não conhecemos e aqueles que preferimos não conhecer. Ela envolve à todos e a cada um de nós individualmente. Conhece-se realmente o ser humano por seus atos e seu comportamento e não por

seus pensamentos benévolos que podem não se traduzir em ajuda concreta (TRAVELBEE, 1979).

É pelo amor que se pode compreender o outro ser humano no íntimo de sua personalidade e ter consciência plena da essência do ser humano. Ele permite à pessoa que ama capacitar a pessoa amada a atingir suas potencialidades e a experimentar a bondade, a natureza e a cultura do ser humano. Amar o ser humano incondicionalmente é uma das maneiras de encontrar sentido na vida (FRANKL, 2007).

Percebe-se novamente que o conceito de ser humano construído pelos participantes dos grupos é amplo e extrapola os aspectos organicistas e/ou biológicos. Eles descreveram o ser humano como único, com características biológicas, sociais, psicológicas, culturais, espirituais. Um ser racional que possui inteligência para fazer escolhas e tomar decisões, o que lhe permite o exercício do livre arbítrio e o torna responsável pelos seus atos. E, ainda, um ser afetivo que está inserido em um ambiente, que não vive sozinho e que forma redes para sua sobrevivência.

Na seqüência apresento os dados que emergiram das discussões com os participantes a respeito do conceito de Saúde-Doença.

### **Saúde - Doença**

Os participantes explicitaram o conceito de Saúde como sendo o bem-estar resultante da busca de equilíbrio nas dimensões bio-psico-social e espiritual do ser humano e direito do cidadão, que influencia e é influenciado pelo meio. A Doença surge quando a pessoa não possui mecanismos para o seu enfrentamento e é explicitada como desequilíbrio das dimensões humanas, percebida pelo sofrimento, tristeza, angústia, dor. Ressaltaram, ainda, que a doença pode ser visível ou invisível e interfere nas interações da pessoa com a família e a sociedade, bem como na sua qualidade de vida.

*“... saúde é o bem- estar físico, mental e espiritual ...” (Enfermagem).*

*“Saúde é o bem-estar que a pessoa sente no meio em que vive e convive na sociedade...” (Enfermagem).*

*“...bem-estar físico, mental e emocional do indivíduo, incluindo suas capacidades e direito a cidadania de dignidade” (Enfermagem).*

*“Saúde é processo de busca de equilíbrio do organismo com o meio em que vive-que influencia e é influenciado pelas dimensões biológicas, psicológicas, sociais, histórica e espiritual, que constituem a vida do ser humano...” (Técnico).*

*“Saúde é estado de equilíbrio do corpo e da mente. Doença é o desequilíbrio que interfere na qualidade de vida...” (Técnico).*

*“Saúde é o bem-estar. É a condição do corpo e da mente em seu estado perfeito de harmonia. Doença é apresentar algum distúrbio, de falta perfeita de funcionamento, em alguma área do nosso corpo. Pode ser visível ou invisível. Doenças do coração e outras escondidas no meio em que vivemos. Doenças aparecem e outras são provocadas. Quando já não gostamos de nós mesmos, não temos vontade de viver...” (Apoio).*

*“Saúde é estar tudo bem com o corpo, físico, mental e espiritualmente, podendo desfrutar das coisas como alimentação, moradia, tendo bem-estar social. O contrário, um estado que não nos deixa desfrutar das coisas...” (Apoio).*

*“... doença é perturbação, alteração do equilíbrio bio-psico-social e espiritual, interferindo na interação com outros indivíduos, a família e a sociedade. Doença se instala quando o indivíduo não dispõe de recursos adequados para fazer frente a essa mudança” (Enfermagem).*

*“... o sofrimento às vezes, não precisa ser uma dor, exatamente uma dor física, pode ser um sofrimento emocional ou sofrimento mental. Aí a gente deve procurar minimizar o sofrimento mental” (Enfermagem).*

*“... doença é sofrimento, dor, tristeza, angústia, vícios em geral, enfermidades físicas e mentais...” (Apoio).*

Para Travelbee (1979; 1982 p.7), saúde não constitui somente “algo que a pessoa possui e sim ‘algo que a pessoa é’, como demonstra certos comportamentos e atitudes”. Essas atitudes se constituem em: capacidade para amar, para enfrentar a realidade e para descobrir um propósito ou sentido na vida. Em relação ao conceito de doença, acredita que essa pode possibilitar às pessoas compreender sua limitação e condição humana, e que a experiência da doença ajuda o ser humano a crescer e se fortalecer, reconhecendo, assim, sua limitação e potencialidade.

Conceituar saúde, e especialmente saúde mental, não se constitui tarefa fácil, pois em nenhuma cultura existe um termo capaz de exprimir com exatidão e profundidade o seu significado. No conceito de saúde mental provavelmente sempre haverá certa carga de juízo de valor, pois sua compreensão é relativa e não estática,

uma vez que sofre influência da concepção que se tem sobre o homem, a natureza e a sociedade (TRAVELBEE, 1979; 1982).

A doença mental - transtorno, enfermidade, perturbações ou desordens - não é mais fácil de definir do que a saúde mental. O transtorno mental em si não pode ser observado, pelas mesmas razões que resultam da impossibilidade de definir a saúde mental, pois ambos são abstratos e subjetivos. O que se pode observar são as várias manifestações de comportamentos que podem ou não ser classificados como aberrantes, desviantes, incapacitantes, de emergência pelo risco a si e a outrem (TRAVELBEE, 1979). Neste sentido, o transtorno mental não surge como uma patologia para o ser humano, antes são alterações das funções orgânicas existentes que estão em determinados momentos atenuadas, exacerbadas ou distorcidas (AMARANTE, 2006).

Os transtornos mentais se dividem, geralmente, em dois grandes grupos. O primeiro inclui aqueles que se crêem decorrentes principalmente de fatores orgânicos como, por exemplo, síndromes cerebrais agudas e crônicas, associadas a infecções e traumas. O segundo inclui esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes, transtornos de humor (afetivos), específicos de personalidade, transtornos de hábitos e impulsos, transtornos de personalidade e de comportamento em adultos e os transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (TRAVELBEE, 1979; CID-10, 1993).

Especialmente os transtornos mentais diagnosticados sem base orgânica podem ser considerados, primordialmente, como juízos de valor formulados por um indivíduo com base em suas crenças e valores, e que tenha sido preparado especialmente em virtude do seu conhecimento e capacidade para emitir uma opinião clínica de saúde mental de outro ser humano. Uma pessoa não está mentalmente doente unicamente por ter sido diagnosticada como tal, pois se deve considerar quem formulou o diagnóstico e quais os critérios que serviram de base (TRAVELBEE, 1979; 1982).

Outra consideração de Travelbee (1979; 1982), em relação ao transtorno mental, é que ele pode ser compreendido como a expressão de um estilo de vida, uma forma de adaptar-se ou enfrentar a pressão; uma forma de relacionar-se com os outros. Em certo sentido, o transtorno mental tem um propósito: pode proporcionar alguns elementos de segurança e comodidade; um último recurso, uma solução irracional para uma situação vital para a qual não possui solução.

A saúde e doença mental também têm sido consideradas em um contínuo, em que a saúde encontra-se em um extremo e o transtorno em outro. O transtorno mental constitui uma experiência vivida pelo ser humano e não simplesmente um rótulo ou uma categoria. É o indivíduo que vivencia os sintomas de seu transtorno, e por vezes experiencia a incomunicabilidade de sua condição, pois comunicar a dor física ou mental a outra pessoa de forma compreensível nem sempre é possível. O transtorno mental afeta cada aspecto da pessoa e se reflete em seus pensamentos, sentimentos e ações, e convívio em sociedade (TRAVELBEE, 1979; 1982).

Travelbee (1979; 1982) tem o sofrimento humano como uma das suas principais preocupações, compreendendo-o como uma sensação de mal-estar que envolve desde o sensível e passageiro incômodo mental, físico e espiritual, até a angústia extrema e fases além da angústia, como a desesperança, a negligência de si mesmo, a indiferença e a apatia. O ser humano, ao se tornar vulnerável em um universo indiferente, sofre e adocece. Adoecer, viver e morrer são processos que fazem parte da história do ser humano.

Sofrer vai além do saber e do plano físico e se caracteriza como uma junção de vertentes éticas, morais, religiosas, psicológicas, sociais e culturais. O sofrimento é mais que uma simples ameaça à integridade biológica, mas também à sua integridade como homem, como sujeito de ação e reação, que possui necessidades próprias, específicas e que precisa de cuidado e atenção (KANTORSKI *et al.*; 2005).

O sofrimento de certo modo deixa de ser sofrimento no instante em que o ser humano encontra nele um sentido. Essa é a razão pela qual o ser humano está pronto para sofrer, quando isto é inevitável, sob a condição de que seu sofrimento tenha um sentido. Quando um ser humano descobre que seu destino lhe reservou um sofrimento, tem que ver nele também uma tarefa sua, única e original. A maneira como ele próprio suporta esse sofrimento possibilita uma realização única e singular, entretanto esse não é de modo algum necessário para encontrar um sentido de vida (FRANKL, 2007).

A saúde mental está baseada em certo grau de tensão entre aquilo que já se alcançou e aquilo que ainda deveria ser alcançado, ou o “hiato entre o que se é e o que deveria vir a ser”. Essa tensão é inerente ao ser humano e, por isso, indispensável ao bem-estar mental; porém, o que necessita não é um estado livre de tensões, mas antes a busca e a luta por um objetivo que valha a pena (FRANKL, 2007, p.96).

Os conceitos de saúde e doença são influenciados por normas culturais, regras ou formas de comportamento apropriadas à uma determinada sociedade, em determinada época. Tais concepções são relativas e evoluem constantemente, por isso a conduta considerada normal pode variar de uma cultura para outra e de um período histórico para outro (TRAVELBEE, 1979; 1982).

Diante das transformações em nossa sociedade, a saúde e a doença devem ser consideradas no contexto das políticas sociais e de participação da população no processo das decisões e controle das condições de saúde do indivíduo e da coletividade. Vivemos numa sociedade plural e a diversidade é sua característica atual. Assim, os profissionais de Enfermagem têm o desafio de pensar com esforço de ampliar o atendimento, respeitando a individualidade e singularidade de cada ser humano no seu processo de saúde e doença. A complexidade dos problemas de saúde exige, cada vez mais, um trabalho cooperativo e interdisciplinar que rompa com o olhar fragmentado do ser humano (MEIRELLES; ERDMANN, 2005).

Os conceitos de saúde e doença foram construídos de modo amplo pelos participantes, abrangendo não somente aspectos biológicos, mas incluindo aspectos sociais; por exemplo, quando citaram que saúde é ter moradia, saneamento básico e segurança; aspectos espirituais, ao expressarem doença como as da alma; e aspectos psicológicos, ao descreverem saúde como capacidade do ser humano em realizar seus planos, em estar bem consigo mesmo. Entretanto, percebe-se que o conceito de saúde, mesmo após a teorização com o referencial teórico deste estudo, manteve a influência de uma das primeiras concepções de saúde utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como perfeito bem-estar físico, mental e social, principalmente pelos profissionais da Enfermagem e demais técnicos.

Ressalta-se que o conceito de saúde tem evoluído principalmente em decorrência de reflexões e vivências que pouco a pouco vão sendo apropriadas pelo conjunto da sociedade. Engloba hoje questões referentes ao ambiente, ao grau de desenvolvimento sócio-cultural, à possibilidade de renda e trabalho, à redução da violência, entre outros, superando o conceito originário de saúde. A própria compreensão de saúde tem também alto grau de subjetividade e determinação histórica, dependendo do momento, do referencial e dos valores que são atribuídos a determinada situação. Assim, o conceito de saúde remete a uma construção permanente de cada ser humano e da sociedade (TEIXEIRA, 2002).

O conceito discutido na seqüência pelos participantes foi o de Ambiente, o qual apresento a seguir.

## **Ambiente**

Os participantes explicitaram o conceito de ambiente como o local, o lugar, o espaço em que acontecem as interações, estabelecem-se as relações no qual o ser humano vive, convive e se comunica, sendo agradável ou não. Esse ambiente pode ser familiar, do trabalho, escolar, religioso, de lazer entre outros.

*“... local onde as interações humanas acontecem, ou seja, onde os seres humanos se comunicam através da linguagem escrita...” (Enfermagem).*

*“Ambiente é o meio onde vivemos e trabalhamos. É a vivência com a família, vizinhos amigos. Ambiente é toda relação que temos com a vida e as coisas que rodeiam...” (Enfermagem).*

*“É o lugar onde se convive. Pode ser dividido em ambiente familiar: onde me relaciono com pessoas mais próximas, filhos e esposo. Ambiente de Trabalho: onde eu exerço minhas funções profissionais, de onde retiro meu sustento. Ambiente de lazer onde me relaciono com objetivo de entretenimento. Ambiente religioso: onde me relaciono com as pessoas da mesma crença e desenvolvo minha espiritualidade. Pode ter outros tipos de ambiente: escolar, político...” (Enfermagem).*

*“... um lugar onde convivemos. Nosso lar, nosso local de trabalho, onde podemos nos sentir bem, transmitir paz para outras pessoas...” (Apoio).*

*“... ambiente para mim é conviver com as pessoas que eu gosto...” (Apoio).*

*“... local de trabalho onde uma equipe desenvolve suas atividades com muita responsabilidade...” (Apoio).*

*“... é o espaço onde se estabelecem as relações entre as pessoas...” (Técnico).*

*“... uma coisa que caracteriza o meio são as trocas, e estas podem ser físicas, psicológicas, sociais, estruturais e espirituais...” (Técnico).*

*“... é o local, espaço que pode ser composto por pessoas, objetos, plantas...” (Técnico).*

Segundo Stefanelli e Carvalho (2005) o ambiente engloba não somente o espaço físico utilizado, como também as pessoas que interagem, sua cultura, mobiliário, iluminação, arejamento, temperatura, ruídos, condições de tempo e espaço e, pode influenciar as condições emocionais, físicas e psicológicas das

peças envolvidas. O ambiente no qual nos comunicamos com a pessoa com doença mental deve ser o que propicia melhores condições possíveis dentro de cada realidade, tentando manter a segurança, o conforto e a privacidade do ser humano.

Para prestar o cuidado em saúde mental é necessário o preparo do ambiente para o estabelecimento da relação interpessoal, como proporcionar o máximo de privacidade, um ambiente tranquilo, acomodação das pessoas de forma que possam manter contato visual e proximidade suficiente (TRAVELBEE, 1979; 1982; STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

No serviço de saúde mental, o ambiente também necessita ser considerado, tanto nos aspectos físicos, como nos aspectos psicossociais. Deve ser um ambiente que permita potencializar recursos pessoais e facilitar apoios socioafetivos. Por meio do exercício da cidadania, do contato com homens e mulheres, da participação em atividades, de reuniões de convivência, reuniões de grupos operativos, entre outras; e do relacionamento com os membros da equipe, a pessoa com transtorno mental terá oportunidade para participar de discussões, assumir responsabilidades pelo seu próprio bem-estar (ROCHA, 2005).

Os participantes enfocaram o ambiente como dinâmico, que influencia e é influenciado pela presença do ser humano e por suas características, tanto nos aspectos positivos quanto negativos.

*“... o meu ambiente sou eu quem faço...” (Enfermagem).*

*“... devemos contribuir da melhor forma possível para que ambiente seja saudável” (Enfermagem).*

*“O espaço de convivência familiar, de trabalho e social... onde depende da atitude de cada um, podendo criar um ambiente saudável ou de conflito” (Enfermagem).*

*“... local onde realizamos nosso serviço. É nossa casa e também somos nós quem o fazemos, que podemos deixá-lo agradável ou insuportável conforme atitudes que nós e outros temos ...” (Apoio).*

*“... se estou em contato com as pessoas, falando, interagindo, torna-se um lugar onde eu contribuo com o ambiente...” (Apoio).*

*“... quem faz o ambiente sou eu mesmo...” (Apoio).*

*“O ambiente é o meio que compreende o espaço físico, com suas condições e características. O ambiente humano é caracterizado por um conjunto de influências do meio sobre os seres. O ambiente é uma coisa que está de toda forma mudando...” (Técnico).*

*“... é tudo que nos cerca, material e humano, bom e ruim, e nos influencia...” (Técnico).*

*“É o conjunto das influências do meio sobre o ser humano ou outro ser vivo. Todas as formas de estimulação que influenciam um organismo, desde estímulos físicos até culturais...” (Técnico).*

Ambiente é entendido como o contexto no qual ocorre a relação interpessoal, isto é, como um ambiente intrínseco e interno, social, biológico, psicológico, cultural e físico. O enfermeiro é capaz de criar um ambiente propício às relações recíprocas, por intermédio do qual cada um pode aprender. Entretanto, todos os trabalhadores de saúde devem participar pela manutenção e melhoria do ambiente, sendo capazes de criar e facilitar a identificação de condições para o estabelecimento da relação interpessoal no cuidado (TRAVELBEE, 1979; 1982).

O ambiente pode afetar o comportamento das pessoas e estas tendem a sentirem seguras em contexto conhecido e inseguras em face do desconhecido (STEFANELLI; CARVALHO, 2005). Desta maneira, é importante o papel da enfermagem, bem como dos demais membros da equipe, na manutenção de um ambiente favorável que permita a liberdade, o acolhimento, o respeito, o estímulo às habilidades e às capacidades emergentes para realizar um cuidado efetivo e de qualidade à pessoa com transtorno mental e/ou familiares (ROCHA, 2005).

Percebe-se nos relatos dos participantes que o conceito de ambiente também possui sentido amplo, externando que se trata do local em que se desenvolve o trabalho, mora e interage, ou seja, um espaço ilimitado no qual acontece o viver humano. Desse modo, o ambiente é onde vivemos, convivemos e nos relacionamos com as pessoas e demais coisas à nossa volta. Para que nos sintamos bem física e mentalmente é necessário que o ambiente seja sadio e harmônico. Os participantes extrapolaram o conceito geográfico de ambiente, enfatizaram acentuadamente os aspectos emocionais, e que o ser humano influencia na qualidade do ambiente e também é influenciado por ele.

O próximo conceito discutido com os participantes dessa pesquisa foi o de Equipe, e os dados que emergiram a partir das discussões nos Encontros, são descritos a seguir.

## Equipe

Os participantes conceituaram Equipe como um grupo de pessoas com diferentes formações, atribuições e funções, que compartilham idéias, possuem objetivo comum, ainda que não estejam reunidos em um mesmo momento.

*“... um grupo de pessoas que desenvolve um projeto em comum, com objetivos claros, onde somente com soma dos desempenhos individuais este objetivo é alcançado...” (Enfermagem).*

*“... é o conjunto de pessoas que tem os mesmos objetivos, independente de horários, mesmo que não estejam reunidos ao mesmo tempo...” (Enfermagem).*

*“... um grupo de pessoas que se reúnem para trabalhar ou realizar uma tarefa...” (Enfermagem).*

*“... um grupo de pessoas que trabalham em conjunto. As pessoas em cada profissão desempenham trabalho em função do paciente. Conjunto de pessoas desde faxineiro até médico, cada um na sua função” (Enfermagem).*

*“... é um grupo em que pessoas participam ou fazem parte em busca de um mesmo objetivo, compartilhando idéias para a realização de algo... (Apoio).*

*“Conjunto de pessoas que se reúnem para realizar diversos tipos de atividades podendo ser de várias funções, ex: médico, enfermeiro, pessoal de limpeza, psicólogo e terapeuta ocupacional. Isso é uma equipe hospitalar e, dentro de nossa casa, nossa família também é uma equipe...” (Apoio).*

*“... conjunto de pessoas formadas para atingir determinados objetivos ou desempenhar alguma atividade...” (Técnico).*

*“... grupo de pessoas com o mesmo objetivo que dividem tarefas interligadas para atingir o objetivo desejado...” (Técnico).*

Travelbee (1979; 1982) se refere à equipe como membros de diversas disciplinas da saúde que compartilham a meta global mais importante no cuidado, a relação terapêutica, para ajudar a pessoa a reintegrar-se na sociedade.

As transformações ocorridas nas instituições de saúde mental de Trieste, província da Itália, as quais influenciaram outras realidades, como o Brasil, bem como o paradigma da desinstitucionalização, conclamam os trabalhadores da área da saúde mental para um trabalho interdisciplinar, o qual se faz a partir de uma relação entre profissionais de diferentes disciplinas (AMARANTE, 2003a). Mas, na minha prática profissional, tenho percebido que apesar de atualmente, no país,

existir regulamentações, leis e portarias que determinam a composição da equipe multiprofissional em saúde mental, ainda persiste um trabalho em que cada profissional está empenhado em desenvolver a sua parte, por vezes sem qualquer conexão com o trabalho dos demais membros.

Devido à tendência atual de ampliação na composição cada vez mais da equipe de trabalhadores da área da saúde mental nos diversos dispositivos de tratamento, considero oportuno apresentar neste trabalho o conceito de equipe multiprofissional de Peduzzi (2001, p.109), que consiste na “modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”.

O termo interdisciplinaridade é empregado quando o nível de interação entre várias disciplinas conduz a interações reais, certa reciprocidade, levando a um enriquecimento mútuo. Para que isso aconteça, é necessário que haja uma comunicação efetiva, a qual implica em superar os termos especializados, dando origem a uma linguagem única para expressar os conceitos e as contribuições das várias disciplinas, a fim de facilitar a compreensão e o intercâmbio das informações (PEDUZZI, 2001; ROCHA, 2005).

A interdisciplinaridade é enfatizada na política atual de atenção à saúde mental brasileira. Reconhece-se que o entrelaçamento na atuação de profissionais de diferentes áreas gera conflitos, mas também permite construir estratégias baseadas nas pactuações do grupo, pois acredita-se que a vivência da interdisciplinaridade pela equipe contribui para a estruturação de um ambiente terapêutico (ROCHA, 2005).

De acordo com a Portaria GM n. 251, de 31 de janeiro de 2002, a assistência às pessoas com transtornos mentais em hospitais psiquiátricos deve ser realizada por equipe multiprofissional, composta no mínimo por um médico, um enfermeiro, um assistente social, um terapeuta ocupacional, um psicólogo, um clínico geral, um nutricionista, um farmacêutico e profissionais de nível médio da Enfermagem. Esta equipe técnica deve estabelecer e executar um projeto terapêutico para o atendimento individual e grupal das pessoas com transtornos mentais, e deve estar voltado para sua recuperação desde a internação até a alta hospitalar (BRASIL, 2002a).

A atuação terapêutica dos profissionais e as ações planejadas para a prática em saúde mental devem estar voltadas para a reabilitação e reintegração da pessoa

com transtorno mental na família e na comunidade em busca da sua cidadania e dignidade. Embora exista um grande leque de ações que devem ser desenvolvidas por todos os trabalhadores da equipe, há, porém, as ações específicas de cada profissão que devem ser reconhecidas e respeitadas no sentido de qualificar o cuidado em saúde mental (JORGE; MACÊDO, 2000).

Os participantes externaram também a importância de cada membro em assumir a sua função e/ou tarefa para alcançar os objetivos propostos e que o respeito, o companheirismo, a atenção, a responsabilidade, a criatividade, a união, a solidariedade, a comunicação, a aceitação das diferenças e dos potenciais de cada um são características fundamentais para o trabalho em equipe.

*“... devemos nos respeitar e aceitar uns aos outros. E deve haver comunicação...” (Enfermagem).*

*“... é parceria, é saber partilhar as diferenças e potenciais de cada um, é aceitar colaboração, receber ajuda e também ajudar. Uma equipe bem entrosada tem tudo para funcionar...” (Enfermagem).*

*“... deve ter companheirismo, amor pelo próximo, respeito às diferenças de opiniões. Uma andorinha sozinha não faz verão...” (Enfermagem).*

*“... é dinamismo, responsabilidade, é saber ouvir, discutir e criar ações que favoreçam a todos ...” (Apoio).*

*“... uma equipe boa desenvolve melhor qualquer trabalho; existe união, mais força, idéias diferentes, divisão de tarefas etc, companheirismo.” (Apoio).*

*“... seus integrantes deveriam apresentar algumas características que auxiliam no adequado andamento do grupo, como: solidariedade, senso-crítico, união, respeito e comunicação... Para um adequado andamento do grupo, é necessário que seus elementos funcionem de maneira coesa, íntegra, com interação e dividindo papéis. Características como solidariedade, senso-crítico, união, respeito e comunicação enriquecem o desenvolvimento da equipe” (Técnico).*

Antes do Movimento da Reforma Psiquiátrica, os papéis dos profissionais de saúde mental estavam definidos claramente, pois cada um atuava em sua área específica e se caracterizava como trabalho multiprofissional. Com a proposta de reabilitação psicossocial por meio do trabalho interdisciplinar, os papéis e funções profissionais sobrepõem-se uns aos outros, tornando-os, em algumas situações e ações, indistintos. Para que não aconteça a perda de identidade profissional é preciso determinar com clareza qual será o Núcleo de Competência, atribuições

específicas de cada profissão, e o Núcleo de Responsabilidade, funções comuns aos profissionais das diversas profissões que trabalham conjuntamente (MAIA; PAVARINI, 2002).

O trabalho em equipe exige estudo, discussões e reuniões constantes com os profissionais para estabelecer o plano terapêutico a cada pessoa com transtorno mental, levando em consideração as informações e observações de todos os trabalhadores envolvidos. Isso exige um grau de confiança entre as pessoas, habilidades de comunicação e interpessoais para que o relacionamento profissional se estabeleça e resulte em um cuidado humanizado (ROCHA, 2005).

Os enfermeiros ainda estão tentando definir e incorporar esta concepção de atuação interdisciplinar e têm um árduo caminho a percorrer, principalmente para conseguir perceber a importância do trabalho em equipe e efetivar o cuidado neste enfoque (MAIA; PAVARINI, 2002). Ressalto que um trabalho interdisciplinar, quando sustentado nos princípios de humanização, é favorável às pessoas com transtorno mental, porém para que isso aconteça é necessário perseverança, interesse, conhecimento científico, ética e compromisso profissional.

Sob a influência da psiquiatria democrática, é por meio da comunicação que se dá a articulação das ações interdisciplinares e cooperação na equipe. A comunicação é valorizada tanto no sentido profissional - pessoa com doença, quanto entre os profissionais. Também passa a ser valorizada a participação de personagens habitualmente secundários: a cozinheira, o porteiro, a funcionária da limpeza e outros que também podem estabelecer comunicação com o paciente (ROCHA, 1994).

A comunicação é fundamental no trabalho em equipe, na medida em que a interação entre os profissionais e as ações, bem como a integração dos saberes, ocorre mediada simbolicamente pela linguagem. É por meio dela que os membros da equipe podem trocar informações, questionar, estabelecer consenso e estabelecer os projetos terapêuticos com e para as pessoas com transtornos mentais (ROCHA, 2005).

Nos conceitos de equipe percebe-se o sentido de um conjunto de pessoas com objetivo comum, o que foi descrito independentemente da categoria profissional, cargo/ocupação, demonstrando, assim, a unicidade desta concepção entre os participantes. Ampliaram-no explicitando que cada pessoa desempenha um papel e/ou função e descreveram algumas características de uma equipe, como, por

exemplo: responsabilidade, respeito e comunicação, que influenciam na qualidade do atendimento prestado e na obtenção do objetivo proposto.

Em relação à equipe em saúde mental, penso que do mesmo modo que muitos trabalhadores estiveram unidos para lutar pelo movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, agora torna-se necessário um esforço para desenvolver um trabalho de forma interdisciplinar que contemple todas as dimensões e necessidades de cuidado à pessoa com transtorno mental.

O último conceito discutido nos Encontros com os trabalhadores do hospital campo deste estudo foi a Relação Interpessoal, que apresento a seguir.

### **Relação Interpessoal**

Os participantes explicitaram a Relação Interpessoal como aquela que acontece entre as pessoas para viver em sociedade, estabelecida pela comunicação verbal e/ou não-verbal, em que ocorre troca de idéias, conhecimentos, experiências boas ou ruins e expressão dos sentimentos. Para que a relação seja efetiva, existe a necessidade de respeitar mutuamente as diferenças entre as pessoas.

*“... é o modo pelo qual uma ou mais pessoas trocam ou processam informações, utilizando a linguagem verbal ou não-verbal...” (Enfermagem).*

*“... é a comunicação entre duas ou mais pessoas que expressam seus sentimentos e procuram entrar em harmonia, respeitando um ao outro...” (Enfermagem).*

*“É a capacidade individual de trocar idéias, espaços, experiências, conhecimento com aqueles que nos cercam em todos os ambientes...” (Enfermagem).*

*“... é uma relação entre as pessoas e a maneira que se comunicam uns com os outros...” (Apoio).*

*“... é a troca de experiências. Capacidade de viver com o outro respeitando as diferenças específicas de cada ser humano. Viver as diferenças com igualdade de valor e direitos...” (Apoio).*

*“... é o modo como nos comunicamos e agimos com outras pessoas, podendo ser amigavelmente ou apáticamente...” (Apoio).*

*“... uma troca de idéias, um aprendizado de valor, sem falsidade, com harmonia e respeito mútuo. Saber ouvir e compreender...” (Apoio).*

*“... é o estabelecimento de relações entre as pessoas, caracterizada pela comunicação...” (Técnico).*

*“... é uma troca (influenciar e ser influenciado) de idéias, opiniões, sentimentos (bons e ruins) de experiências (vivências)...” (Técnico).*

*“... é o contato com outras pessoas, baseada no respeito, que pode ser verbal ou não-verbal, harmoniosos...” (Técnico).*

Antes de discorrer a respeito da relação interpessoal, considero oportuno tecer algumas considerações sobre a comunicação. O processo de comunicação pode ser contemplado em diferentes abordagens, uma delas é como base ou suporte para o cuidado de Enfermagem em saúde mental, sendo o meio pelo qual o relacionamento terapêutico, entre profissional e paciente se estabelece. Para Stefanelli e Carvalho (2005) a comunicação é uma competência interpessoal, habilidade do profissional que possibilita atender às necessidades do paciente em todas as suas dimensões, considerando sua cultura e o ambiente. É por meio dela que se desenvolve e mantém um relacionamento terapêutico.

A comunicação é entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que o modo como se dá seu intercâmbio e as próprias mensagens exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, no momento ou posteriormente; um “conjunto de fenômenos interativos e interpretativos” entre uma ou mais pessoas ou agentes, que “se afetam de forma mútua e semelhante”; é um processo governado por regras; ocorre em determinado tempo; inclui “troca e processamento de comportamentos verbais e não-verbais, com dimensões qualitativas e quantitativas”; em diferentes contextos. A comunicação é também vista como “performance, execução e desempenho relacional” que surge como processo de construção de modos de realidade social. (STEFANELLI; CARVALHO, 2005, p.139, p.5).

A comunicação pode ser verbal ou lingüística, paraverbal ou paralingüística e não-verbal ou não lingüística. A comunicação verbal refere-se às mensagens escritas e faladas que ocorrem em forma de palavras como os elementos de linguagem que usamos para nos comunicar. A paraverbal ocorre quando se emite qualquer som produzido pelo aparelho fonador, usado no processo comunicativo, que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Esses sons demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, tipos de relacionamento interpessoal e autoconceito. A forma não-verbal refere-se às mensagens emitidas pela expressão corporal, facial, gestos, presença de rubor, sudorese, tremores,

lacrimejamento, palidez, ou seja, é toda comunicação que acontece sem o uso da linguagem, esta forma de comunicação merece atenção especial por parte dos profissionais de saúde, pois não se tem controle consciente sobre ela e é por seu intermédio que ocorre expressão de sentimentos (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

O profissional de saúde, ao fazer uso consciente do conhecimento sobre comunicação humana, para ajudar a pessoa a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à auto-realização, tendo como meta encontrar um sentido para viver com autonomia, esta se transforma na comunicação terapêutica (STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Nessa perspectiva, a comunicação com as pessoas portadoras de transtornos mentais é uma das estratégias primordiais que deve ser utilizada pelos profissionais de enfermagem para atingir suas metas específicas de cuidado. Quando o profissional de enfermagem usa técnicas de comunicação terapêutica, ajuda a pessoa a se expressar, ao mesmo tempo em que compreende sua experiência, além de servir de modelo para ele (TRAVELBEE, 1979, p.60; 1982).

Assim, a comunicação terapêutica é a base para o estabelecimento do relacionamento terapêutico que consiste em uma interação entre seres humanos, na qual não se evidencia qualquer posição de hierarquia, de modo que ambos podem compartilhar sentimentos, valores e significados. Travelbee (1979; 1982) explicita que esta interação terapêutica se constitui em um encontro único e original, e é uma meta a ser alcançada, sendo o resultado final de uma série de interações planejadas entre o enfermeiro e pessoa com transtorno mental, e que esta possibilita a ambos o desenvolvimento de uma capacidade crescente para continuar a estabelecer interações. A interação que ocorre durante um período particular da vida de ambos não pode ser repetida ou imitada e uma de suas características é que tanto o profissional quanto o paciente experenciam o crescimento e a mudança de comportamento e aprendem com o processo (TRAVELBEE, 1979; 1982).

Durante a interação terapêutica cada pessoa é afetada e afeta por sua vez os pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro. Aprender mais acerca de si mesmo permite o desenvolvimento da habilidade de controlar e mudar seu comportamento aumenta a habilidade para abordar e enfrentar situações reais e para ajustar-se às próprias expectativas e às dos demais. Assim, o profissional de

saúde aumenta o conhecimento, progressivamente, de suas próprias possibilidades e limitações (TRAVELBEE, 1979; 1982).

Nos relatos observa-se que os profissionais explicitaram a relação interpessoal como qualquer relação estabelecida entre pessoas, entretanto, Travelbee (1979; 1982) a diferencia de outras, devido à mesma ser planejada, deliberada conscientemente pelo profissional, assim como possui uma meta e um propósito definido. Como resultado dessa relação, a pessoa com transtorno mental amplia sua capacidade para enfrentar a realidade e para descobrir soluções para seus problemas e aprende a comunicar-se e a socializar-se.

Em sua tese, Ribeiro (2005) evidenciou o despreparo dos técnicos e auxiliares de enfermagem para se comunicar e se relacionar com pessoas com transtornos mentais. Mediante a observação de campo de pesquisa, constatou que estes profissionais pouco dialogavam com os pacientes e quando o faziam acontecia essencialmente em termos de brincadeiras. A autora relatou que o relacionamento entre a equipe de enfermagem e o paciente era escasso, e que ocorria em sua maioria nos momentos de realização de atividades, procedimentos ou rotinas próprias do serviço.

Por outro lado, nesse mesmo estudo, ao realizar entrevistas com os pacientes, percebeu que eles valorizavam os diálogos com os profissionais de saúde e de Enfermagem, os quais relataram que auxiliava no seu tratamento, despertando sentimentos positivos. Destaca, ainda, que mesmo os pacientes não conhecendo a definição de relacionamento interpessoal, temas atribuídos a esta habilidade, como comunicação, empatia, confiança foram registrados como importantes para seu bem-estar (RIBEIRO, 2005).

Os participantes deste estudo expressaram que o respeito, o saber ouvir, a comunicação, a aceitação dos limites próprios e das outras pessoas, e das diferenças entre os seres humanos são características necessárias no desenvolvimento de uma relação interpessoal profícua.

*"... para ser boa, a relação entre as pessoas deve ser provida de equilíbrio, sensatez, respeito, cordialidade. Num relacionamento humano sadio nos mais diferentes ambientes, ninguém pode ser o dono da verdade. É preciso saber ouvir, às vezes aceitar os limites dos outros e os próprios limites. Aceitar e partilhar as diferenças."* (Enfermagem).

*“... em primeiro lugar, é respeitar a pessoa, sendo ela da família, colega ou outras” (Enfermagem).*

*“temos que entender a personalidade do outro, respeitar a maneira da outra pessoa pensar e agir” (Apoio).*

*“... exige respeito, compreensão, comunicação, ética, saber ouvir e respeitar a expressão do outro, utilizando bom senso independente de raça ou cor...” (Enfermagem).*

Para o desenvolvimento de uma relação interpessoal efetiva é necessário um rol de saberes e práticas destinadas à compreensão do ser humano, de suas limitações, necessidades imediatas e potencialidades. Essa relação permite o entendimento das experiências de vida da pessoa com transtorno mental, o estímulo à sua participação na tomada de decisões no plano terapêutico e o reconhecimento do enfermeiro e paciente como seres humanos (KANTORSKI *et al.*; 2005). O profissional de saúde deve ser autêntico, sincero, empático e demonstrar comprometimento com a realidade da pessoa com transtorno mental, o que lhe permitirá desvelar um profundo entendimento da vida íntima da pessoa para que possa ajudá-lo (TRAVELBEE, 1979; 1982; STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

São considerados aspectos essenciais para o estabelecimento de uma relação terapêutica: a empatia, o envolvimento, a confiança e o respeito mútuo. A empatia e o envolvimento acontecem quando, por exemplo, o profissional de saúde tenta perceber a experiência do paciente como este a vivencia, sem perder o seu papel de profissional. Ao perceber e compreender o mundo do outro, o profissional de saúde pode prestar um cuidado individualizado com o respeito de suas crenças, valores e cultura. Além disso, acreditar na dignidade e no valor da pessoa, independentemente de seu comportamento, aceitá-la sem julgar, demonstrar interesse genuíno e compreender as diferenças possibilita ao profissional uma relação de respeito mútuo, necessário para o desenvolvimento de um relacionamento terapêutico embasado na confiança (TRAVELBEE, 1979; 1982; STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

Atitudes como ouvir reflexivamente, usar o silêncio terapêuticamente, verbalizar aceitação e interesse estimulam ou facilitam a expressão verbal de pensamentos e sentimentos a respeito da experiência de vida da pessoa com transtorno mental. Ouvir reflexivamente, apesar de parecer algo passivo, é um processo que requer concentração, esforço voluntário para estar atento a não julgar

o conteúdo do pensamento que é expresso e pensar a respeito do que está sendo dito, e ainda, é importante tentar entender o que está sendo transmitido por meio da observação da comunicação não-verbal e paraverbal. O sucesso do relacionamento entre profissional de saúde e paciente depende da habilidade de saber ouvir, associado ao uso terapêutico do silêncio. O uso do silêncio requer do profissional paciência para poder transmitir ao paciente a idéia de estar atento e pronto para ouvi-lo. O paciente, ao sentir-se aceito, respeitado e valorizado como pessoa, tende a experimentar segurança e confiança, e a comunicar o que sente (TRAVELBEE, 1979; 1982; STEFANELLI; CARVALHO, 2005).

O conceito de relação interpessoal foi descrito pelos participantes como qualquer relação que se estabelece entre pessoas, sendo elas do meio familiar, social ou de trabalho. Descrevem, ainda, que ela se estabelece a partir da comunicação verbal e não-verbal, podendo ser de boa ou má qualidade.

Neste conceito, foi necessário diferenciar uma relação interpessoal de uma interação terapêutica, salientando que essa deve ter objetivos definidos e ser planejada pelo profissional de saúde, o qual se utiliza de técnicas de comunicação terapêutica para seu estabelecimento, manutenção e término. Concordo com Kantorski *et al.*; (2005, p.322) quando afirmam que o relacionamento terapêutico é um “contrato” de envolvimento entre o profissional e a pessoa com doença mental/família, que permite reconhecer a singularidade de cada ser humano, suas relações sociais, perspectivas, fragilidades e potencialidades, bem como “possibilita o resgate da autoconfiança, da autovalorização e reinserção no mundo externo”.

Durante a apresentação dos conceitos pelos grupos surgiu a partir dos participantes a discussão se aquelas construções representavam o cotidiano do trabalho na Instituição, ou conceitos que eles idealizavam. Entretanto, foi lembrado o acordo realizado no início dos Encontros, de que se tratava de uma proposta de reflexão da prática do cuidado desenvolvido naquela Instituição por seus diferentes trabalhadores, com a finalidade da construção de um marco de referência. Porquanto, as discussões expressam as reflexões realizadas a respeito da vivência.

Finalizado o primeiro momento, o qual denominei *processo de construção individual* - em que os participantes fizeram registros a respeito dos conceitos por eles eleitos para discutir neste estudo, passo a descrever o segundo momento, *processo de construção grupal*, no qual os sujeitos realizaram discussões, reflexões

e registros em grupos, formados de acordo com cada categoria profissional, cargo/ocupação.

#### 4.3. 2 O processo de construção grupal

Momento que teve como finalidade fazer uma discussão grupal dos pontos-chave - conceitos eleitos pelos participantes na segunda etapa do método do Arco. Para o desenvolvimento das atividades, solicitei aos participantes que formassem grupos de acordo com a cor do papel sulfite no qual eles tinham feito seus registros individuais. Inicialmente, havia três grupos: os participantes que possuíam papel verde compunham o grupo Enfermagem, os que possuíam papel amarelo compunham o grupo de Técnicos/Demais Profissionais e os de papel rosa formavam o grupo de Rede de Apoio/ Demais Trabalhadores. Os participantes que possuíam a mesma cor de papel se reuniam. Entretanto, quando o grupo ultrapassava o número de oito sugeria a divisão em dois ou mais grupos, de forma que o número não ultrapassasse a oito.

O objetivo dessa divisão era manter grupos pequenos, de três a oito, para uma melhor participação, valorização, compartilhamento de idéias na discussão de cada conceito/pontos-chave. Seguindo essa dinâmica em todos os Encontros, resultou em 14<sup>4</sup> grupos que discutiram cada conceito. Entretanto, a quantidade de participantes dos grupos foi desigual, influenciada pelo número de pessoas de acordo com cada categoria profissional e cargo ocupado, e pelo esquema de plantão adotado na Instituição. Após terem formados os grupos, solicitei que compartilhassem entre eles o conteúdo que haviam registrado individualmente e, na seqüência, formulassem um conceito que representasse a idéia do coletivo. Para o desenvolvimento da atividade, ofereci papel cartolina, e durante a realização das mesmas, circulei pela sala esclarecendo as possíveis dúvidas metodológicas.

Após finalizarem essa atividade, cada grupo apresentou o conceito construído para os demais grupos. Na medida em que era feita a apresentação, o grupo afixava o cartaz em um varal de barbante que circundava as paredes da sala. Durante a

---

4 O número total de participantes que iniciaram nos Encontros e, que assinaram o Termo de Consentimento e Ficha de Caracterização dos Sujeitos foi 152 pessoas. Entretanto, destes, alguns não freqüentaram os quatro Encontros, e outros necessitaram se ausentar durante a realização do Encontro. Por isso, houve redução no número total de grupos formados

apresentação, percebi que havia competição nas colocações verbais e não-verbais expressas por alguns participantes. Aproveitei, então, para reafirmar que se tratava de maneiras diferentes de conceber o mesmo conceito e da possibilidade de crescimento individual e coletivo ao promovermos a reflexão. Procurei manter essa prática durante as demais construções, relacionando cada conceito com o cuidado em saúde mental desenvolvido pelos trabalhadores da Instituição e procurando valorizar a experiência de cada participante.

Para garantir a obtenção dos dados e facilitar a análise dos mesmos, com o auxílio de uma bolsista de iniciação científica, enumerei os cartazes de acordo com a categoria profissional/cargo e ocupação dos participantes, gravei os Encontros em fita k7 e registrei relatos e expressões não-verbais percebidas. Após cada Encontro, retirava os cartazes e recolhia os papéis sulfite da produção individual, para serem analisados e fazer um agrupamento das idéias centrais a serem discutidas e validadas pelo grupo nos Encontros seguintes.

Ao término da discussão e construção dos conceitos, em função das expressões de competitividade que havia identificado no trabalho dos grupos, propus a realização da dinâmica “Percepção de Equipe” que tinha como objetivos estimular a percepção do outro, a consciência grupal e demonstrar a importância de cada membro no trabalho de equipe (MIRANDA, 2002). Assim, solicitei que os participantes permanecessem em pé, dispostos em um círculo, abraçados, bem próximos uns aos outros e, de olhos fechados, se movessem para o lado direito, retornassem à posição original e, em seguida, para o lado esquerdo.

Na seqüência, incentivei a expressão da vivência da técnica relacionada com a discussão e construção dos conceitos. Sentindo-me integrante do grupo, confesso que foi difícil encontrar palavras para relatar as expressões dos participantes, que se constituíram em verdadeiro compartilhar de conhecimento, experiência e valorização do ser humano.

Os conceitos elaborados pelos grupos e redigidos nos cartazes durante os Encontros foram agrupados em quadros e são apresentados a seguir (QUADROS 8, 9, 10, 11, 12 e 13).

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	TÉCNICOS / DEMAIS PROFISSIONAIS	TRABALHADORES DA REDE DE APOIO
Profissão que presta assistência ao ser humano de forma integral, visando minimizar o sofrimento, oportunizar melhores condições de vida, aplicando conhecimento e práticas de caráter preventivo, curativo e de reabilitação, respeitando a dignidade e os valores do ser humano.	É a utilização de técnicas que, aliadas a uma visão humanitária, permite a minimização do sofrimento de pessoas, temporária ou permanentemente limitadas por problemas de saúde, bem como o resgate da autonomia para o cuidado, respeitando sua individualidade e sem preconceitos culturais.	Dedicação, vida, amor, ética profissional, dom, segurança, sentimento, preconceito, auxílio, valorização, família.
É uma realização profissional e pessoal principalmente porque se trata de salvar vidas, procurando oferecer um tratamento humanizado com conforto e segurança, atendendo suas necessidades básicas (alimentação, higiene, medicação, cuidados em geral).	É uma profissão que se insere na divisão sociotécnica do trabalho, responsável por responder pela demanda da “questão social” fundada na contradição saúde-doença. É responsável por cuidar da saúde mental e física das pessoas. Abrange tanto o tratamento quanto a prevenção das doenças. Está ligada diretamente ao bem-estar físico e mental das pessoas. A equipe de Enfermagem necessita de um cuidado e de uma atenção especial, considerando que a dedicação aos enfermos traz um significativo desgaste físico, mental e emocional.	É indispensável dentro da equipe que vai tratar do paciente. São pessoas que dedicam horas de suas vidas dando amor e carinho a quem precisa de atenção. Devem fazer o trabalho por amor e não por obrigação. Nós aprendemos com a Enfermagem que trabalha bem. São verdadeiros amigos dos pacientes, dando remédio, cuidando da higiene, orientam o paciente que sai do hospital de cabeça erguida. A Enfermagem deve dar amor e carinho, porém tem aqueles que só trabalham por dinheiro. É fundamental o respeito pelo paciente. É a pessoa mais próxima durante a maior parte do tempo. Portanto, é quem vai perceber a melhora ou a piora do paciente e ajudar ou outros técnicos, colaborando dessa forma no tratamento do paciente.
É uma ciência que estuda as maneiras e métodos de realizar cuidados de enfermagem com os clientes. Visa atender as necessidades biopsicossociais. Ela nos traz um aprendizado no dia a dia com os clientes. Também esclarece que devemos respeitar a individualidade de cada um. É uma profissão que deve ser exercida com muito amor.	Presta serviço na área de saúde atendendo aos cuidados básicos na atenção primária (prevenção), secundário (tratamento) e terciária (acompanhamento da continuidade do tratamento). Tarefas desenvolvidas: executam atividades diretas e de tempo integral com os pacientes; cuidados de higiene; cuidados com alimentação; auxilia e executa o suporte para ações curativas; acompanhamento, administração e checagem de medicação. Faz parte da equipe de assistência multidisciplinar.	Enfermagem para nós é uma profissão muito bonita e importante. Tem um papel bonito, pois está o tempo todo disponível ao paciente, cuidando de sua higiene e bem-estar. É um trabalho que exige paciência, amor, carinho, dedicação e responsabilidade.
É uma arte. É amor, doação, responsabilidade, paciência, ajuda mútua. É dar assistência a quem realmente necessita. Respeito para com o próximo. Dedicação e muito carinho.		É atendimento e conscientização da doença e capacitação na relação do trabalho.
Responsabilidade; afeto; psicologia; ética; ser tolerante; conscientização do papel de enfermagem.		
É uma profissão como outra qualquer, levando em conta suas particularidades próprias do dever do ofício, tendo como base a responsabilidade, a ética e a segurança.		
Respeito ao ser; carinho; dedicação; responsabilidade; saber ouvir; fazer com que o outro se veja; Sobreviver ao stress mental.		

QUADRO 8 – CONCEITOS DE ENFERMAGEM ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO E OCUPAÇÃO

FONTE: O autor (2007)

<b>PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</b>	<b>TÉCNICOS /DEMAIS PROFISSIONAIS</b>	<b>TRABALHADORES DA REDE DE APOIO</b>
É ter respeito com o próximo e ajudar alguém quando necessário. É aquela pessoa que me escuta, que respeita independente de raça, posição social e religião.	Ser único, ímpar, formado através de valores adquiridos da família, da sociedade e da herança genética. Se distingue pela capacidade de ter emoções e inteligência para modificar o meio e cujo grande objetivo é a felicidade.	São pessoas dotas de inteligência, sentimentos com capacidade para tomar decisões, definindo para ele o que é certo e o errado.
Acima de tudo é a imagem e semelhança de Deus. É formado por emoções, sentimentos, desejos, sonhos e que podemos fazer parte dos seus projeto, amenizando seus sofrimentos. É movido por sentimentos, pensa, age e sente dor. É alguém que muitas vezes não aceita a doença e que precisa de estímulo para aceitar o tratamento.	É um ser influenciado por aspectos genéticos, sociais e espirituais capaz de transformar e transcender, formando redes como: família, sociedade, nação. Ser criado por Deus compõe-se de corpo e alma (mente, vontade e emoções) e espírito que são interligados. A singularidade é possibilitada dando-se lugar para a subjetividade de cada um, valorizando as diferentes escolhas e desejos, bem como os diversos papéis sociais.	Ser com sentimentos, emoções, merecedor de ser feliz, de ter oportunidades, poder escolher, sonhar, aprender, realizar. Com direito de comer, vestir, se divertir, ser livre, falar, expressar, expor, ser ouvido no meio em que vive. Tem conhecimento do bem e do mau. Suas escolhas independem do ambiente e convivência. A falta de equilíbrio espiritual e emocional podem determinar suas ações que podem ir a extremos, como um ser amável, humilde e bondoso como também extremamente cruel. Flor de Lótus: para Deus o ser humano é uma flor de Lótus, sai da lama (brota) e se torna algo lindo e com aroma agradável.
É o nosso semelhante biológico; um organismo vivo capaz de raciocínio, julgamento, vínculos afetivos e sociais, apresenta diferenças somente nos sentidos psicológico, social e cultural. Diferenças estas que farão com que ele seja capaz de fazer escolhas para a satisfação de suas necessidades básicas e de prazer, conduzidas por conceitos subjetivos formado ao longo de sua vida afetiva e social.	É um ser bio-psico-sócio-histórico-espiritual, com diversidade de sentimentos, pensamentos e atitudes, e portador de livre-arbítrio.	É uma carga de positividade e negatividade. É uma pessoa que sabe construir ou destruir. É um ser cheio de defeito e de qualidade. Pessoas que erram e acertam. O ser humano é dotado de inteligência, amor e muita fé, embora sendo um animal possui sentimentos: egoísmo, emoção, tristezas, alegrias, esperança e bom senso. O ser humano, nas suas imperfeições, possui a imagem e semelhança de Deus.
É um ser imprevisível em suas ações, com surpresas. Ele tem o poder de se desenvolver, aprender, transformar tudo que se propõe a fazer. O ser humano também tem muitas qualidades e defeitos. É um ser social (não consegue viver só). O ser humano se adapta a qualquer lugar, usando sua inteligência.		
Ele precisa ser ouvido; respeitar e aprender a respeitar; respeito ao sofrimento; resgate social; aprender a falar de si; organização pessoal; consciência e aprender lidar com a doença; Não mentir; entrar no delírio do paciente para trazê-lo à realidade; ética e dignidade (exercício).		O ser humano é uma pessoa única, com pensamentos e atitudes diferenciadas, por isso devemos tratá-los com suas limitações. Todos têm suas qualidades e defeitos. Respeito é importante, independente da função, da posição econômica, social, religião, raça etc.
É ser cidadão responsável pelos seus atos, com suas necessidades básicas, com seus direitos e deveres na comunidade (na família, no trabalho e na sociedade como um todo).		Especial; complicado; individual; difícil; sente ódio, amor; imprevisível é um ser racional e inteligente.

QUADRO 9 - CONCEITOS DE SER HUMANO ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO E OCUPAÇÃO

FONTE: O autor (2007)

<b>PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</b>	<b>TÉCNICOS /DEMAIS PROFISSIONAIS</b>	<b>TRABALHADORES DA REDE DE APOIO</b>
<p>Saúde é bem-estar físico, mental e emocional do indivíduo, incluindo suas capacidades e direito à cidadania e dignidade.</p> <p>Doença é o impedimento temporário ou permanente do desenvolvimento efetivo das capacidades ou funções orgânicas, mentais e /ou emocionais do ser humano, causando danos ou sofrimento e limitando suas ações.</p>	<p>Saúde é a relação individual e/ou social que se estabelece em razão de fatores que definem o bem-estar bio-sócio-psico-espiritual.</p> <p>Doença é perturbação, alteração do equilíbrio bio-psico-sócio-espiritual, interferindo na interação com outros indivíduos, a família e a sociedade. A doença se instala quando o indivíduo não dispõe de recursos adequados para fazer frente a esta mudança.</p>	<p>Saúde é estar bem, condição do corpo e mente em seu estado de perfeita harmonia.</p> <p>Doença é apresentar algum distúrbio ou falta de perfeito funcionamento do nosso corpo. Pode ser visível ou invisível; doenças do coração e da alma; quando já não gostamos de nós mesmos, não se tem vontade de viver. Doenças escondidas no meio em que vivemos fazem mal sem ser em percebidas.</p>
<p>Saúde é bem estar físico, mental e espiritual. Ânimo, feliz.</p> <p>Doença é desânimo, desconforto, sofrimento.</p>	<p>Saúde é o estado de equilíbrio do corpo e da mente.</p> <p>Doença é o desequilíbrio que interfere na qualidade de vida.</p>	<p>É um conjunto de fatores que proporcionam satisfação, tais como: educação, emprego, saneamento básico, moradia, alimentação e lazer. Sem acesso a estes fatores é impossível ter saúde.</p>
<p>Saúde é bem-estar emocional, fisicamente e de bem com a vida. Saúde é alegria, se proteger da doença, manter o controle de tudo.</p> <p>Doença é a pessoa reclamar, precisar de ajuda, é tudo de mal, é não ter controle de nada, é desilusão, fraqueza, hereditariedade.</p>		<p>Doença é o momento em que nos sentimos fragilizados, precisando de carinho, atenção e muitas vezes não temos, pois não é só de medicação que precisamos e sim de tolerância.</p> <p>Saúde é quando estamos bem, nos sentimos realizados, em paz conosco.</p>
<p>Saúde é bem-estar físico, psíquico, social e espiritual.</p> <p>Doença é um problema de saúde que impossibilita a pessoa de viver bem, influenciando todos os aspectos de sua vida, podendo ser detectado através de sinais/sintomas e exames/laudos médicos.</p>		<p>Saúde é algo precioso que todos desejam e precisam para sobreviver, trabalhar, estudar, praticar esportes, passear etc.</p> <p>A doença é uma enfermidade que nos impossibilita de viver a vida intensamente. Devemos ter alguns cuidados para evitar as doenças.</p>
<p>Saúde é um completo bem-estar físico, mental e social.</p> <p>Doença é quando há um desequilíbrio dessas condições onde os meios físicos e externos nos atingem.</p>		<p>Doença é a enfermidade que não tem cura. Aquilo que atrapalha a vida: fraqueza, dor. É ser triste.</p> <p>Saúde é ter uma boa qualidade de vida. Saúde é estar bem consigo mesmo, disposto para tudo. É ser feliz. Saúde é tudo.</p>
<p>Doença é desarmonia do ser: mental, psicossomática, irritabilidade, estresse.</p> <p>Perda da capacidade, mal que afeta o ser humano impossibilitando a capacidade de agir, pensar e realizar seus planos.</p> <p>Saúde é o pleno equilíbrio mental e psicológico e físico. Para isso necessitamos de boa alimentação, moradia, saneamento básico, segurança, liberdade e trabalho.</p> <p>Saúde é bem-estar físico, mental, social.</p>		<p>Saúde é estar se sentindo bem, animada, descontraída, orientada, alegre, estar bem consigo mesma.</p> <p>Doença é estar com dor, mal-estar, desanimado, presença de alguma enfermidade.</p>

QUADRO 10 - CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO E OCUPAÇÃO

FONTE: O autor (2007)

<b>PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</b>	<b>TÉCNICOS /DEMAIS PROFISSIONAIS</b>	<b>TRABALHADORES DA REDE DE APOIO</b>
É onde vivemos, convivemos e nos relacionamos com as pessoas e as coisas à nossa volta. É a relação com a família, vizinhos, amigos colegas de trabalho etc. O ambiente preferencialmente necessita ser coerente e sadio para que possamos nos sentir bem tanto físico como mentalmente. O bom ambiente quem faz é a gente.	É o local, contexto ou situação que nos cerca, seja físico, social, psicológico, cultural, religioso etc. O ambiente tem grande influência sobre o ser humano concorrendo com a educação formal, sendo ela capaz de moderar e/ou mudar o mesmo, positiva ou negativamente.	Local amplo onde podemos desenvolver nosso trabalho com harmonia, respeito e reconhecimento. Local onde a gente se sente bem, no trabalho, em casa, no lazer. Onde podemos estar de bem conosco transmitindo paz. Espaço limitado e/ou ilimitado onde desenvolvemos nossa vida.
É qualquer tipo de recinto em que você está convivendo. Existem vários tipos de ambiente: saudável ou ruim, de trabalho, do lar... o ambiente é a gente que faz, é imprevisível; pode ser leve ou pesado.	É o espaço em que vivemos e desenvolvemos nossas atividades de trabalho, lazer. Está inserido em todos os locais, devendo observar as condições deste ambiente para fazer dele um ambiente saudável físico e mentalmente para a saúde e bem-estar de todos.	Local de trabalho onde é formado por equipe de pessoas com adversidades diferentes, rotinas, deveres em comum, sendo bem distribuído e organizado. Todos trabalhando em harmonia e companheirismo. Assim, nosso local de trabalho será perfeito.
É o local onde vivemos, onde trocamos com o outro, onde sofremos influências e influenciados, onde ensinamos e aprendemos. Pode ser de trabalho, família, cidade ou país e grupo social.	É o meio que compreende o espaço físico, temporal e as condições que o caracterizam. O ambiente é caracterizado pelo conjunto de influências do meio sobre os seres e suas trocas. Essas trocas podem ser: físicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, e estão sempre em mudança.	Para nós é o local onde sempre estamos, quer seja no trabalho, familiar e social. Procurando transmitir algo positivo com troca de idéias com objetivo de melhorar convívios.
É o espaço de convivência familiar, de trabalho e social. Harmônico, saudável, onde depende da atitude de cada um, podendo criar um ambiente saudável ou de conflito. É um espaço que pode ser de trabalho, lar, ou lazer onde a gente convive e se relaciona. Depende do indivíduo para que se torne agradável ou não.		Local de permanência temporária e interpessoal. Qualquer lugar onde possamos estar por determinado tempo. Cada um de nós contribui individualmente, positivamente ou negativamente, para um ambiente em comum.
Limpo, saudável e alegre, pesado ou negativo, onde nos divertimos e moramos, com companheirismo e lealdade. O meu ambiente sou eu que faço.		É nosso local de trabalho, minha casa, onde quer que eu esteja. Quem faz o ambiente ser agradável ou não é a própria pessoa. Ambiente é onde convivemos no nosso dia-a-dia.
É um local (espaço) que pode ser composto por pessoas, objetos, plantas.		

QUADRO 11 - CONCEITOS DE AMBIENTE ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO E OCUPAÇÃO

FONTE: O autor (2007)

<b>PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</b>	<b>TÉCNICOS/DEMAIS PROFISSIONAIS</b>	<b>TRABALHADORES DA REDE DE APOIO</b>
É um conjunto de humanidade, respeito para com nossos colegas em e no ambiente de trabalho, sem individualismo, porque a união faz a força, tendo bom senso e humildade para sempre aprender mais com outras pessoas. Saber ouvir e também saber falar.	É o conjunto de pessoas que estão interligadas com os mais diversos profissionais em áreas distintas para dar atendimento a clientela que deles necessita, procurando sempre um bom relacionamento, de respeito acima de tudo, para realizar um trabalho com dignidade.	Conjunto de pessoas, união de todos, mesmos objetivos, pessoas de diversas áreas. Cada setor é formado por uma equipe de pessoas que buscam o mesmo ideal. Com troca de idéias e união, o trabalho é mais fácil e eficiente. Isto que determina uma equipe: união.
É o conjunto de pessoas que se unem para trabalhar ou realizar uma tarefa com a concordância e ajuda de todos em prol de um objetivo comum. É parceria, é somar e saber partilhar os diferentes potenciais e talentos. É aceitar a colaboração, é receber ajuda e também ajudar. Uma equipe bem entrosada faz a coisa funcionar.	É um conjunto de pessoas que se associam para atingir objetivos comuns. A equipe caracteriza-se por reunir e valorizar diversos tipos de saberes e habilidades sem os quais o objetivo não será atingido e pela adesão de cada um dos membros, o que será manifestado pela ação efetiva esperada. Cada um faz o seu papel.	É um grupo de pessoas que faz um determinado trabalho juntos; e que quer o bem-estar naquilo que fazem, discutem opiniões e chegam à uma conclusão juntos. São as pessoas que trabalham e unidas chegam ao mesmo objetivo.
Um grupo de pessoas que desenvolve um projeto comum, com objetivos claros onde somente a soma dos empenhos individuais consegue com que os objetivos sejam alcançados. Ex: família, trabalho, esporte e governo. Porém, é necessário sabedoria para conciliar e respeitar as diferenças. É um conjunto de pessoas onde devemos viver em união. Tendo respeito mútuo para que a sociedade seja beneficiada e a equipe também.	É um grupo de pessoas reunidas em torno de objetivos comuns. Apresentam diferentes idéias, mas são regidas por um código de ética e, às vezes, por um protocolo de funcionamento. Para um adequado andamento do grupo é necessário que seus elementos funcionem de maneira coesa, com integração e dividindo papéis. Características como solidariedade, senso crítico, união, respeito e comunicação enriquecem o desenvolvimento da equipe.	É um grupo de pessoas unidas com dinamismo e responsabilidade para realizar uma atividade, cada um dando sua opinião contribuindo para o sucesso do trabalho proposto. É o G3 [referindo-se ao grupo de trabalho em questão] onde todos são um pouco para formar o muito, ou um pouco mais que será somado aos outros fazendo a diferença.
É um grupo de pessoas que trabalha em conjunto. Várias pessoas de cada profissão (desde faxineiro até médico) que desempenham um trabalho em função do paciente. Deve haver companheirismo, amor pelo próximo, respeito às diferentes opiniões, pois uma andorinha sozinha não faz verão.		É a união de todos com o mesmo objetivo, procurando sempre fazer o correto para o bom desempenho das metas a serem alcançadas. Tendo troca de idéias e divisão de tarefas.
É um conjunto de pessoas que se reúne para elaborar um trabalho ou executar um projeto. Cada um assumindo seu papel, podendo ser temporário ou transitório.		É um grupo de pessoas que participa ou faz parte, em busca de um mesmo objetivo, compartilhando idéias para a realização de algo.
É uma união de todos, é trabalhar em grupo e respeitar o limite do outro. Devemos nos respeitar no mesmo setor, e nos aceitarmos uns aos outros. É um conjunto de pessoas que trabalham por um objetivo em comum.		

QUADRO 12 - CONCEITOS DE EQUIPE ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO E OCUPAÇÃO. PINHAIS, 2007

FONTE: O autor (2007)

<b>PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM</b>	<b>TÉCNICOS/DEMAIS PROFISSIONAIS</b>	<b>TRABALHADORES DA REDE DE APOIO</b>
É a capacidade individual de trocas de idéias, experiências, conhecimentos, espaço com aqueles que nos cercam em todos os ambientes. É o que nos permite viver em sociedade e é um dos pilares do bem-estar no ambiente. É o bom ou mau relacionamento entre as pessoas. Esse relacionamento pode trazer alegria ou tristeza, somar ou subtrair. Um bom relacionamento começa na família e termina na sociedade.	É uma forma de viver em sociedade. São todos os estímulos positivos ou negativos que se estabelecem entre os indivíduos sociais. Destas relações são geradas situações de dependência, dominação, pressão ou liberdade. Relações harmoniosas e positivas criam ambiente social, descontraído e saudável; e relações de dominação criam ambiente social tenso, desconfortável e doentio.	É saber viver as diferenças, entendendo, respeitando a maneira do outro pensar e agir, em casa, com os vizinhos e colegas, sendo amigos nas horas boas e ruins. Essa interação enriquece as pessoas. É também saber lidar com os conflitos, os quais bem trabalhados contribuem muito para o relacionamento.
É uma situação em que nos relacionamos com as pessoas que fazem parte do nosso convívio mais direto, que fazem parte do nosso relacionamento, incluindo familiares, colegas e meio social.	É a possibilidade do sujeito de estabelecer ligações com seus semelhantes, trocando conhecimentos, percepções, afetos e experiências.	Em primeiro lugar, vem de uma grande amizade. Uma convivência agradável, como por exemplo marido e mulher, filhos, família, amigos... Ouvir as pessoas e pedir opinião, ajuda, ou pedir ajuda quando necessário.
É um conjunto onde predomina respeito, amor, amizade, comunicação, compreensão, ser alegre, cordial, tranquilidade, convivência, união, ajuda mútua para um mesmo fim como aqui, o centro é o paciente.	É o estabelecimento de vínculos ou comunhão de idéias, pensamentos e sentimentos entre as pessoas. É a necessidade de um convívio para formar uma sociedade comum, respeitando as diferenças.	É o relacionamento entre as pessoas no dia-a-dia, onde abrange aspectos do trabalho, familiar, amizade, amoroso etc. Procuramos demonstrar nossas qualidades e caráter; independe da raça, cor, religião e posição social.
As relações são uma busca de diálogo entre as pessoas e depende de cada uma delas, do momento, da cultura. Exige respeito, compreensão, saber ouvir, respeitar a expressão do outro, ter comunicação e ética, utilizando bom senso. Independe da raça ou cor, são situações que caracteriza o referencial do ser humano.		União de pensamentos, amizade, respeito mútuo, sentimento fraterno, confiança. É buscar o respeito, é a compreensão na sociedade em que vivemos, respeitando a individualidade e as limitações de cada um, não observando cor, raça, religião e posição social. Relacionando de maneira adequada.
É a troca entre as pessoas, é a convivência. Para ser boa, a relação interpessoal deve ser provida de equilíbrio, sensatez, respeito e cordialidade. Num relacionamento humano sadio, nos mais diferentes ambientes, ninguém pode ser o dono da verdade. É preciso saber ouvir e aceitar os limites dos outros e os seus próprios, aceitando e partilhando as diferenças para que ela seja agradável a todos.		É a convivência temporária ou permanente de pessoas de diferentes personalidades, onde algumas se relacionam bem, outras não. Compartilham as mesmas idéias, mas devem, mesmo assim, respeitar-se para uma convivência harmoniosa e saudável.
É o contato com outras pessoas que pode ser verbal ou não verbal, harmonioso, baseado no respeito, onde, a partir dessa relação, poderá haver troca de idéias e valores. Acontece em casa, na família, no trabalho. Relação entre pessoas em que há respeito mútuo, carinho, humildade, paciência, amizade, valorização do ser humano.		

QUADRO 13 - CONCEITOS DE RELAÇÃO INTERPESSOAL ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES CONFORME CATEGORIA PROFISSIONAL/CARGO E OCUPAÇÃO

FONTE: O autor (2007)

Para finalizar a terceira etapa do método do Arco, que culminou com as construções grupais dos conceitos escolhidos para serem discutidos neste estudo, projetei em data show uma mensagem denominada “Bambu Chinês”, de autor desconhecido, que comenta a respeito da necessidade das pessoas nutrirem com paciência, persistência e flexibilidade os objetivos propostos para vida pessoal e profissional, mesmo que os resultados não apareçam imediatamente. Com esta mensagem objetivei manter o estímulo aos participantes para a reflexão e discussão dos conceitos, assim procurei relacionar a mesma com a vivência que ocorreu nos Encontros, enfatizando que cada passo percorrido depende do esforço e determinação de cada um na condução à obtenção de um objetivo maior pelo grupo.

Após a construção grupal, procedi a teorização dos conceitos à Luz da Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, complementando com outros autores. Também exibi um filme de curta duração, intitulado “Uma Equipe de Primeira” (TEAMWORK, sd) o qual relata uma reportagem realizada por uma jornalista a respeito do trabalho de uma equipe em uma instituição hospitalar. Naquele momento, os participantes associaram cenas do filme ao dia-a-dia da equipe da Instituição campo deste estudo, reforçaram aspectos por eles considerados positivos e/ou facilidades e discutiram os negativos e/ou dificuldades.

Ao finalizar a terceira etapa do método do Arco com os participantes fiz as reflexões, que para mim como pesquisadora esta etapa constitui-se no estudo teórico, que resultou na elaboração do item de revisão de literatura e do referencial teórico deste estudo, os quais me sustentaram nas discussões para a construção dos conceitos com os participantes o que resultou no Marco de Referência para o cuidado em saúde mental na instituição que apresento no (QUADRO 14, p. 121).

#### 4.4 QUARTA ETAPA DO MÉTODO DO ARCO: ELABORAÇÃO DE PRESSUPOSTOS

Partindo da situação problema deste estudo, elaborada na Primeira Etapa do Arco pelos participantes: como construir o marco de referência para o cuidado em saúde mental, nesta etapa foi elaborado o pressuposto de solução, qual seja a *proposta de construção do marco de referência* para sustentar o cuidado em saúde mental da equipe.

Para mim, como pesquisadora, esta etapa constituiu na busca de possíveis soluções para a situação problema; ou seja, o cuidado de saúde mental realizado sem sustentação teórica, sem reflexão-ação-reflexão, o que resultou na elaboração do pressuposto de que um marco de referência para a equipe de saúde poderá contribuir para a qualidade do cuidado em saúde mental. Respeitando a realidade e as condições da Instituição, buscando a viabilidade do pressuposto de solução, escolhi problematizar a prática dos trabalhadores da instituição à luz do Referencial de Joyce Travelbee, complementado com outros autores.

Percebo neste momento que na quarta etapa do método do Arco acontece a mesma atividade para pesquisadora e participantes do estudo; ou seja, a proposta de construção do marco de referência.

#### 4. 5 QUINTA ETAPA DO MÉTODO DO ARCO: APLICAÇÃO À REALIDADE

Para desenvolver as atividades da quinta e última etapa do método do Arco, a aplicação à realidade, afixei no varal todos os cartazes que continham os conceitos construídos pelos grupos nos Encontros anteriores. Cuidei para manter uma ordem, como por exemplo, todos os conceitos de enfermagem próximos e, assim sucessivamente procedi com os demais. Quando os participantes chegaram, observei que expressavam imensa surpresa em relação à quantidade de material produzido por eles bem como a satisfação em ler o que os colegas de outros grupos e turnos haviam produzido.

Após a acomodação dos participantes e da pactuação com eles de como aconteceriam as atividades deste último Encontro, solicitei que circulassem pela sala para fazer a leitura dos conceitos expressos nos cartazes e que deviam iniciar pelos de enfermagem, dando continuidade na ordem na qual os mesmos foram discutidos e construídos durante o processo.

Na seqüência, apresentei o conceito pré-elaborado por mim a partir das idéias centrais de todos os cartazes dos quatorze grupos e solicitei que lessem e validassem se eu havia conseguido captar o conteúdo expresso pelo conjunto dos conceitos contidos nos cartazes. Houve intensa participação, foram sugeridas inclusões, substituições e exclusões de termos de modo que ao final da etapa, obtivemos um conceito que expressava a concepção daquele grupo.

Devido ao fato de que esse processo se repetiria com os outros sete grupos conforme (QUADRO 7, p. 69), mantinha as modificações nos conceitos destacadas em cores diferentes para serem validadas pelos grupos subsequentes. A cada grupo repetia o processo descrito anteriormente e apresentava primeiro o conceito prévio por mim elaborado, acatava as colaborações do grupo e no andamento, rerepresentava o conceito com as alterações sugeridas pelo grupo que antecedeu, de modo que ao final do Encontro tínhamos o conceito daquele grupo, considerando as contribuições do grupo anterior até culminar no conceito final, após os oito grupos terem vivenciado o mesmo processo.

Ressalto que a atividade desenvolvida anteriormente seguia-se em cada grupo, novamente da teorização à Luz do Referencial de Joyce Travelbee e outros autores, o que gerava novas discussões, sugestão de inclusões, substituições e exclusões a respeito dos conceitos e ainda reflexões da prática do cuidado em saúde mental, culminando neste momento no conceito final do grupo. Esse processo repetiu-se com os conceitos de Enfermagem, Ser humano, Saúde-Doença, Ambiente, Equipe e Relação Interpessoal resultando no MARCO DE REFERÊNCIA, o qual apresento no (QUADRO 14, p.123) a seguir.

Essa etapa da trajetória percorrida por mim como pesquisadora se configurou na prática da construção dos conceitos com os profissionais da instituição, quando apliquei o conhecimento adquirido durante os estudos individuais que realizei, na idealização desta pesquisa, e os advindos dos Encontros, para a discussão com os participantes.

Ressalto que para a construção de um marco de referência há necessidade de haver postura dialética, que se constitui em movimento de ir e vir entre a literatura e a prática executada, para que se possa validar a construção e entrelaçamento dos conceitos com o grupo de participantes. Neste processo de construção, a inter-relação entre os conceitos elaborados e a sua aplicação à realidade é que permitem a cientificidade do cuidado em saúde mental.

PONTOS-CHAVE	CONCEITOS ELABORADOS PELOS PARTICIPANTES
Enfermagem	<p>É arte, ciência e profissão pautada em princípios éticos e legais que visa prevenir doenças, minimizar o sofrimento do ser humano, resgatar a sua autonomia e promover a reabilitação social por meio do cuidado humanizado.</p> <p>Para exercê-la é necessário responsabilidade, observação, amor, respeito à individualidade do ser humano e trabalho em equipe.</p>
Ser humano	<p>É um ser biológico, psicológico, social, histórico, espiritual, cultural, racional, singular (único e imprevisível). Cidadão, capaz de sentir, pensar, agir, aprender, transformar e modificar o meio. Possui livre-arbítrio, o que lhe permite fazer escolhas para a satisfação de suas necessidades e desejos.</p> <p>Seu grande objetivo é a felicidade.</p>
Saúde e doença	<p>Saúde é o bem-estar resultante do equilíbrio entre o estado físico, mental (psíquico) espiritual e social. Para se ter saúde são necessárias algumas condições como trabalho, moradia, segurança, educação, alimentação, saneamento básico, direito à cidadania e liberdade.</p> <p>Doença é desequilíbrio que causa ao ser humano mal-estar, sofrimento, alteração na capacidade de agir, sentir, pensar e realizar seus planos. Manifesta-se por sinais, sintomas e comportamentos.</p>
Ambiente	<p>É o contexto histórico, físico, social, psicológico, cultural, religioso onde se vive, convive e se relaciona. O ambiente sofre influência e é influenciado pelas pessoas e está sempre em transformação. Pode ser ambiente de trabalho, familiar, de lazer, social.</p>
Equipe	<p>Conjunto de pessoas em que cada uma possui um papel e desenvolve funções, com objetivo comum. Uma equipe deve saber compartilhar idéias, valorizar diversos tipos de saberes, talentos, habilidades e potenciais de seus integrantes. As características de uma equipe são respeito, comunicação, bom relacionamento, responsabilidade, solidariedade e união.</p>
Relação interpessoal	<p>É a relação entre pessoas, que se estabelece pela comunicação verbal e não-verbal em que se compartilha idéias, conhecimentos, afetos, percepções. Ela pode ter boa ou má qualidade. Uma boa relação é enriquecedora e exige respeito mútuo, confiança, saber ouvir e aceitar as diferenças, humildade, paciência, sentimento fraterno. Por outro lado, na relação interpessoal pode acontecer situações de dependência, dominação, pressão.</p>

QUADRO 14 – CONCEITOS QUE COMPÕE O MARCO DE REFERÊNCIA PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

FONTE: o autor (2007)



A (FIGURA 1) demonstra, por meio de círculos concêntricos, a inter-relação dos conceitos construídos para o Marco de Referência para o cuidado em Saúde Mental da Instituição: Enfermagem, Ser humano, Saúde-Doença, Ambiente, Equipe e Relação Interpessoal.

A partir do círculo mais interno (**A**), busca-se representar a inter-relação dos conceitos iniciando-se pelo de Equipe e de Enfermagem. O conceito de equipe engloba uma concepção ampliada, que inclui todos os profissionais e trabalhadores da Instituição e nela se insere a equipe de enfermagem.

O cuidado em saúde mental é desenvolvido por esta equipe, cujo foco de atenção é o ser humano, o paciente internado e sua família, representado no segundo círculo (**B**) e permeando todos os círculos ocorre à relação interpessoal (**C**). Esse campo interacional é influenciado pela cultura, crenças, valores, mitos, preconceitos, visão de mundo de cada sujeito.

No último círculo (**D**) está representado o conceito de Ambiente com compreensão de contexto no qual todas as interações entre os sujeitos acontecem e neste, Saúde e Doença é concebido de modo singular para cada um dos envolvidos. Os sujeitos influenciam e são influenciados o tempo todo pelo contexto em que se encontram.

As linhas interrompidas dos círculos internos indicam a permeabilidade entre os conceitos e os sujeitos do campo interacional. O círculo em branco (**E**) com as setas em ambos os sentidos indicam a circularidade e a dinamicidade do processo relacional que ocorre durante o desenvolvimento do cuidado.

#### 4. 6 AVALIAÇÃO DOS ENCONTROS

Após a construção dos conceitos do Marco de Referência procedi à avaliação da vivência dos Encontros que compartilhamos nos dois meses em que pudemos refletir com os trabalhadores acerca da prática do cuidado em saúde mental na Instituição. Para realizar esta avaliação, utilizei a seguinte questão: “comente como foi para você vivenciar estes Encontros” e, livremente, os participantes expressaram suas opiniões, as quais foram registradas em fita K7 e, posteriormente, transcritas para permitir a análise.

Cabe salientar que durante o desenvolvimento dos Encontros os participantes expressavam suas opiniões a respeito destes e esses relatos também foram anotados, gravados e transcritos na íntegra.

Eles consideraram importante a existência deste espaço que lhes permitiu discutir, estudar e repensar a sua prática, pois contribuiu para seu crescimento profissional e também pessoal. Os participantes da Enfermagem e da rede de apoio expressaram que a vivência dos encontros com os trabalhadores de outras áreas e setores de trabalho na Instituição foi significativa e contribuiu para a elaboração dos conceitos e melhor interação entre eles. Também foi explicitado pelos participantes que compuseram o grupo do apoio que se sentiram motivados ao terem sido elogiados pelos colegas de trabalho durante alguns Encontros, e que isto repercutiu como uma terapia ao ouvirem que os demais trabalhadores conheciam e reconheciam seu trabalho e que não eram anônimos na Instituição. Observa-se que os participantes ressaltaram a importância de se sentir como equipe e conhecer o trabalho que é feito como equipe.

*“... todos nós temos mais de 20 anos de trabalho e precisamos passar por reciclagem, até porque nós não vamos voltar para um banco de escola, pelo menos não todos (...) Mas é importante...” (Enfermagem).*

*“Foi bom, fez a gente sonhar. No dia-a-dia a gente vai lembrar do que foi dito aqui, na unidade, a equipe...” (Enfermagem).*

*“... isso é um aprendizado que nunca fica só aqui, a gente leva para fora, para nossa família” (Enfermagem).*

*“... nós ficamos muito sós com a Enfermagem e participar com os outros funcionários, de outros setores foi muito bom essa interação” (Enfermagem).*

*“... todos os conceitos foram bem elaborados porque houve a contribuição de diferentes áreas” (Enfermagem).*

*“... quando comecei a trabalhar aqui, tinha muita gente que [eu] nem conversava... nas aulas até conheci gente de outra área (Apoio).*

*“Vocês mostraram para nós que o nosso trabalho é importante (...) você elogiou (...) eu senti isso” (Apoio).*

*“... as pessoas precisam ser elogiadas. Mas algumas não gostam de ajudar, só vêem defeitos, cada um que se vire com seus problemas. Mas isso é pobreza de espírito” (Apoio).*

*“... para mim, ajudou até como terapia. A opinião dos outros setores, ouvir o que eles achavam de nós, pensava que ninguém ligava, ninguém via e foi muito bom ver o que eles achavam do nosso serviço” (Apoio).*

*“... eu não havia pensado que era um objetivo comum e que cada um tinha o seu papel...” (Apoio).*

*“... esse trabalho me faz lembrar que todos aqui fazem parte do hospital e que cada um tem uma visão de trabalho” (Enfermagem).*

*“... não importa área. Cada um faz um pouquinho, cada um é importante” (Apoio).*

Os relatos apontam para a necessidade de constante atualização frente às transformações tecnológicas e sócio-políticas pode ser viabilizada entre outras formas, por meio da educação permanente ou educação continuada em serviço. Esta tem como objetivo a transformação do processo de trabalho orientado para a melhoria da qualidade do serviço, por meio da reflexão do que está acontecendo e a respeito do que precisa ser transformado (ROCHA, 2005).

O profissional que atua em saúde mental, muitas vezes, vai trabalhar em hospital psiquiátrico ou em outros dispositivos de assistência em saúde mental e se surpreende com o pouco conhecimento específico que possui, vivendo uma situação que dificulta seu ajustamento e, em especial os enfermeiros, que devem ainda concentrar-se nas ações de âmbito burocrático. Além disso, na área da saúde mental a estratégia de educação permanente deve permear os conteúdos do movimento de Reforma Psiquiátrica. Assim, os profissionais necessitam manter-se atualizados em diferentes campos, como por exemplo, genética, neurofisiologia, psicofarmacologia, comunicação e relações humanas, legislações em saúde mental, entre outros (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006).

Importante salientar também que Travelbee (1979; 1982) já referia que um dos fatores que pode interferir no relacionamento interpessoal seria justamente a falta de competência e habilidade dessa temática. Por isso ela sugere que os conhecimentos referentes à área de saúde mental deveriam ser ministrados mais para o final do curso, porque nessa etapa o acadêmico apresenta maior maturidade para apreensão de um conhecimento tão específico.

Para o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores em saúde mental, a educação permanente propiciada pelas instituições apresenta-se como uma alternativa viável para o aprendizado do cuidado em saúde mental. Essa deve

refletir a filosofia da instituição que procura a qualidade do serviço vinculado ao conhecimento especializado do profissional. Para tanto, aprofundar-se no conhecimento a respeito de comunicação humana, comunicação terapêutica para desenvolver a relação interpessoal efetiva é imprescindível à qualidade do cuidar em saúde mental (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006).

Educação permanente é entendida como “aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais”. É feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que os trabalhadores possuem. É imprescindível que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, que considera as necessidades de formação e desenvolvimento dos mesmos, buscando atender às necessidades das pessoas e populações (BRASIL, 2004b, p.10).

Em sua tese, Ribeiro (2005) sugere que para elevar a motivação dos trabalhadores em saúde mental, o relacionamento interpessoal foi relatado como um aspecto do trabalho que pode ser transformado por meio de investimentos na área de recursos humanos e de mudanças na política organizacional. O desejo dos profissionais quanto às mudanças merece atenção, pois proporciona oportunidade para que a motivação do profissional seja refletida no alcance dos objetivos da instituição.

A seguir, demonstro a trajetória percorrida pelos participantes e por mim no desenvolvimento deste estudo, com a utilização do Arco da Problematização.

#### 4.7 REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA TRAJETÓRIA PERCORRIDA COM UTILIZAÇÃO DO ARCO DA PROBLEMATIZAÇÃO

A (FIGURA 2) demonstra a trajetória percorrida na construção dos conceitos utilizando as etapas do Arco da Problematização: observação da realidade e elaboração da situação problema; definição dos pontos chave; teorização; elaboração de pressupostos e aplicação à realidade.

Os conceitos foram construídos de modo dialético e permitiram iniciar transformações no modo de conceber e operacionalizar o cuidado em saúde mental. Ressalto que o pesquisador avançou fazendo a inter-relação dos conceitos, conforme demonstra a (FIGURA 1) resultando na construção de um marco de referência para o cuidado em saúde mental. Entretanto este processo de mudança somente se consolidará com o retorno à Instituição para discutir com os sujeitos deste estudo a operacionalização dos conceitos de modo a efetivar na prática do cuidado o Marco de Referência.

Refletir a respeito da experiência vivida implica em voltar a atenção à metodologia que instruiu o processo de construção. Acredito que a metodologia problematizadora permitiu o pensar a prática, conduzindo para uma reflexão–ação–reflexão a partir das experiências do cotidiano de trabalho contribuindo para a humanização do cuidado prestado.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste momento final, pretendo mostrar as descobertas que fiz em busca de alcançar o objetivo proposto e destacar as principais reflexões realizadas a respeito dos resultados da pesquisa e literatura que deram sustentação e consistência à dissertação. No entanto, não apresento essas reflexões como considerações “finalizadas”, mas “temporárias”, pois, ao rever os resultados, eles podem ser pensados e analisados de outro modo.

Explicitarei na introdução deste trabalho as motivações que despertaram em mim o interesse em ampliar os conhecimentos na área de saúde mental e somado a eles, a vivência nas disciplinas do mestrado, o que resultou em inquietações e na elaboração de um objetivo. Em busca da realização desse objetivo, tornou-se imprescindível ampliar o conhecimento da história da psiquiatria e da saúde mental e do cuidado de enfermagem, o que permitiu compreender e estabelecer consciência crítica das práticas em saúde nesta área na atualidade.

Foram necessárias também leituras, escolha e estudo de um referencial teórico o qual permitiu nortear e sustentar as ações e trajetória deste trabalho, fundamentar e orientar as experiências que os participantes e eu vivenciamos nos Encontros, considerando que os mesmos e a prática do cuidado em saúde mental são dinâmicos. Conforme afirma Kantorski et al. (2006, p.365), “toda proposta de atendimento deve ser embasada em referenciais teórico-metodológicos que subsidiem o cuidado humanizado”.

A construção deste trabalho constitui-se em um aprendizado pessoal e profissional, pois além de pesquisa, de coletar dados, de estudá-los e descrever os resultados, tornou-se uma maneira de olhar o mundo e de viver. Houve a “incorporação” do referencial teórico e metodológico no meu modo de viver e conviver, no estabelecimento de relações, na tomada de consciência da comunicação como elemento fundamental das relações humanas e como resultado disso, da maneira como me comunico, o que permitiu o auto-conhecimento, a auto-aprendizagem, consciente das ações que desenvolvo em minha trajetória de vida pessoal e profissional.

Destaco, também, a convivência com os participantes do estudo, o que permitiu a formação de vínculos afetivos de respeito e confiança, e favoreceu um ambiente harmônico, encorajador, criativo e cooperativo.

Durante os Encontros, percebi a necessidade que a grande maioria dos participantes teve em expressar seus sentimentos, situações cotidianas específicas da prática na Instituição, seus enfrentamentos de conflitos, realizações, alegrias, entre outros. Ficou evidente a percepção quanto à necessidade de educação permanente, de se promover encontros para reflexões e discussões das ações diárias dos profissionais que venham subsidiar o fazer, o pensar e o ser no cuidado em saúde mental.

Penso que os profissionais que atuam em saúde mental necessitam adquirir conhecimentos e habilidades não somente nos contextos/ambientes escolares a respeito de suas práticas profissionais, mas também oportunizar momentos para repensar seu fazer junto aos trabalhadores/profissionais que estão inseridos no mundo de trabalho e, mais precisamente, os que ainda atuam nos hospitais psiquiátricos. Em consonância com as diretrizes da política de atenção em saúde mental, estimulá-los à realização do cuidado efetivo e comprometido com a profissão e com a sociedade.

Compreendo que as transformações na forma de atendimento ao portador de transtorno mental, diante dos princípios da Reforma Psiquiátrica, abrange não somente alterações na estrutura física e na equipe profissional, como também uma transformação no pensamento dessa equipe e na sua forma de agir nesse novo paradigma; ou seja, requer um trabalho interdisciplinar e não a presença de profissional de diferentes disciplinas trabalhando isoladamente. Penso que este trabalho contribuiu neste sentido ao iniciar essa mudança de pensamento a partir da reflexão dos conceitos que resultaram no Marco de Referência. Acredito, ainda, que quando as habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal são desenvolvidas em equipe, permitem percepção da individualidade de cada um de seus membros e, ao mesmo tempo, a formação de um sentimento de coletividade, compreensão e união da equipe.

Compreendo que a participação de trabalhadores de diferentes áreas de conhecimento nos Encontros, tornou-se importante por dois aspectos: primeiro, pela oportunidade dos funcionários conhecerem o trabalho do colega de instituição, e segundo, por estar em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica,

construção de novos fazeres em saúde mental baseados em uma proposta de trabalho interdisciplinar. Também oportunizou aprender a olhar o outro como uma pessoa com diferenças a serem respeitadas, a trabalhar com as divergências e a repensar as relações de poder entre seus membros. Um exemplo que pode ser citado aconteceu na discussão do conceito de saúde-doença. Um grupo apontou que a doença é sempre detectada por exames e laudos médicos. Por meio de expressões de pensamentos, da discussão, das divergências, houve a ampliação do conceito de doença para o enfoque do sofrimento da existência humana.

Em relação à Enfermagem, a área de saúde mental tem exigido maior percepção das necessidades da pessoa com transtorno mental e o enfermeiro deve desenvolver habilidades que lhe possam conferir maior competência para melhor desempenho de suas funções. Neste sentido, insere-se a educação permanente, oportunizando o desenvolvimento de habilidades para o trabalho interdisciplinar, com o foco no cuidado visando o atendimento ao ser humano em todas as suas dimensões (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006).

A responsabilidade do enfermeiro pelo seu processo de atualização constante e da equipe de enfermagem com quem trabalha necessita ser estimulada e valorizada. O ideal seria uma responsabilidade compartilhada entre o enfermeiro e a instituição. Saraceno (1999) comenta que torna-se imprescindível ações contínuas de educação permanente para profissionais da área da saúde mental, família, comunidade, estendendo cada vez mais a noção de responsabilidade, envolvimento e participação social.

É preciso que se construa, no dia-a-dia dos serviços, espaços potenciais de renovação, discussão, reflexão do fazer em saúde mental, o que fornecerá a possibilidade de compartilhar informações entre os trabalhadores, o uso da criatividade, espontaneidade, a construção/desconstrução de novas/velhas utopias no fazer dos trabalhadores para o avanço e consolidação desse novo modelo de atenção em saúde mental.

Na construção dos conceitos que compõem o marco de referência, emergiu durante as discussões a visão que alguns trabalhadores possuem da imagem e da identidade dos profissionais de enfermagem. Neste sentido, considero que este trabalho constituiu-se oportunidade para refletir e discutir com a equipe a respeito da concepção que eles possuem se estendendo ao imaginário da sociedade a respeito da profissão, em especial na área de saúde mental.

Em relação à metodologia problematizadora, acredito que permitiu a construção de um processo educativo-reflexivo que pode contribuir para a humanização do cuidado, a partir da vivência de experiências significativas dos participantes no cotidiano da instituição.

O diálogo estabelecido nos Encontros evidenciou um pensar da equipe a respeito do contexto em que ela está inserida, da relação com a pessoa com transtorno mental, com a instituição, com os colegas e consigo próprio. Possibilitou também que ambos, pesquisadora e participantes se mobilizassem para uma aprendizagem significativa da realidade que é dinâmica e complexa.

O processo de construção do marco de referência propiciou momentos de reflexão da prática do cuidado em saúde mental e de integração entre os participantes que me parecia desgastada naquela Instituição. Foi durante a construção e análise que percebi a inter-relação entre os conceitos, o que sugere que o marco de referência não pode ser visto de forma fragmentada, e tampouco desconectado da realidade, de forma que possa contemplar a complexidade desta.

Sugiro que se dê continuidade aos estudos críticos da aplicação da metodologia problematizadora que possibilitou encontrar uma solução à situação problema elaborada, buscando alternativas para melhorar a qualidade do cuidado efetuado e aproximando os participantes do processo na busca da responsabilidade.

Ressalto que outra contribuição desse processo foi confirmada pela solicitação pela direção geral do Hospital, de continuidade do trabalho, por meio de discussões de temas específicos da área de saúde mental, em forma de educação permanente, que a Instituição denomina de capacitações.

Com esta experiência considero imprescindível a realização de pesquisas na área de saúde mental, tanto nos novos dispositivos de atenção como nos hospitais psiquiátricos, em busca de contribuir para cuidado de enfermagem embasado na cientificidade e no trabalho em equipe interdisciplinar. Acredito que é pelo diálogo, pela educação mútua que emergem constructos de um cuidar humanizado e de uma enfermagem qualificada. Assim, sugiro a continuidade deste trabalho mediante o retorno à Instituição campo de prática para discutir os conceitos e efetivar a construção do marco de referência mantendo-se o enfoque dialético.

Além disso, penso que este estudo inspira reflexões a respeito do ensino dos profissionais da enfermagem, auxiliares, técnicos e enfermeiros, e equipe de saúde, para um enfoque humanista, com atividades de autoconhecimento e conhecimento

do outro associadas a aspectos técnicos, em consonância ao novo paradigma das políticas atuais de saúde mental no país.

Compreendo que este trabalho não se encerra por aqui, pois além de apontar caminhos para outras pesquisas, possibilita intervenções na realidade estudada, dependendo da perspectiva de ações dos trabalhadores da instituição face à pessoa com doença mental e ao conjunto de seu trabalho; mais especificamente na manutenção do diálogo constante entre a instituição e a Universidade, com enfoque na qualidade do serviço em saúde mental.

## REFERÊNCIAS

1. AMARANTE, P. **Loucura, cultura e subjetividade**: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S.(org.) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo. Lemos editorial, 1997. p.163-185.
2. \_\_\_\_\_. P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
3. \_\_\_\_\_. P. (Coord). **Saúde Mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ,EAD/FIOCRUZ, 2003a.
4. \_\_\_\_\_. P. (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (org.) **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003b. p.45-65.
5. \_\_\_\_\_. P. Rumo ao fim dos manicômios. **Rev. Mente&Cérebro**, Ed. Duetto, setembro, p.30-35, 2006.
6. AREJANO, C.B. **Reforma Psiquiátrica**: uma analítica das relações de poder nos serviços de atenção à saúde mental. 228f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
7. BERBEL, N.A.N **A problematização e a aprendizagem baseada em problemas**: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.2, n.2, 1998.
8. \_\_\_\_\_.(org.) **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações. Londrina: Ed. Uel, 1999.
9. BORDENAVE, J.D., PEREIRA, A.M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 23ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
10. BRAGA, V. **A enfermagem e a disciplina enfermagem psiquiátrica**: visão da aluna. 137f..Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº. 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar da saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº. 238, 16 dez. 1994, Seção 1, p.19801.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília: MS, 1996.

13. BRASIL. **Portaria nº. 106** de 11 de fevereiro de 2000. Cria os serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento aos portadores de transtornos mentais. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2007.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10216 de 06/04/2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.inverso.org.br>. Acesso em 14/10/2006.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº. 251. 2002a. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede SUS e dá outras providências. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>. Acesso em: 17de nov. 2006.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº. 189 de 22 de março de 2002b Estabelece incluir a tabela de procedimentos de acolhimento a pacientes de Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, nº.56, 22 mar. 2002, Seção 1.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº. 336 de 19 de fevereiro de 2002c. Define diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>. Acesso em: 17de nov. 2006.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Secretaria de Atenção à Saúde**. 5ª. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 17 de nov. 2006.
19. BRASIL. **Portaria nº. 198** de 13 de fevereiro de 2004b. Institui a Política Nacional de Educação Permanente do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: 2004c.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados**. Ano1,n.2, jan-jul, 2006. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2007.
22. 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, 2007, 85.

23. CARRARO, T.E. Marco conceitual: subsídio para a assistência de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.3, n.2, p.105-108, jul/dez, 1998.
24. CARVALHO, MB, FELLI, VEA. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v.14, n.1, p.61-9, 2006.
25. CELICH, K.L.S. **Dimensões do processo de cuidar**: a visão das enfermeiras. 1ª. ed. Rio de Janeiro: EBU, 2004.
26. CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: **descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. (Coord.) Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
27. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.
28. COSTA, E. **Problematizando para humanizar**: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria psiquiátrica. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
29. \_\_\_\_\_, E (org.). **Manual de Enfermagem psiquiátrica**: gerenciamento e cuidado. Florianópolis: IPQ/SC, 2005.
30. DORNELLES, E., MAYER, D.C.; MOSTARDEIRO, S.C.T.S. Sensibilização da equipe de enfermagem para o cuidado humanizado. In: **Interfaces do cuidado e do trabalho na enfermagem**. Santa Maria: FACOS-UFSM, 2005.
31. EXUPÉRY, A. de SAINT (1900-1944). **O pequeno Príncipe**. 24 ed. Rio de Janeiro: Agir, 1982.
32. FALLEIROS, M.N.R.B. **Travessia para o amanhã**: relacionamento terapêutico com o doente mental crônico. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.
33. FONSECA, A.L.N. **O cuidado transpessoal de enfermagem ao portador de transtorno mental e sua família**: uma contribuição para a reinserção social. Dissertação. (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.
34. FOUCAULT, M. **História da Loucura**. 6ª.ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.
35. FRANKL, V.E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. 24ª. ed. São Leopoldo, Sinodal. Petrópolis, Editora Vozes, 2007.

36. GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
37. GEOVANINI, T. *et al.* **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 2ª. ed. Ed. Revinter. Rio de Janeiro, 2002.
38. GIRADE, M.G.; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev Esc Enferm USP**. v.40, n.1, p.105-10, 2006.
39. GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4ª. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.
40. GULJOR, A.P.F. **Os Centros de Atenção Psicossocial**: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em Saúde Mental. Rio de Janeiro, 2003. 197fls. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
41. JORGE, M.S.B.; MACÊDO, A.M.B. Concepções de loucura e sua influência na prática psiquiátrica. In: **Saúde mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Editorial Lemos, 2000.
42. KANTORSKI, L.P.; MACHADO, A.T.; OLIVEIRA, C.A. Centro de Atenção Psicossocial: reinventando o cuidado em saúde mental. **Rev. Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p.233-43, 2000.
43. KANTORSKI, L.P.; SILVA, G.B **Ensino da Enfermagem e a reforma psiquiátrica**. Pelotas: Ed. Universitária/UEPel, 2001.
44. KANTORSKI, L.P.; SAEKI, T.; MACHADO, M.P.S; SILVA, L.M. Maria Aparecida Minzoni: in memoriam. **Rev. Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 14, n.4, p.537-43, 2005.
45. KIRSCHBAUM, D.I.R.; PAULA, F.K.C. Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.36, n.2, p.170-6, 2002.
46. LACERDA, M.R. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto familiar**. Florianópolis, Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.
47. LEITE, S.M.S. **Equipe de enfermagem**: concepções sobre o paciente psiquiátrico, a doença mental e a assistência de enfermagem. 2002. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo/USP, Ribeirão Preto.
48. LEOPARDI, M.T. **Teoria e Método em Assistência de Enfermagem**. 2ª.ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

49. MAIA, R.F.; PAVARINI, S.C.I. O processo de enfermagem na psiquiatria: a percepção de enfermeiros de uma instituição de moradia asilar: **Acta Paul. Enf.** São Paulo, v.5, n.14, p.55-65, 2002.
50. MAFTUM, M.A. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná.** 151f. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
51. MAFTUM, M. A.; CANABRAVA, D. S.; BORILLE, D.C.; MAX, C. G. A.; GAZETA, L.R.K.; SOARES, R.D.; BRUSAMARELLO, T. O contexto histórico social e político da assistência em saúde mental no Brasil, Paraná e Curitiba: dos primórdios de sua organização até a atualidade. In: 14º EVINCI - Evento de iniciação científica: formando um cientista, 2006, Curitiba. Livro de Resumos: Editora da UFPR, 2006. p. 402.
52. MARROCA, M. **Contenção física a pacientes de uma instituição psiquiátrica de internação integral:** a inserção dos profissionais de enfermagem. 76fls. (Monografia de graduação). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.
53. MANZOLLI, M.C. Certezas e dúvidas, realização profissional. In: **Enfermagem psiquiátrica:** da enfermagem psiquiátrica à saúde mental. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996, p.116-125.
54. MELLO, R. A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. **Rev de Enfermagem.** UFRJ, v.13, p.390-5, 2005.
55. MEIRELLES, B.H.S; ERDMANN, A.L. A interdisciplinariedade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Rev. Texto e Contexto**, v.13, n.3, Florianópolis, 2005.
56. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 8ª. ed., 2004.
57. MIRANDA, C.L. **O parentesco imaginário:** história social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Ed. Cortez; Rio de Janeiro: Ed. Da UFRJ, 1994.
58. MIRANDA, S. **Oficina de dinâmica de grupo para empresas, escolas, grupos comunitários.** v.2, Campinas: SP, Papirus, 2002.
59. NAUDERER, T.M; LIMA, M.A. D. S. Imagem da enfermeira: revisão de literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v.58, n.1, p.4-7. Brasília, 2005.
60. OGATA, M.N.; FUREGATO, A.R.; SAEKI, T. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. **Rev Nursing.** Maio, 2000.

61. OLIVEIRA, A.G.B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n.3. Ribeirão Preto, 2003.
62. OLIVEIRA, B.G.R.B. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. **Texto & Contexto Enferm.**, v.15, n.1, p.60-7. Florianópolis, 2006.
63. PAGANINI, M.C. **Humanização da prática pelo cuidado**: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas. 128 f. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1998.
64. PARANÁ. Lei 11.189 de 09 de novembro de 1995. Dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cidadãos com transtornos mentais. **Diário Oficial do Estado do Paraná**, Curitiba, n.4632, p.76-77.
65. PARANÁ. Resolução CES/PR n.15 de 13 de setembro de 2000. Considerar como data comemorativa, o “Dia Estadual de Saúde Mental”, no dia 02 de maio. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br.htm>. Acesso em: 25 abr. 2007.
66. PARANÁ. CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ, 2006. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br.htm>. Acesso em: 25 abr. 2007.
67. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**. v.35, n.1, p.103-9, São Paulo, 2001.
68. PEREIRA, MA; LABATE, R.C; FARIAS, F.L.R. Refletindo a evolução histórica da enfermagem psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.11, n.3, p.52-59, 1998.
69. PITIÁ, A.C.A. **O Enfermeiro e seu cotidiano**: cenas de um manicômio. 110f. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1997.
70. PITTA, A.(org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.
71. POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Trad. Ana Thorell 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
72. PONTA GROSSA. **A psiquiatria em Ponta Grossa**: um depoimento pessoal. Jornal A república. Curitiba, 1995.

73. RIBEIRO, M.I.L.C. **A teoria, a percepção e a prática do relacionamento interpessoal**. 106f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
74. ROCHA, R.M. **Enfermagem Psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia. Ed. Te Corá, 1994.
75. ROCHA, R.M. **Enfermagem em saúde mental**. 2ª.ed. atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2005.
76. RODRIGUES, J.; SCÓZ, T.M.X. Muros nas mentes: obstáculo da reforma psiquiátrica. **Rev. Nursing**. São Paulo, v.65, n.6, p.29-34, 2003.
77. ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D.; NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. 2ª.ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001.
78. SILVEIRA, L.C.; BRAGA, V.A.B. About the concept of madness and its reflexes on mental health care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. July/Aug. v 13, n.4.2005.
79. SPRICIGO, J S. **Desinstitucionalização ou desospitalização: a aplicação do discurso da prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis**. 166f. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.
80. STEFANELLI. M.C.; CARVALHO, E.C (orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.
81. SOUZA, M. C. B. M. S. Ações de enfermagem no cenário do cotidiano de uma instituição psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.11, nº.5, p.678-84, 2003.
82. TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
83. TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 105 f. (Mestrado) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
84. TRAVELBEE, J. **Intervencion en Enfermeira Psiquiatrica: El Proceso de La Relacion de Persona a Persona**. OPAS/OMS. Colômbia, 1ª ed., 1979.
85. \_\_\_\_\_. **Intervencion en Enfermeira Psiquiatrica: El Proceso de La Relacion de Persona a Persona**. OPAS/OMS. Colômbia, 2ª. ed., 1982.
86. TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa qualitativa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

87. WAIDMAN, M.A. **Enfermeira e família: compartilhando o processo de reinserção social do doente mental.** 134f. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.
88. WAIDMAN, M.A.; ELSEEN, I; MARCON, S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Rev. eletrônica de enfermagem.** v.8, n.2, p.282-91, 2006.
89. WALDOW, V.R. **Cuidado Humano. O resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
90. VILLELA, S.C.; SCATENA, M.C.M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. Brasileira Enfermagem Brasília,** v.57, n. 6, p 738-41, 2004.
91. ZERBETTO, S.R. **O trabalho do profissional de enfermagem nos dispositivos de atenção em saúde mental.** 186f. (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1997.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DO**  
**ESTUDO PELA DIREÇÃO DO HOSPITAL**

Curitiba, 20 de julho de 2006.

Prezado(a) Senhor(a),

Venho solicitar a Vossa Senhoria permissão para coletar dados com o objetivo de realizar um trabalho de pesquisa sobre a prática dos profissionais de saúde mental e psiquiátrica. Meu nome é Dayane Carla Borille, enfermeira, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Os dados irão compreender a caracterização da instituição e aspectos relacionados à prática dos profissionais que serão obtidos mediante encontros de educação permanente a serem realizados com a equipe deste hospital após os esclarecimentos necessários e consentimento por escrito no documento próprio.

Para o registro das informações fornecidas pelos profissionais e que serão utilizadas na análise dos dados, pedirei a permissão para gravar em fitas magnéticas das quais resguardarei o sigilo e anonimato.

Concluída a dissertação, proponho-me a disponibilizar cópias na biblioteca da UFPR e também enviar um exemplar a Vossa Senhoria.

Gostaria de poder contar com sua participação e cooperação, pois o êxito deste trabalho dependerá sobremaneira da sua anuência.

Atenciosamente,

Dayane Carla Borille  
COREN-SC 086248

Ciente e de acordo com a solicitação.

Pinhais-PR, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ao Sr. ....

D.D. Diretor do Hospital.....

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### RES.196/96

Você está sendo convidado a participar de um estudo a respeito da **Prática dos profissionais em saúde mental e psiquiátrica**, que está sendo desenvolvido por **Dayane Carla Borille**, aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná – UFPR. É através das pesquisas que ocorrem avanços na área da saúde, em especial, na área da enfermagem, e sua participação é de fundamental importância.

O **objetivo** desta pesquisa é conhecer como acontece a prática da equipe de enfermagem em saúde mental de uma instituição de internação integral em face da reforma psiquiátrica.

Para tanto, será necessário que você responda algumas perguntas que serão gravadas em fita cassete em encontro para entrevista previamente agendado, e participe nas discussões em grupo, nos quais você relatará informações a respeito da sua prática.

Os **benefícios** esperados não serão financeiros, mas pessoais. Pela sua participação no estudo, você **não** receberá qualquer valor em dinheiro.

O estudo **não envolve riscos**, por se tratar de uma pesquisa em que a coleta de informações acontece por meio de entrevista e encontros para discussão em grupo; você poderá recusar-se em participar da pesquisa a qualquer momento caso sinta-se afetado.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou, se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso afete seu trabalho.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa **não** são de responsabilidade do participante.

Estão garantidas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.

A pesquisadora Dayane Carla Borille, RG 10/R 2.972.405, enfermeira, COREN-SC No. 086248, poderá ser encontrada na cidade de Curitiba, de quarta-feira a sexta-feira, pelo telefone (49) 9981 2283.

Eu, \_\_\_\_\_ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu trabalho. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Pesquisador(a): \_\_\_\_\_