

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

MARIANA LIMA NOGUEIRA

**PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E O PROCESSO DE  
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**

Rio de Janeiro  
Fevereiro 2008

MARIANA LIMA NOGUEIRA

**PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E O PROCESSO DE  
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e a Saúde da População - Conhecimentos, atitudes e práticas em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Florence Romijn Tocantins.

Rio de Janeiro  
Fevereiro 2008

N778A Nogueira, Mariana Lima.  
Prática do enfermeiro em hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no contexto da saúde mental / Mariana Lima Nogueira. – Rio de Janeiro, 2008.  
79p.

Orientador: Florence Romijn Tocantins.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Unidade hospitalar de psiquiatria. 3. Saúde mental – Brasil. 4. Reforma Psiquiátrica. I Tocantins, Florence Romijn. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação. em Enfermagem. III. Mestrado.

CDD – 610.7368

**PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO E O PROCESSO DE  
DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL**

Mariana Lima Nogueira

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: Enfermagem e a Saúde da População: Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em 13 de março de 2008 pela banca examinadora:

---

Prof. Dr. Florence Romijn Tocantins (UNIRIO)

Presidente

---

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante (FIOCRUZ - ENSP)

1º. Examinador

---

Prof. Dr. Alba Lúcia Castelo Branco (UNIRIO)

2º. Examinador

---

Prof. Dr. Ruth Mylius Rocha (UERJ)

Suplente

---

Prof. Dr. Sônia Regina de Souza (UNIRIO)

Suplente

## DEDICATÓRIA

À Sandra Lima, Paulo Cappelli, Alexandre Nogueira, Tatiana Lima, Fabiana Lima, Alexandre L. Nogueira Jr e Isabela Nogueira. Família presente em todos os momentos, que me acompanha com sorrisos, apoio, companheirismo e incentivo.

Às pessoas internadas na instituição manicomial em que atuei, com as quais convivi e aprendi a repensar as práticas em saúde. Pessoas estas que me fizeram refletir sobre as formas de poder, exclusão e controle instituídas na sociedade, constantemente me lembrando de que é agora sempre momento para questionar esse contexto.

Aos enfermeiros que atuam na atenção em saúde mental e que no dia a dia de trabalho, entendem que o foco da assistência de Enfermagem são os sujeitos da atenção, suas histórias e experiências.

## AGRADECIMENTOS

A Prof. Dra. Florence R. Tocantins, orientadora desde a graduação, companheira de caminhada acadêmica e de crescimento profissional, pela dedicação, disponibilidade, investimento e amizade;

Ao Prof. Paulo Duarte de Carvalho Amarante, que durante a disciplina de História dos Saberes e Políticas Públicas de Saúde Mental na ENSP, fomentou reflexões críticas construtivas sobre minha prática profissional;

A CAPES pelo apoio financeiro concedido na vigência da elaboração desta dissertação, ocasião em que fui bolsista;

Aos amigos Gisele Evangelista, Rogério Bittencourt, Thiago Bicchieri, Tiago Braga e Eloísa Solyszko pelo apoio na elaboração desta dissertação, amizade, incentivo e por acreditarem na enfermagem enquanto prática social;

Aos companheiros do cotidiano, formadores no trabalho em saúde mental e amigos: Alessandra Carvalho, Ana Paola Frare, Ana Lucia Lauria, Ana Kely, Fernanda Cox, Franciele Almeida, Carla Barbosa, Carlos Eduardo Honorato, Cíntia Campagnucci, Jairo Sabino, Maria Angélica Carneiro, Maria Cabral, Maria Cristina M. Vidal, Michele Horta, Nilton M. Cardoso, Paulo César, Pedro Cattapan, Renata Estrella, Sandra Frois, e Sheila Prado, Vitor Alceu, Wilma Mascarenhas;

À Fabiana Valadares, companheira de trabalho e amiga: pelas longas conversas e reflexões sobre a dissertação nas idas e vindas do trem, pelas indicações de leituras e receptividade;

Aos funcionários da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, em especial: Márcia e Ignácia, funcionárias da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado e Tilde responsável pela Biblioteca da EEAP: pela disponibilidade e atenção;

Aos integrantes do Grupo de Estudos de Alfred Schutz – GEAS, pelas trocas de pensamento e construção de conhecimento em Enfermagem.

NOGUEIRA, Mariana Lima. **Prática do enfermeiro em hospital psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no contexto da saúde mental**. 2008. 79f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro - RJ. 2008.

## RESUMO

A Reforma Psiquiátrica - enquanto processo social - subsidia a reformulação de práticas na atenção à saúde mental, novos paradigmas de entendimento da loucura, a inclusão da questão da cidadania de pessoas que possuem sofrimento psíquico, a instauração de novos dispositivos de tratamento e a formulação das políticas públicas. Este processo implica a utilização da estratégia de desinstitucionalização no contexto de atenção à saúde mental. A desinstitucionalização pode ser entendida como um dos fundamentos teóricos para uma prática profissional transformadora de realidades institucionais e de relações interpessoais entre profissional e paciente. Da experiência profissional de atuação, junto a uma equipe de saúde, em uma instituição psiquiátrica emergiram diversas questões relacionadas à atuação do enfermeiro junto às necessidades de saúde dos sujeitos internados. Problematizando a atuação do enfermeiro no cenário de internação em saúde mental, este estudo tem por objetivos: Identificar a concepção de necessidades de saúde que fundamenta a prática do enfermeiro que atua em hospitais psiquiátricos e; Analisar a prática do enfermeiro tendo por referência o processo de desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Foram entrevistados 10 enfermeiros em dois hospitais psiquiátricos localizados no município do Rio de Janeiro - RJ. Para coleta de informações foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado, fundamentado na Fenomenologia Sociológica de Schutz. Verificou-se que a prática do enfermeiro em hospital é desenvolvida voltada para os clientes internados mediante atividades diretas e indiretas. Há o predomínio de atividades administrativas em detrimento de ações junto à clientela internada. A partir da análise fenomenológica dos depoimentos dos entrevistados constatou-se que o típico da ação do enfermeiro que atua em hospital psiquiátrico junto a pessoas internadas caracteriza-se por estabelecer uma relação social com o paciente internado. Identifica-se assim que o enfermeiro concebe o paciente em tratamento enquanto sujeito psico-social que necessita estabelecer uma relação, porém fundamenta sua prática em uma concepção biológica de necessidades de saúde. Contudo entende-se que, para exercer uma práxis junto aos clientes internados em hospital psiquiátrico, o enfermeiro deve problematizar sua prática revendo sua concepção de necessidade de saúde. A proposta da desinstitucionalização articula-se com a concepção de necessidades de saúde na perspectiva de direito social, de bem

estar individual e coletivo. Destaca-se que a ação do enfermeiro, no contexto da atenção a saúde mental, deve ter como fundamento a desinstitucionalização, enquanto um processo que perpassa o reconhecimento da subjetividade do usuário do serviço de saúde mental, o estabelecimento de relações dialógicas entre/com pessoas em sofrimento psíquico, além de sua inserção no mundo da vida.

Palavras-chaves: Enfermagem Psiquiátrica; Unidade Hospitalar de Psiquiatria; Saúde mental – Brasil; Reforma Psiquiátrica

NOGUEIRA, Mariana Lima. **Nurse's practice in psychiatric hospital and the process of deinstitutionalization in the context of mental health**. 2008. 79f. Dissertation (Master in Nursing) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro. 2008.

### ABSTRACT

The Brazilian Psychiatric Reform - as a social process - subsidizes the recasting of practices in the mental health care, new paradigms for understanding madness, the inclusion of the issue of citizenship of people who have mental suffering, the introduction of new treatment devices and the formulation of public policies. This process involves the use of the deinstitutionalization strategy in the context of mental health attention. Deinstitutionalization can be seen as one of the theoretical foundations for a professional transforming practice of institutional realities and interpersonal relations between professional and patient. Having as starting point professional experience with a health team in a psychiatric institution, various issues emerged related to the role of nurses related to health needs of the hospitalized persons. Stating as problematic the role of nurses in mental health hospital settings, this study has the following aims: to identify the conception of health needs which fundaments the nurse practice who works in psychiatric hospitals and, to examine the nurse practice related to the process of deinstitutionalization in the context of the Psychiatric Reform in Brazil. It is a descriptive study with a qualitative approach. With this approach it was interviewed 10 nurses from two psychiatric hospitals located in the municipality of Rio de Janeiro – RJ. For the collection of information it was used a semi-structured interview, based on the phenomenological sociology of Schutz. It was found out that the nurse's practice in psychiatric hospitals is developed aiming interned clients through direct and indirect activities. There is a predominance of administrative activities in detriment of actions with the interned clientele. The phenomenological analysis of the interviews pointed out as typical action of the nurse who works in a psychiatric hospital with people hospitalized as to establish a social relationship with the patient. In this way, it was identified that the nurse conceives the patient being as a psycho-social person who needs to establish a relationship, but their practice is based on a conception of biological health needs. However it is understood that, to pursue praxis closely with the interned clients in psychiatric hospitals, the nurse must problematic his/her practice reviewing their conception of health needs. The proposal of the deinstitutionalization ties in with the conception of health needs in the perspective of social right and of the individual and collective welfare. It is brought out to light that the nurse's action, in the context of mental health care, must be based on the deinstitutionalization, as a

process that recognizes the subjectivity of the user of the service of mental health, the establishment of dialogical relations with mental suffering persons, as their insertion in the world of life.

Keywords: Psychiatric Nursing; Hospital Psychiatric Unit; Mental health – Brazil; Psychiatric Reform.

## SUMÁRIO

CAPÍTULO I – QUESTIONAMENTOS INICIAIS .....	11
CAPÍTULO II - CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA .....	20
2.1 – A Reforma Psiquiátrica e a Desinstitucionalização no Brasil .....	20
2.2 – A inserção do Enfermeiro na Saúde Mental .....	29
2.3 – Necessidades de Saúde e a Prática do Enfermeiro no contexto da saúde mental .....	32
CAPÍTULO III - TRAJETÓRIA DO ESTUDO .....	37
3.1 – Referencial Metodológico .....	39
3.2 – Obtenção dos depoimentos .....	46
CAPÍTULO IV– A PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	48
CAPÍTULO V – A PRÁTICA DO ENFERMEIRO E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	59
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	68
REFERÊNCIAS .....	71
APÊNDICE .....	77
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista .....	78
APÊNDICE B – Consentimento Livre e Esclarecido .....	79

## CAPÍTULO I - QUESTIONAMENTOS INICIAIS

O início de minha trajetória na área de saúde mental deu-se enquanto enfermeira atuando em uma instituição psiquiátrica manicomial. Encontrei-me em um cenário marcado por tensões e disputas de poder que permeavam as relações hierárquicas e coercitivas dos profissionais de saúde sobre os sujeitos internos na instituição.

Neste cenário, coordenei um setor onde havia 54 mulheres internadas. Partindo desta experiência encontrei-me em um cenário com uma clientela diferenciada, pessoas que foram internadas há longos anos (de 5 a 30 anos), algumas vezes sem documentos, sem familiares e ainda, sem qualquer referência de suas histórias e subjetividades.

O manicômio pode ser definido, de acordo com Goffman (2005) como instituição total. Estas instituições caracterizam-se principalmente pela barreira dos internos à relação social com o mundo externo, por proibições de saída como norma institucional e pela estrutura física destes locais (portas trancadas, altos muros em volta da instituição, leitos dispostos em pavilhões construídos como baias...). Considero que neste tipo de instituição total os sujeitos, que ainda estiveram ou estão internos, foram submetidos à experiência da privação da liberdade, do esvaziamento do cotidiano e de anulação de suas subjetividades.

Apesar de reconhecer que existem diferentes instituições totais na sociedade, existe especificidade no manicômio que de acordo com Goffman (2005, p.17) são: “locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade embora de maneira não-intencional”. Esta idéia de periculosidade e de distúrbio da ordem social implicou em práticas asilares arraigadas na história e cotidiano dos manicômios. Assim, essas instituições totais operam na lógica de controle da ordem social de cada momento histórico, excluindo os sujeitos considerados loucos da sociedade.

O manicômio onde atuei havia sido descredenciado da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) através do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH)<sup>1</sup>, contudo ainda mantinha mais de 900 pessoas internadas.

O descredenciamento de uma instituição hospitalar psiquiátrica incita a reflexão acerca das condições as quais as pessoas internadas estão submetidas nestes locais. As práticas que ocorrem nestas instituições manicomialmente vão contra o que preconiza a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948) no que diz respeito aos direitos fundamentais como a liberdade, a dignidade e a igualdade.

Como consequência deste descredenciamento, o Ministério da Saúde e o Ministério Público determinaram que as pessoas que ainda se encontravam internadas naquele manicômio fossem atendidas por uma equipe de profissionais que deveria elaborar projetos terapêuticos individualizados visando à saída do manicômio a partir de altas hospitalares para as famílias ou para residências terapêuticas e a re-inserção em seus territórios de referência. Cabe ressaltar que a desospitalização, a alta hospitalar, era preconizada, mas integrava uma linha de trabalho de desinstitucionalização das práticas manicomialmente.

A equipe de intervenção pretendia atuar junto aos funcionários do manicômio e às famílias dos pacientes. Este trabalho, realizado a partir de reuniões de equipe e reuniões de família, buscava problematizar a situação em que se encontravam aquelas pessoas internas, situação de privação de liberdade e privação de outros direitos humanos, e expor os novos dispositivos de tratamento abordando a reforma psiquiátrica. O trabalho de desinstitucionalização das práticas da equipe e das ações das famílias dos internos se faz extremamente importante para a desconstrução do paradigma das pessoas internadas de “doentes-aprisionados” para “sujeitos-cidadãos”.

---

<sup>1</sup> O PNASH é um programa do Ministério da Saúde (MS) que realiza um diagnóstico da qualidade da assistência psiquiátrica hospitalar e que descredencia hospitais sem qualquer qualidade na assistência à população adscrita (BRASIL, 2005).

Enquanto profissional de saúde integrante da equipe de intervenção da instituição que foi descredenciada do SUS, fui co-responsável pela elaboração de projetos terapêuticos para a re-inserção social e resgate de cidadania das pessoas ainda ali internas, o que incluía entre outros: restabelecimento de vínculos familiares, visitas domiciliares, busca de famílias, retirada de documentos e altas para residências terapêuticas.

Neste contexto tive que lidar com diferentes paradigmas e práticas de alguns profissionais de saúde, já institucionalizados, os quais não concebiam a pessoa internada enquanto ator e sujeito de sua própria saúde, de sua própria vida. Estas práticas implicavam exercício de ações de tutela sobre a existência do outro na instituição manicomial, como: trancar os quartos às 16 horas da tarde para servir o jantar, nomear os pacientes com pseudônimos chulos, impor vestimentas, realizar higiene corporal em várias pessoas ao mesmo tempo utilizando mangueira, entre outros.

Cabe ressaltar que as práticas da equipe de saúde algumas vezes podem perpetuar as práticas asilares quando são realizadas a partir da destituição da autonomia e liberdade dos sujeitos internos. Foucault (2006) sobre esta temática defende que o poder psiquiátrico que permeia as relações na realidade manicomial possui quatro elementos que articulam o regime asilar: “sobrepoder definitivamente posto do lado do outro; jugo da identidade, do nome e da biografia; realidade não real da loucura e realidade do desejo que constitui a realidade da loucura e que a anula como loucura; realidade da necessidade, da troca e do trabalho” (FOUCAULT, 2006, p.219).

O cotidiano institucional que vivenciei manifestava concretamente o poder subjetivo instituído pelo/no manicômio, definido como *poder psiquiátrico*. Para Foucault (2006) o *poder psiquiátrico* pode ser compreendido como uma “luta contra a loucura”, loucura neste contexto concebida como vontade ilimitada e que necessita de direção, de domínio e de subjugamento.

A lógica manicomial que é reproduzida e fomentada pela equipe de “saúde” nas ações assertivas e nas relações interpessoais estabelecidas nas instituições psiquiátricas totais, produzem, no sujeito internado, o despertamento de sua própria vida, a impossibilidade de inscrição e elaboração de sua história. Corroboro com Baptista, Zwarg e Moraes (2003, p.225) quando afirmam que:

Nestes espaços o pertencimento à condição humana é subtraído quando se dissipa a casa – lugar de abrigo dos contatos, da construção de fronteiras indicativas da presença de alteridade – e o amanhã, dimensão do tempo que corre ao lado do desejo e da memória. Sem algo e sem amanhã algo mais é dissipado: a história.

A equipe multiprofissional que atua em manicômios, quando fundamenta suas práticas em autoritarismo e coerção, perpetua a lógica manicomial, capturando do louco sua autonomia e cidadania. Estas práticas são fundamentadas em paradigmas sobre o entendimento do que representa a loucura para a sociedade. Corroboro com Foucault (1978), que não se deve negar a fisiologia e patologia psiquiátrica e se deve atentar para reconhecimento do louco enquanto indivíduo coletivo, atentar que o isolamento pela internação em instituições totais fundamenta-se no entendimento de loucura como desordem social, como algo que necessita ser controlado ou dominado.

Associo esse *poder psiquiátrico* (FOUCAULT, 2006), que permeia as relações, os atos e cotidiano da instituição manicomial, à idéia de Rotelli (2001) que disserta que a instituição manicomial total fundamenta-se na violência, na idéia de loucura como periculosidade social e na totalização de pessoas. Coloca que o objeto da psiquiatria quando é a “doença” torna-se sobreposta no manicômio como o objeto: “periculosidade”. E neste sentido, a ruptura da relação mecânica causa-efeito, sustentada pelo paradigma clínico de doença-cura, torna-se essencial para lidar com a loucura enquanto fenômeno complexo.

No contexto atual de assistência à saúde mental no Brasil, o processo de redução dos leitos em hospitais psiquiátricos e de desinstitucionalização de pessoas com longos períodos

de internação tornou-se política pública de proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento do modelo assistencial (BRASIL, 2005).

O redirecionamento do modelo assistencial implica a criação de novos dispositivos de atenção a pessoas com sofrimento psíquico e a transformação das práticas assistenciais. Com este entendimento, Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p.29) entendem que:

[...] desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como perseguição de solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.

Neste sentido a desinstitucionalização é entendida como um processo que perpassa desde o reconhecimento da subjetividade do usuário do serviço de saúde mental, o estabelecimento de relações dialógicas entre/com pessoas em sofrimento psíquico até o contexto macro-político de formulação de políticas públicas emancipatórias e de inclusão social.

Neste processo incorporam-se os elementos de cidadania, ética, subjetividade e inclusão social. Por isso é de extrema importância que este processo fundamente o agir profissional do Enfermeiro que atua em Saúde Mental.

Na desinstitucionalização a *existência-sofrimento* (ROTELLI, 2001) de um sujeito com o corpo social passa a ser objeto das práticas no contexto de atenção em saúde mental, deixando de procurar a cura para a loucura o desafio torna-se trabalhar junto aos sujeitos sua ressingularização. Mais especificamente desenvolver práticas de/em saúde que objetivem a produção de vida e emancipação e dos sujeitos em sofrimento psíquico.

As instituições manicomiais expressam concretamente o paradigma clínico da loucura como algo que necessita de cura, de domínio, algo que necessita ser confrontado pelos profissionais de saúde.

As instituições manicomiais não são mais entendidas como unidades de tratamento, conforme preconiza as políticas públicas de atenção a saúde mental. Dentre os dispositivos de tratamento têm-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios, hospitais-dia entre outros. Contudo, não se nega a necessidade da internação na área de atenção à saúde mental, para o qual se tem atualmente como cenário, enfermarias em hospitais psiquiátricos.

A proposta de mudança do modelo assistencial em saúde mental implica também a transformação das práticas assistenciais dos diversos profissionais que atuam junto aos sujeitos em sofrimento psíquico e a Enfermagem, enquanto área de conhecimento se faz presente neste cenário. Inicialmente criada para vigiar e disciplinar os sujeitos da atenção (MOREIRA A.;OGUISSO, T., 2005) no contexto do *poder psiquiátrico*, hoje permanece atuando junto a pessoas internadas em hospitais psiquiátricos.

A atuação do enfermeiro envolve a coordenação do trabalho da equipe de auxiliares e técnicos, a relação e assistência direta com os sujeitos da atenção. Desta forma no contexto da Reforma Psiquiátrica, o enfermeiro torna-se importante ator social para desconstrução do paradigma clínico de doença-cura dos problemas mentais. Corroboro com o que defendem Rotelli, Leornardis e Mauri (2001, p.31) quando afirmam que: “Os principais atores do processo de desinstitucionalização são antes de tudo os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos...”.

Segundo Ornellas (1995, p.6), o processo de desinstitucionalização é fundamentalmente: “um processo que se dá entre atores sociais, individuais e coletivos, que

se inserem num contexto social e histórico e que experimentam esse processo através de tensões e concepções, que definem e expressam suas experiências”.

A desinstitucionalização neste sentido, passa a ser entendida como fundamento teórico para uma prática profissional transformadora de realidades institucionais e de relações interpessoais entre profissional e paciente. Entende-se que, além de fundamentar políticas públicas, deve nortear a ação do profissional que atua no contexto da reforma psiquiátrica, no sentido de propor uma terapêutica que acima da doença, focaliza o sujeito e sua inserção social no mundo-da-vida..

A concepção de sujeito que os profissionais de saúde adotam influencia diretamente o agir profissional. No caso específico dos Enfermeiros, este profissional fundamenta sua prática em necessidades de saúde dos sujeitos (COFEN, 2007) assim, torna-se possível tomar *necessidades* de saúde como categoria analítica de sua prática.

O Enfermeiro no contexto de atenção à saúde mental deve avançar de acordo com a proposta de mudança do modelo assistencial, e neste sentido problematizar sua prática para a desconstrução dos princípios de ordem e vigilância junto aos sujeitos assistidos. A reconstrução/reinvenção cotidiana da prática de Enfermagem implica uma prática transformadora de realidade, adequada à proposta de reforma psiquiátrica, ou seja, uma práxis de enfermagem. Segundo Konder (1992, p.115):

A práxis é a atividade concreta pela qual os sujeitos humanos se afirmam no mundo, modificando a realidade objetiva e, para poderem alterá-la, transformando-se a si mesmos. É a ação que, para se aprofundar de maneira mais conseqüente, precisa de reflexão, do autoquestionamento, da teoria; e é a teoria que remete à ação, que enfrenta o desafio de verificar seus acertos e desacertos, cotejando-os com a prática.

Com este entendimento o enfermeiro deve problematizar sua prática a todo o momento, fundamentando-a nas necessidades de saúde dos sujeitos da atenção, refletindo sobre suas

ações e seu potencial transformador de realidades, discursando dialeticamente com o que vem sendo proposto ao nível de políticas públicas.

Considerando estas reflexões tem-se como objeto de estudo: A práxis do enfermeiro e o processo de desinstitucionalização em hospitais psiquiátricos no contexto da reforma psiquiátrica.

O estudo foi desenvolvido tendo por referência os seguintes questionamentos: A prática dos enfermeiros que atuam em hospitais psiquiátricos no contexto da reforma psiquiátrica é subsidiada pela concepção de desinstitucionalização? Qual é a concepção de necessidade de saúde que fundamenta a ação do enfermeiro em hospitais psiquiátricos no contexto da reforma psiquiátrica?

Partindo destes questionamentos, tem-se por finalidade discutir a prática do Enfermeiro que atua em hospitais psiquiátricos tendo por referência o processo de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A prática profissional do enfermeiro desenvolve-se fundamentada numa concepção de necessidades de saúde do sujeito da atenção (TOCANTINS, 1993). Assim tem-se por objetivos:

- Identificar a concepção de necessidades de saúde que fundamenta a prática do enfermeiro que atua em hospitais psiquiátricos;
- Analisar a prática do enfermeiro tendo por referência o processo de desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A temática em questão torna-se relevante pelo fato de possibilitar uma análise reflexiva sobre a inserção do enfermeiro na atenção as pessoas internadas em hospitais psiquiátricos no contexto da reforma psiquiátrica. Esta análise reflexiva contribuirá também de modo importante para propor possíveis ações de enfermagem transformadoras e conseqüentemente, destacar a importância do enfermeiro como co-ator social, participativo na

transformação do modelo de assistência à saúde de pessoas – internadas, com sofrimento psíquico.

Merece destaque que as produções científicas da área de Enfermagem no que se refere a sua prática e a desinstitucionalização ainda é incipiente. A partir de levantamento bibliográfico realizado em bases de dados virtuais (BVS, 2006) constatou-se que as produções focalizam predominantemente a atuação da enfermagem em dispositivos extra-hospitalares como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Residências Terapêuticas (RTs).

Desta forma, aponta-se para a importância do desenvolvimento de estudos de enfermagem em Hospitais psiquiátricos, e conseqüentemente para a produção de conhecimento científico no contexto da Reforma Psiquiátrica.

## **CAPÍTULO II- CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA**

### **2.1- A Reforma Psiquiátrica e a Desinstitucionalização no Brasil.**

Para abordar o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, é importante descrever alguns marcos político-históricos que influenciaram a assistência em saúde mental no país. Contudo, tendo em vista os inúmeros fatos e discussões relevantes acerca da reforma psiquiátrica e de que não é objeto deste estudo realizar uma análise histórica sobre o campo da saúde mental, optou-se por realizar uma aproximação das transformações teóricas/práticas em saúde mental no Brasil apontadas por Machado R. (1978), Engel (2001) e Lougon (2006).

É importante ressaltar que os modos de entender a loucura variam de acordo com o contexto histórico, sócio-político de cada época. Foucault (1978) ao dissertar sobre a loucura na idade clássica evidencia as diferenças de como esse fenômeno é entendido nos séculos nos séculos XVII, XIII e XIX.

Durante a época clássica ou baixa idade média, que compreende o período do século XI ao século XV, os Hospitais gerais e as Santas Casas de Misericórdia eram espaços que recolhiam os que ameaçavam à lei e à ordem social como os leprosos, ladrões, vagabundos, prostitutas e os loucos. A loucura neste período associava-se a desrazão e não a critérios de natureza patológica. A conduta de internamento era vista então como ato de proteção e manutenção da ordem social. Para Foucault (1978) na época clássica a animalidade distinguiria o louco do doente.

A loucura passa a ser entendida como algo de ordem patológica, como doença mental, na virada do século XVIII para o XIX (ENGEL, 2001). A distinção entre o normal e o patológico, por uma ofensiva médica em relação ao louco, inicia-se em meados do século

XIX com a proposta de medicalização e institucionalização da loucura. Neste século marca-se a loucura como objeto médico, entendida como alienação mental (MACHADO R., 1978).

No Brasil entre os anos de 1830 e 1852, as pessoas portadoras de sofrimento psíquico eram entendidas enquanto doentes mentais e assistidas em hospitais gerais e asilos religiosos. Neste contexto as práticas de saúde não eram científicas, mas de cunho assistencialista e caritativa nas Santas Casas de Misericórdia.

No ano de 1830 há uma reivindicação da Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia para a criação de um hospital destinado especificamente aos doentes mentais (LOUGON, 2006) e em 1852 é inaugurado o Hospício de Pedro II.<sup>2</sup>

De acordo com Portocarrero (2002), o saber psiquiátrico brasileiro do século XIX e a fundamentação das práticas no Hospício são “argumentações repetidas” dos alienistas franceses. As idéias básicas de tratamento moral de Esquirol e Pinel fundamentavam-se na subtração do doente de todas as causas que produzem alienação mental, entendidas na época como a família, o meio social e o cotidiano, implicando no isolamento como ação de privação para a tentativa de cura (MACHADO R., 1978).

Para Machado R. (1978) o Hospital Psiquiátrico é concebido medicamente, como parte de um projeto normalizador da medicina na sociedade (medicina social), e como lugar de exercício de ação terapêutica.

A apropriação da loucura como fenômeno patológico pelo saber médico expressa, de acordo com Basaglia (1985), o momento em que os loucos são destinados a um lugar específico de tratamento, os hospícios. Afirma-se a institucionalização da loucura e da medicina, que para além de transformá-la, à época, em saber científico, passa a atuar a partir de relações de poder e de opressão.

---

<sup>2</sup> Do século XVIII ao século XIX a teoria predominante, que subsidiava as ações de saúde era a teoria organicista (MACHADO, 1978).

Com a proclamação da república no Brasil (em 1889) e o projeto de higienização-complexificação dos espaços urbanos, instauram-se diferentes dispositivos de controle, mecanismos disciplinares e excludentes. A justificativa à época era a de assegurar a ordem social de acordo com os anseios da classe dominante (ENGEL, 2001).

Até a proclamação da república apesar dos médicos já estarem inseridos no hospício, as religiosas ou irmãs de caridade, mantinham o controle sobre o Hospício de Pedro II. Após inúmeras denúncias sobre as condições de tratamento instituídas e a proclamação da república ocorre à desvinculação do Hospício à ordem religiosa. O Estado passa a dirigir o Hospício, os médicos ficam no controle e o hospital passa a ter o nome de Hospital Nacional de Alienados (HNA) em 1890. No mesmo período há a criação da Assistência Médico-Legal a Alienados, também sob a direção médica.

Lougon (2006) destaca principais fatos que ocorreram entre os anos de 1890 e 1954, entre eles a constituição do setor assistencial público aos doentes mentais como dever do Estado, a criação da cadeira de clínica psiquiátrica nas Faculdades de Medicina, e fortalecendo a “psiquiatria universitária”, a criação do Instituto Psiquiátrico da Universidade do Brasil (IPUB). Em 1892 há a criação do Pavilhão de Observação do HNA o que proporcionou uma crescente produção de estudos sobre alienação mental (ENGEL, 2001).

Em 1903 Juliano Moreira foi nomeado diretor do HNA sendo o principal ator na modificação da influência do paradigma psiquiátrico brasileiro. Antes a psiquiatria brasileira era subsidiada a partir das idéias da psiquiatria francesa e neste momento, passava a ser influenciado pela psiquiatria alemã – psiquiatria de Kraepelin<sup>3</sup>.

No início do século XX, com a gestão do psiquiatra Juliano Moreira que dirigiu por três décadas a Assistência Médico-Legal a Alienados, inicia-se a criação das primeiras

---

<sup>3</sup> A Teoria Psiquiátrica de Kraepelin possui origem na Alemanha e marca uma mudança conceitual, pois estabelece que os distúrbios psíquicos ocorrem a partir da interação do estado psicológico com as condições fisiológicas do indivíduo. A partir desta teoria admite-se a relação entre causas psicológicas e morais à etiologia da doença mental (PORTOCARRERO, 2002)

colônias de alienados no Brasil, a Colônia de São Bento e a Colônia Conde de Mesquita. Sobre este período Amarante (2007, p.40) disserta que: “[...] logo as colônias mostraram-se iguais aos asilos tradicionais. De uma aldeia de pessoas livres, com a sua própria história e cultura, nasceram instituições asilares de recuperação pelo trabalho”.

As duas grandes Guerras Mundiais provocaram um movimento de reflexão na sociedade sobre a natureza humana (AMARANTE, 2007), o que proporcionou que a sociedade atentasse para as condições de maus-tratos e privação de liberdade de pessoas internas em hospícios. A partir deste período ocorreram algumas experiências de reformas na assistência psiquiátrica.

Devido às inúmeras experiências internacionais de reforma na assistência psiquiátrica, irei destacar as que representaram maior impacto e reconhecimento até os dias atuais de acordo com Amarante (1995) e Rocha (2005). As mais importantes vertentes consideradas como reformas psiquiátricas são: a Comunidade Terapêutica e a Psiquiatria Institucional; a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva; a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática.

A Comunidade Terapêutica e a Psiquiatria Institucional defendiam a idéia de transformação do hospital em espaço terapêutico. Ambas defendiam que o tratamento psiquiátrico deveria se dar dentro da instituição hospitalar. A experiência de Comunidade Terapêutica teve origem na Inglaterra durante e após a segunda guerra mundial quando soldados recebiam tratamento psiquiátrico, investia-se em atividades como reuniões e discussões em grupo. Nesta vertente eram defendidas reformas institucionais para a democratização das relações e dos papéis sociais (AMARANTE, 2007).

A Psiquiatria Institucional tem origem no período pós-guerra na França onde se notou que a relação hierarquizada entre profissionais de saúde e pacientes era prejudicial para ambos. Nesta vertente procurava-se valorizar o acolhimento, a escuta e deu-se início a terapia familiar (ROCHA, 2005) Cabe ressaltar que nesta vertente psiquiátrica não era questionado o

hospital psiquiátrico ou o internamento, esta vertente defendia uma reformulação nas relações intra-institucionais.

Ainda na França outro movimento também emergia a Psiquiatria de setor. A proposta da Psiquiatria de Setor era de redução da importância do hospital apontando para o atendimento extra-hospitalar, foram definidas zonas geográficas (setores) onde um serviço de saúde mental comunitário era instituído para atendimento as questões de saúde mental das famílias da região. O acompanhamento dos pacientes poderia ser realizado pela mesma equipe tanto no hospital quanto nos Centros de Saúde Mental, a assistência deixa de ser atuação exclusiva do médico e passa a ser multiprofissional (AMARANTE, 2007).

Nos Estados Unidos da América surge no final da década de 60 a Psiquiatria Comunitária e Preventiva. Após um censo realizado nos EUA sobre a assistência nos hospitais psiquiátricos, o governo e a sociedade constataam a violência a qual eram submetidos os internos em instituições psiquiátricas. Há então a proposta do governo americano de reformulação da assistência à saúde mental, focalizando a comunidade como espaço terapêutico ao invés do hospital. Neste mesmo período foram elaborados os conceitos de Saúde Pública de prevenção primária, secundária e terciária de Leavell e Clark.

Incorporando os conceitos de prevenção de doenças, surge a Psiquiatria Preventiva a partir do psiquiatra Caplan, o grande complicador dessa proposta era de que houvesse psiquiatrização da vida social, pois não havendo adaptação dos indivíduos aos grupos dominantes qualquer pessoa poderia apresentar um desvio a ser tratado. É importante destacar que no Brasil ocorria neste período uma transformação na assistência de saúde a partir da política higienista, da Liga Brasileira de Higiene Mental, que possuía argumentos de prevenção de patologias, mas que também funcionava como polícia médica, no sentido de manter a ordem social a partir dos interesses da elite na época (ROCHA, 2005).

É no contexto da Psiquiatria Preventiva que surge o termo desinstitucionalização. Inicialmente este termo significava desospitalização, ou seja, a redução do número de pacientes em regime hospitalar com o aumento da oferta de serviços comunitários (LOUGON, 2006).

Outra vertente foi importante para a reforma nos modos de entender a loucura e a psiquiatria. Na Inglaterra durante os anos 50, surge a Antipsiquiatria. Esta teoria afirma que as práticas psiquiátricas são fundamentadas nas ciências naturais e que o hospital psiquiátrico reproduz as relações opressoras e patogênicas da sociedade. Na Antipsiquiatria o sintoma era visto como possibilidade de reorganização do interior do sujeito a partir de sua experiência defendia-se que o tratamento era a própria vivência do sintoma.

A Psiquiatria Democrática que teve como protagonista e idealizador Franco Basaglia ocorreu na Itália em meados de 1960. Com a proposta de negação da psiquiatria, focalizava a desconstrução do manicômio entendendo que esta instituição causava mortificação das pessoas internadas. Este movimento, influenciado também pelas idéias de Foucault e Goffman ocorreu na Itália com o fechamento dos pavilhões psiquiátricos e a criação de dispositivos substitutivos ao manicômio, como a instauração de centros de saúde mental, cooperativas de trabalho e a construção nas cidades de residências para ex-internos (AMARANTE, 2007).

A Reforma Psiquiátrica brasileira iniciou-se em meados da década de 70 (DELGADO apud TENÓRIO, 2001) sendo um processo que critica os efeitos de normatização e controle hospitalar e além, focaliza a questão da cidadania dos loucos. Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica é entendida como processo complexo e um campo heterogêneo que abarca a clínica, a política, os âmbitos social, cultural e político (TENÓRIO, 2001).

Ainda sobre esse processo de mudança paradigmática da assistência à saúde Amarante e Guljor (2005, p.68) defendem que a Reforma Psiquiátrica perpassa também nas relações da sociedade com o fenômeno loucura:

é um processo de transformação estrutural da visão da sociedade sobre a loucura, que abarca não apenas o modelo de cuidado, mas também suas noções sobre a condição social desse sujeito em sofrimento [...] torna-se necessário ampliar o escopo de intervenções para uma efetiva ruptura com valores que há duzentos anos justificam as práticas segregadoras de uma cultura psiquiátrica centrada no manicômio.

O movimento de reforma psiquiátrica caracteriza-se por ser um processo de mudança paradigmática, de práticas e de políticas de saúde. Este movimento possui especificidades dependendo do país, cultura, de origem, cabendo destacar que o movimento da psiquiatria Democrática, liderada por Franco Basaglia influenciou intensamente a Reforma Brasileira.

Nos anos 70 há diversas manifestações de movimentos sociais ao autoritarismo do Estado e críticas também ao caráter privatista de assistência em saúde como política de governo. Essas críticas às políticas de saúde do Estado e propostas alternativas para um sistema de assistência à saúde foi denominado de movimento de Reforma Sanitária<sup>4</sup>.

Neste cenário de reflexão e contestação de práticas equânimes e públicas em saúde, havia diversos espaços de produção deste pensamento crítico. Entre estes espaços em 1976 foi constituído o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes). No interior deste centro emergiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), movimento social que gerou grande repercussão devido às reivindicações trabalhistas, discursos humanitário e luta antimanicomial. Além de reivindicações o MTSM realizou diversas críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque.

Neste campo de ações e lutas sociais diversos atores conferem tensões e enfrentamentos na discussão sobre a Assistência à saúde mental no Brasil, destacam-se o MTSM, a Associação Brasileira de Psiquiatria, a Federação Brasileira de Hospitais

---

<sup>4</sup> Para maiores informações sobre a origem histórica e os objetivos deste importante movimento social brasileiro há o artigo de Santos, N.R Saúde e Democracia: Valeu a Pena! **Revista Olho mágico**. Londrina, v.10, n.3, p.3-10, julho/setembro. 2003.

Psiquiátricos, as Indústrias Farmacêuticas e as Associações de usuários dos serviços de saúde mental e familiares (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007).

A década de 80 marcou a inserção de diversos protagonistas do movimento sanitário no governo a partir da vitória oposicionista nas eleições. Apesar deste avanço as ações instituídas foram basicamente de humanização e moralização do asilo e criação de ambulatorios como alternativa aos hospitais psiquiátricos (TENÓRIO, 2001).

Em 1987 ocorreram dois eventos importantes para a reflexão e divulgação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental.

Com a Reforma Psiquiátrica surge também a re-construção do sentido da desinstitucionalização, que não significa simplesmente o fechamento de instituições que promovem o isolamento e o cuidado asilar dos pacientes, ou a alta hospitalar, mas significa segundo Amarante (2003, p.31): “ construir e inventar novas perspectivas de vida e subjetividade para aqueles mesmos sujeitos e não apenas evoluções e prognósticos da doença mental” pois a institucionalização, conforme afirma Andréa Dip (2006, p.21) tem como resultado “a perda da cidadania, da subjetividade e da autonomia”.

Neste entendimento a desinstitucionalização dos sujeitos submetidos a internações psiquiátricas é entendida enquanto processo. Processo de reconhecimento da singularidade de cada indivíduo por parte da equipe de saúde, de retomada das atividades de vida diária com conseqüente re-inserção dos sujeitos portadores de sofrimento psíquico na sociedade.

A desinstitucionalização, entendendo-a como processo, focaliza para além da doença, o sujeito, sua biografia, projetos de vida e sua inscrição junto ao corpo social. Sobre a desinstitucionalização enquanto processo, Rotelli, Leonardis e Mauri (2001, p.30) dissertam:

[...] o objeto ao invés de ser a doença torna-se a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social, então desinstitucionalização será o processo crítico-prático para a

reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior.

Neste sentido a desinstitucionalização adquire o significado de processo cotidiano, dinâmica que perpassa desde relações interpessoais até a formulação de políticas públicas de saúde mental para quebra do paradigma asilar e utilização de dispositivos, estratégias substitutivas no tratamento e no modo de se relacionar com a pessoa portadora de sofrimento psíquico.

O entendimento sobre doença mental-sofrimento psíquico dos profissionais de saúde interfere diretamente na forma como lidam com os usuários dos serviços de saúde mental e na forma como percebem suas práticas. Ao falar sobre desinstitucionalização Amarante (2003) disserta que é um processo complexo e que para ser pensada e colocada em prática faz-se necessário o envolvimento e mobilização dos usuários dos serviços de saúde mental enquanto atores sociais e protagonistas de suas vidas e a desconstrução do paradigma de doença e cura (problema-solução). O que reafirma práticas de tutela, desqualificação do sujeito, valorizando a doença em detrimento da história de vida.

Prosseguindo com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, numa tentativa de “ênfatar o debate da cidadania na sua relação com a doença mental” (OLIVEIRA A.; ALESSI, 2005) na década de 80 é apresentado o projeto de lei 3.657, de autoria do deputado Paulo Delgado que propunha a substituição progressiva dos manicômios (MACHADO K., 2005). Projeto este que após 12 anos no congresso foi substituído por um projeto do senador Sebastião Rocha, que resultou na lei 10.216 (BRASIL, 2001).

A Lei 10.216, prioriza a adoção de outros dispositivos de assistência (Centros de Atenção Psicossocial- CAPS e Hospitais dias), mas não afirma o fechamento das instituições psiquiátricas. Assim, os hospitais psiquiátricos ainda continuam sendo cenário de atuação da equipe de saúde, incluindo o Enfermeiro, que assiste pessoas neste contexto de

institucionalização que são marcados historicamente por serem cenários onde ocorrem práticas coercitivas, autoritárias e de isolamento social.

## 2.2 – A inserção do Enfermeiro na Saúde Mental.

A inserção do Enfermeiro na Assistência à Saúde Mental no Brasil deu-se no início do século XIX com a chegada de Enfermeiras Francesas ao HNA a pedido do Governo Provisório da república, uma vez que as religiosas haviam saído do poder e administração da instituição.

A saída das irmãs de caridade do HNA ocorreu no período de instauração da república no Brasil e a diminuição do poder da Igreja em relação ao Estado. De acordo com Espírito Santo (2007, p.13):

A saída das Irmãs de Caridade foi permeada pelo confronto entre fatores políticos e institucionais, evidenciando-se, na primeira esfera, a divergência gerada pela separação entre Igreja e Estado enquanto, no âmbito institucional, havia resistência das Irmãs de Caridade em aceitar os novos procedimentos trazidos pelos médicos recém chegados da Europa.

A contratação das enfermeiras Francesas ocorreu não somente para ocupar o lugar das irmãs de caridade, mas também para realizar o treinamento de pessoas leigas para assistir aos alienados. Em 1890, o decreto federal 791 estabelece a criação da primeira escola de enfermagem do Brasil, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), que seguiu o modelo da escola de Salpetriere, França (ROCHA, 1994).

Para instituir essa nova categoria profissional do cenário de atenção a saúde no Brasil tinha-se por referência os modelos assistenciais instituídos na Europa e principalmente as

instituições francesas, que na área da psiquiatria eram entendidas como as mais avançadas devido aos seus renomados profissionais/teóricos como Pinel, Esquirol entre outros.

A medicina francesa no século XIX passou por transformações importantes devido às novas teorias de métodos de assepsia e a instituição da República, após a Revolução Francesa. Segundo Moreira e Oguisso (2005, p.71): a laicização progressiva de instituições como a escola e o hospital – antes demasiadamente submissas à Igreja Católica – diante da revolução sanitária promovida por Pasteur deu um impulso a valorização do saber.

A laicização da Enfermagem em Paris consistiu na expulsão das religiosas de praticamente todos os hospitais de assistência pública elaborando-se um plano de trabalho inicial para a prática de uma enfermagem profissional direcionada para atividades de higiene e vigilância dos pacientes e submissão aos médicos.

É válido ressaltar que apesar deste lugar social de obediência aos médicos, a profissionalização da função de enfermeira não foi somente uma transformação da medicina, mas implicou na modificação do papel social ocupado pela mulher. A respeito da criação da categoria de enfermeira afirmam Moreira e Oguisso (2005):

“[...] não foi apenas produto de uma mutação da medicina, refletia também mudanças profundas na condição feminina. Ser enfermeira era um trabalho de mulher, para o qual ela deveria formar-se e ser remunerada, o que lhe garantia uma posição na sociedade” (MOREIRA; OGUISSO, 2005, p.77).

Na França o caráter profissional das enfermeiras foi caracterizado por atividades domésticas, administrativas e terapêuticas, mantendo o ideal da ordem e limpeza do hospital. As enfermeiras francesas, de Salpêtrière, que vieram para o Brasil em 1890 possuíam três qualidades básicas de sua função: submissão, competência em limpeza e devotamento à profissão (PORTO; AMORIM, 2007).

No Brasil, a profissionalização da Enfermagem surge no contexto de atenção à saúde mental no interior do HNA, onde foi instaurada pela primeira vez no país e na capital da

república no Rio de Janeiro, uma escola de formação de profissionais para atendimento aos pacientes internados na instituição: a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE).

A EPEE criada em 1890 representa o marco da profissionalização da Enfermagem no Brasil e seguiu o modelo psiquiátrico das enfermeiras francesas. O profissional enfermeiro surgiu em primeiro lugar para suprir a falta de pessoal qualificado para a atenção aos doentes do HNA.

Refletindo sobre os dias atuais, durante a formação profissional, na graduação em Enfermagem, o paradigma biológico do processo saúde-doença subsidia grande parte da construção do conhecimento, porém é válido ressaltar que, na área de Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, o foco não é somente a doença ou o corpo, mas também o sujeito, sua subjetividade, e sua relação com a sociedade.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, atuar em hospital psiquiátrico significa pressupor a desconstrução paradigmática de que o louco não deve ser isolado, mas que faz parte da sociedade. Repensar práticas e atitudes enquanto profissional de saúde mental, vivenciar uma realidade onde a saúde deve ser entendida enquanto direito social, e mais especificamente, a enfermagem enquanto transformadora da realidade, valorizando a escuta e reconhecendo o sujeito do cuidado enquanto cidadão. Desta forma a Enfermagem deve ser reconhecida como “prática de relações” (MATUNIOTO; MISHIMA; PINTO, 2001).

A Enfermagem aqui é entendida enquanto prática social que atua não somente sob corpos biológicos, mas junto a sujeitos sociais. Ou seja, reconhecendo que os usuários dos serviços possuem necessidades de saúde, subjetividade e que influenciam e são influenciados pelo contexto sócio-político-histórico em que se encontram inseridos.

Partindo deste entendimento, os Enfermeiros atuam juntos a sujeitos sociais e no atual contexto que a Saúde Mental se encontra – contexto da Reforma Psiquiátrica - é de extrema

importância fundamentar as práticas muito além dos procedimentos ditos técnicos, mas em reflexões-ações pautadas em elementos como a cidadania emancipatória, a ética e a subjetividade (GUIMARAES; MEDEIROS et. all, 2001).

### 2.3 - Necessidades de Saúde e a Prática do Enfermeiro no contexto da saúde mental.

Ao refletir sobre saúde de grupos da população e a relação destes com a Enfermagem, parto do entendimento de que esta área de conhecimento é uma prática social que atua junto a sujeitos coletivos que possuem necessidades de saúde.

Assim entendo que todo sujeito individual faz parte de um grupo social e que suas experiências individuais e coletivas, situações de vida, articulam-se com suas necessidades.

Em sua tese Stotz (1991, p.64) defende que:

A definição de uma necessidade é o resultado do confronto de diferentes perspectivas, colocadas pelos sujeitos individuais e coletivos, resultado tanto mais favorável aos que expressam os interesses das classes, grupos, camadas dominantes, quanto mais a saúde é um direito do indivíduo e da coletividade e um dever do Estado.

Focalizando as necessidades de saúde, torna-se essencial destacar que existem vários entendimentos sobre o termo “saúde”. As ações de saúde são fundamentadas no entendimento do processo saúde-doença dos profissionais que assistem à população e suas práticas podem ser desenvolvidas numa perspectiva biomédica, antropológico-social e/ou social (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

Nestes múltiplos olhares de saúde, na perspectiva antropossocial o ser humano é compreendido a partir de suas experiências vividas, sendo o termo saúde concebido como bem-estar; na perspectiva sociológica, o indivíduo é visto enquanto cidadão com acesso a bens de consumo e a saúde entendida como direito social; com o olhar da área biológica,

saúde é entendida a partir do funcionamento, tanto dos processos fisiológicos do organismo como do indivíduo na sociedade (TOCANTINS; SILVA; PASSOS, 2002).

Estas perspectivas não são necessariamente dicotômicas, podendo estar presente em diferentes momentos e cenários assistenciais como subsidio da prática profissional do enfermeiro junto aos sujeitos da atenção.

Estudar e explicitar as necessidades de saúde da população é contribuir fundamentalmente para a reflexão sobre os contextos teóricos em que estão sendo desenvolvidas estas práticas assistenciais.

Os profissionais de saúde e a clientela com suas necessidades de saúde, a partir da relação social, elaboram um processo de “conhecimento e constituição, simultaneamente, dos sujeitos e das respostas do sistema institucional encarregado de satisfazer essas necessidades” (STOTZ, 1991, p.266).

A temática “necessidades de saúde” e a prática profissional especificamente da Enfermagem abarca uma questão ética, como estabelecido no código de ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007, p.27) em está definido como um dos princípios fundamentais:

O profissional de enfermagem participa como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

Existem diferentes concepções de necessidades de saúde e de acordo com Stotz (1991) estas abordagens, utilizadas em diversos campos teóricos/práticos, estão relacionadas com a concepção de sujeito individual ou coletivo, como por exemplo, a visão liberal e a visão socialista (marxista clássica).

Na visão liberal a sociedade é um instrumento para indivíduos com necessidades de serviços. Na visão socialista (marxista clássica) são enfatizados os grupos sociais e suas necessidades, que são resultantes da organização do processo produtivo.

Garcia, apud Tocantins (1993), define que na área da saúde as correntes de pensamento que fundamentam os conceitos de necessidade são a fenomenológica, a positivista e a materialista. Na perspectiva fenomenológica as necessidades de saúde emergem das vivências e experiências de um sujeito individual e coletivo condicionado pelo meio em que se insere. Na corrente de pensamento positivista, as necessidades são delimitadas pelos profissionais de saúde e expressam um desvio entre um estado normativo e o estado atual do indivíduo. Já na perspectiva materialista, na área da saúde predomina um olhar marxista clássico, no qual as necessidades de saúde são socialmente determinadas e politicamente definidas (TOCANTINS, 2002).

Há autores que identificam a categoria “necessidade de saúde” em uma perspectiva epidemiológica, como Castiel (1985) denominando-as como necessidades sanitárias. As necessidades de saúde a partir desta concepção expressam carências dos sujeitos da atenção e o profissional de saúde ao identificá-las, deve propor-se a suprir tais necessidades com sua prática aliada ao aparato institucional. Com este fundamento, o profissional de saúde é o técnico responsável por atender e identificar tais carências.

De acordo com Oliveira D. (2002), as teorias de enfermagem abordam e se apropriam: “do conceito de necessidades humanas/de saúde através da exploração das dimensões objetivas e subjetivas do processo saúde-doença, bem como traduzem, no conhecimento reificado, determinadas concepções de homem adotadas” (OLIVEIRA D., 2002, p.47). Esta autora (OLIVEIRA D., p.231, 2002), a partir da análise das principais teorias de enfermagem, identifica quatro concepções de necessidades de saúde que subsidiam a prática do enfermeiro: necessidades humanas básicas; necessidades como

resposta a estímulos de adaptação humana; necessidades humanas como expressão ética e moral do homem; necessidades humanas como construção subjetiva resultante dos processos de construção de significados.

Neste sentido é possível tomar necessidades de saúde como categoria teórica, tornando-a fundamento para a investigação da prática dos enfermeiros.

A reflexão sobre a identificação da concepção de necessidades de saúde que fundamenta a prática do Enfermeiro, é motivada a partir de uma preocupação de discutir de que forma a prática desta categoria profissional se insere no contexto de Atenção à Saúde e qual a influência disto na relação com os sujeitos da atenção.

Para este pensar sobre práticas da Enfermagem, desenvolvi estudos inseridos no projeto de pesquisa intitulado “Necessidades de Saúde como questão ética do Cuidar e do Assistir” (TOCANTINS, 2002).

Nestes estudos têm-se como resultado que as necessidades de saúde dos clientes assistidos independente do grupo da população expressam o que os sujeitos da atenção requerem de práticas assistenciais, com destaque para o estabelecimento de uma relação dialógica junto ao profissional de saúde (NOGUEIRA; TOCANTINS, 2005 e NOGUEIRA, 2004).

O Enfermeiro que atua na área da atenção à saúde mental, junto à clientela encontra-se em conflito com a sua formação, que é basicamente tecnicista (ROCHA, 1994), positivista. No contexto da reforma psiquiátrica as demandas da clientela e a prática junto aos clientes são construídas a partir das relações intersubjetivas no cotidiano do sujeito do cuidado e do sujeito profissional.

Logo, neste contexto da reforma quando o foco da atenção passa de corpo/doença mental para o sujeito em sua subjetividade e o sofrimento psíquico, o enfermeiro que possui sua formação voltada para atender necessidades humanas básicas se depara com um

fenômeno social, a loucura, e a partir disso com necessidades de saúde sociais e fenomenológicas.

Na impossibilidade de se delimitar em manuais e programa de saúde pontualmente as respostas sobre o que fazer junto aos sujeitos em sofrimento psíquico, fundamentar a prática somente na concepção positivista de necessidades de saúde não atende as demandas dos sujeitos da atenção. Assim, de acordo com Rocha (1994) há um “paradoxo cognitivo” entre a formação do enfermeiro e sua atuação no contexto de atenção a pessoas em sofrimento psíquico.

### **CAPÍTULO III - TRAJETÓRIA DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

Para Polit e Hungler (1995, p.270), a abordagem qualitativa é caracterizada como: “modos de inquirição sistemáticos preocupados com a compreensão dos seres humanos e da natureza de suas transações consigo mesmos e com seus arredores”. Pretende-se discutir neste estudo a prática dos Enfermeiros a partir da vivência no contexto da saúde mental, tomando como dado para a pesquisa não a quantificação das atividades assistenciais realizadas por este profissional, mas (por ser um estudo qualitativo) a valorização da fala e pensamento que expressam a prática destes sujeitos.

O município do Rio de Janeiro possui três pólos de saúde mental, instituições municipais que são referências para atendimento de urgências e emergências psiquiátricas e que realizam internações caso seja necessário. Foram entrevistados enfermeiros de duas dessas instituições municipais, que atuam junto a pessoas internadas

Os cenários de atuação dos sujeitos da pesquisa são dois hospitais psiquiátricos municipais localizados na cidade do Rio de Janeiro - RJ, denominados para fins desta investigação de Hospital A e Hospital B.

O Hospital A dispõe de diversos tipos de atendimento entre eles: Hospital-dia para adultos, Centro de orientação Infanto-juvenil, Núcleo de atenção à criança psicótica, Unidade de tratamento de alcoolistas e a unidade de emergência. No caso mais específico de internação esta pode ser realizada na Unidade de tratamento aos alcoolistas, nas enfermarias das unidades de internação (feminina ou masculina) e na própria emergência com internação de curta permanência, de até 72 horas.

O Hospital B também dispõe de diversos tipos de atendimento e conta com serviços de assistência ambulatorial, urgência e emergência incluindo a internação curta no leito de

observação na emergência (por até 48 horas) e internação nas enfermarias masculinas e femininas (que se dividem em enfermarias de curta permanência e de média permanência). Em ambos os hospitais a demanda atendida pode ser referenciada ou espontânea (BRASIL, 2007).

Os sujeitos deste estudo foram 10 enfermeiros que atuam de forma direta ou indireta junto a pessoas internadas em hospitais psiquiátricos. Cabe ressaltar que o quantitativo de 10 sujeitos no estudo permite analisar o típico da ação, as categorias concretas do vivido e consequentemente a concepção de necessidade que fundamenta a prática do enfermeiro. (TOCANTINS, 1993).

O instrumento utilizado para a coleta de depoimentos dos entrevistados foi o roteiro de entrevista semi-estruturado, fundamentado na Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz (1971).

Metodologicamente este estudo divide-se em cinco momentos, permeados por revisão de literatura, quais sejam:

- Contato com as instituições e obtenção dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa após a construção do protocolo da pesquisa, do consentimento livre e esclarecido e encaminhamento aos Comitês de ética das instituições (cenários do estudo)
- Análise dos depoimentos mediante a utilização do referencial da Fenomenologia Sociológica (SCHUTZ, 1971) para compreensão e tipificação da prática do Enfermeiro, e da concepção de necessidade que fundamenta suas ações junto a pessoas internadas em Hospitais Psiquiátricos;
- Análise crítica apontando questões que emergiram do cotidiano da prática do enfermeiro junto às pessoas em situação de sofrimento psíquico;

- Discussão da prática do enfermeiro tendo por referência a concepção de necessidades de saúde e o processo de desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

### 3.1 - Referencial Metodológico

A fenomenologia constitui-se em uma corrente filosófica de pensamento que objetiva descrever fenômenos vividos da consciência e dos atos correlatos da consciência (CAPALBO, 1987). Entende-se que fenomenologia é um processo descritivo das relações humanas, onde os sujeitos se reconhecem e interagem em um mundo social.

Neste método objetiva-se descrever os fenômenos para examinar a experiência humana (POPIM, 2001), seu objeto de investigação são os fenômenos que emergem das relações sociais.

Para uma aproximação do referencial filosófico fenomenológico faz-se importante reconhecer três principais idéias defendidas pelo teórico Husserl: significação dos atos; a busca pela essência consciente dos fenômenos; e o método descritivo como estratégia metodológica desta busca (CAPALBO, 1987). Partindo destas idéias, a fenomenologia preocupa-se em descrever os fenômenos que ocorrem a partir das relações humanas existentes no mundo social diferenciando-se das ciências exatas, que buscam demonstrar e comprovar alguns fenômenos.

Na abordagem fenomenológica, acredita-se que os fenômenos emergem de uma intencionalidade da consciência, neste sentido, no mundo social emergem fenômenos subsidiados pela consciência intencional de indivíduos que se relacionam. Esta escola de pensamento filosófico tornou possível explicitar, através da descrição, que o significado da relação intencional da consciência só pode ser atribuído pelos próprios sujeitos que se relacionam e vivenciam os fenômenos no mundo social.

Na teoria de Husserl os fenômenos ocorrem no *mundo da vida*, no mundo cotidiano, imbuído de significados e na pesquisa fenomenológica pretende-se compreendê-los e interpretá-los. Husserl busca a partir da constituição da filosofia, fundamentar a ciência a partir do estudo dos fenômenos, ou seja, “voltar às coisas mesmas”, aquilo que aparece a consciência enquanto ato intencional (CALDERANO, 2001). O conceito de *intencionalidade* é essencial na fenomenologia para compreender os atos conscientes dos indivíduos.

O método fenomenológico fundamentou a elaboração de diversas teorias na área das Ciências Humanas, inspirando filósofos nos estudos dos mais variados fenômenos, desde Sartre e sua teoria sobre as emoções e o existencialismo, Merlau Ponty teorizando sobre o campo da filosofia da linguagem, até Alfred Schutz que possui a teoria com enfoque na sociologia (CAPALBO, 1987).

Na Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz o sentido da ação social, objeto principal das ciências sociais, deve voltar-se para a sua fonte originária que reside na vivência intencional da consciência dos sujeitos da ação numa relação interpessoal (CAPALBO, 2000).

Alfred Schutz para elaborar o referencial teórico da fenomenologia sociológica fundamentou-se na fenomenologia de Husserl e na sociologia compreensiva de M. Weber (CAPALBO, 2000), assim a teoria de Alfred Schutz pode ser definida como “fenomenologia do mundo social”.

A teoria social de Weber também teve grande influência na elaboração da Fenomenologia Sociológica, de Alfred Schutz. Weber elabora o conceito de “*ação significativa*”, defendendo que só é possível obter objetividade nas Ciências Sociais a partir da elaboração de tipos ideais. Alfred Schutz articula o conhecimento fenomenológico com o das ciências sociais e elabora o processo de tipificação:

De acordo com Schutz, a compreensão do comportamento de outros pode ser analisada fenomenologicamente como um processo de *tipificação* pelo o ator aplica esquemas interpretativos aprendidos para

se perceber o significado do que os outros fazem. O cerne da relação social reside na experiência direta do outro, ou seja, “o nosso relacionamento” (CALDERANO, 2001, p.07)

O processo de tipificação proposto por Alfred Schutz é centrado nas inter-relações, de onde emergem os fenômenos no mundo da vida. Sáenz (2006) afirma que essas tipificações dependem do meio social em que os atores estão envolvidos e em pequena parte às experiências individuais.

Na Fenomenológica Sociológica de Alfred Schutz toda ação é consciente e intencional. A ação é consciente quando projetada. Afirma-se que não existe experiência sem consciência (SCHUTZ, 1971). No referencial de Schutz, fenomenologia sociológica da vida cotidiana, o que constitui a realidade é o sentido da experiência humana. O enfoque deste referencial é principalmente a compreensão dos fenômenos ocorridos a partir dos atos intencionais de sujeitos, que se expressam na intersubjetividade, no mundo da vida, no mundo social.

Neste sentido, esta corrente teórico-filosófica de pensamento teve sua origem a partir de uma síntese que o fenomenólogo social Alfred Schutz realizou dos conceitos de Husserl e Weber. Com este entendimento a estrutura do mundo social parte das experiências individuais e das relações sociais (ZÁRATE BANDA, 2004).

Remetendo a idéia de ação humana intencional, Schutz denomina que todo sujeito ao realizar uma ação consciente possui uma intencionalidade na ação, o que é expresso através categoria “*motivo-para*”. Na fenomenologia sociológica os motivos relacionados aos atos intencionais possuem significados subjetivos de objetivos:

Subjetivamente, refere-se à experiência do ator que vive o processo da experiência em curso. Para ele o motivo quer dizer o que ele realmente tem em vista como atribuidor de significado à sua ação em curso, e isso

é sempre o motivo a fim de, a intenção de realizar um estado de coisas projetado, atingir um objetivo preconcebido (SCHUTZ, 1971, p.125)

Os atores sociais envolvidos nas relações intersubjetivas do mundo da vida vivenciam experiências, atribuem significados as suas ações que só podem desvelados a partir de uma análise compreensiva do relato que emerge do próprio sujeito.

Considerando que os profissionais de saúde devem atuar através de relações sociais e do reconhecimento da subjetividade dos sujeitos assistidos, a fenomenologia permite compreender as necessidades do cliente e o estabelecimento de vínculo ao invés de uma relação social anônima (NOGUEIRA; TOCANTINS, 2004)

As relações subjetivas entre os sujeitos no mundo social acontecem a partir do que Schutz (1971) denomina como “*relação face a face*”, que são relações estabelecidas entre sujeitos quando o “eu” se volta para o “outro”, quando as pessoas envolvidas na relação têm alcance direto da experiência uma das outras (ZÁRATE BANDA, 2004).

Neste sentido, a fenomenologia valoriza a ação de ouvir o sujeito envolvido na relação na medida em que se deve estar voltado para o outro, numa *relação face a face*. A enfermagem por ser uma prática social e intersubjetiva pressupõe, no meu entendimento, uma atitude fenomenológica de estar voltada para o sujeito do cuidado.

Com este entendimento, o sentido da prática do enfermeiro, significado de sua ação, é expresso a partir da fala do próprio sujeito da ação. Neste referencial são valorizadas a subjetividade e a relação interpessoal, o que permite identificar a concepção de necessidade que fundamenta a prática do sujeito do estudo.

A intencionalidade da ação do enfermeiro ao atuar no contexto explicitado anteriormente será analisada a partir do depoimento, segundo a categoria que Schutz (1971) define como *motivo-para* – categoria que expressará o significado desta prática.

Neste sentido, no roteiro de entrevista, a questão fenomenológica central permitirá captar a intencionalidade da ação da prática do enfermeiro.

A categoria *motivo-para* pode ser definida como uma orientação para o futuro:

A orientação para o futuro vislumbra-se numa ação significativa em função da consciência temporal interna, que se realiza segundo um projeto e se orienta para o tempo futuro num ato imaginado, como se a ação já estivesse acabada (RODRIGUES, 2001).

Sendo o *motivo-para* uma ação futura, ou seja, a finalidade da ação do sujeito, esta motivação expressa o significado da ação da pessoa, o seu principal objetivo. Assim, pode-se captar o que é típico na prática do enfermeiro ao atuar junto a sujeitos internados em instituições psiquiátricas.

Com o referencial fenomenológico de Alfred Schutz têm-se sujeitos que vivenciam fenômenos no mundo da vida, no mundo social, a partir de ações intencionais e intersubjetivas quando fundamentadas nas relações *face-a-face*.

Neste estudo, a fenomenologia sociológica será utilizada como estratégia metodológica, ou seja, auxiliará na identificação da concepção de “necessidade” que fundamenta a prática do enfermeiro que atua em hospital psiquiátrico, a partir da identificação típico significado de suas ações.

Voltando à tipificação das ações na teoria de Schutz (1971), entende-se que um grupo de pessoas que vivencia o mesmo fenômeno, neste caso, enfermeiros que atuam junto a sujeitos em sofrimento psíquicos internados em hospitais psiquiátricos, possuem intencionalidade nas suas ações conscientes e logo, significado em comum. Os *motivo-para* em comum desses enfermeiros, ou o projeto de ação comum desse grupo de pessoas, expressa o típico de suas ações.

Essa tipificação da intencionalidade da ação de enfermeiros ao atuar no hospitais psiquiátricos permite caracterizar a prática do enfermeiro revelando o significado de suas

ações. Isso é possível a partir do processo compreensivo e descritivo dos depoimentos dos sujeitos do estudo, que se consegue através da entrevista fenomenológica.

Um sistema de tipificações no mundo cotidiano existe em qualquer momento histórico sendo resultado de uma herança social. Para Schutz um sistema de relevâncias e tipificações funciona como um código de interpretação (SCHUTZ, 1971. p.119):

Funciona tanto como um código de interpretação quanto como um código de orientação para cada membro do grupo interno e constitui, assim, um universo de discurso entre eles. Qualquer pessoa (inclusive eu) que aja do modo típico socialmente aprovado é supostamente motivada pelas motivações típicas pertinentes e tem o objetivo de realizar um estado de coisas típico pertinente.

Na fenomenologia sociológica entende-se que no mundo cotidiano os grupos sociais e os indivíduos que os constituem agem fundamentados em suas experiências e bagagem de conhecimentos, mas também a partir de um sistema de relevâncias e tipificações, que os permite caracterizar e interagir como um grupo, dando instrumentos para compreender suas ações significativas.

A partir das influências conceituais de Husserl e Weber, a Fenomenologia Sociológica de Alfred Schutz propõe-se a tipificação dos fenômenos que ocorrem no mundo cotidiano (ZÁRATE BANDA, 2004) descrevendo-os e analisando-os compreensivamente.

Para captar as falas dos sujeitos da ação faz-se necessário utilizar um instrumento aberto e que proporcione que o sujeito se expresse e relate suas experiências cotidianas, a entrevista fenomenológica.

Na entrevista fenomenológica do pesquisador deve estar voltado para o sujeito do estudo, numa relação *face a face* para que o sujeito descreva sobre o que está sendo questionado e relate suas vivências.

Fundamentado no referencial, o roteiro de entrevista elaborado é semi-estruturado na tentativa de valorizar a fala dos sujeitos do estudo, pois não contendo perguntas fechadas permite que se posicionem e dissertem sobre as questões refletindo sobre sua prática profissional.

Com esta finalidade, foi elaborado o roteiro de entrevista semi-estruturado (**apêndice A**), que conta com questões para traçar o perfil do grupo de entrevistados e uma pergunta central fenomenológica “O que você tem em vista ao assistir sujeitos que estão internados neste hospital psiquiátrico?”

A pergunta fenomenológica foi elaborada para captar o projeto de ação do enfermeiro, ou seja, o *motivo-para* de sua ação ao atuar junto aos sujeitos em sofrimento psíquico para tipificação do significado da ação da prática do enfermeiro que atua neste contexto.

A discussão crítica do típico desta ação foi realizada a partir de um movimento dialético, uma vez que o pensamento dialético parte da compreensão da realidade a partir da contradição e do movimento do mundo, em constante transformação (KONDER, 1981).

De acordo com Minayo (1992) no método dialético a realidade constitui-se a partir do concreto (fato), da experiência humana (fenômeno) e do contexto político-histórico em que interagem. Com este entendimento têm-se o fato, que a prática do enfermeiro na área da saúde mental; o fenômeno, sendo a prática do enfermeiro que atua em hospital psiquiátrico junto a pessoas internadas; e o contexto político-histórico que é a desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica.

Assim, o método dialético subsidia o conhecimento de uma realidade a partir do movimento: entendimento da coisa em si “fenômeno” contrapondo com a realidade (estrutural – concreta) em que acontece, retornando a análise do fenômeno.

### 3.2 – Obtenção dos depoimentos

Para acesso às duas instituições psiquiátricas, cenários do estudo, foi necessário inicialmente elaborar, de acordo com as normas éticas de pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 1996), o protocolo da pesquisa e o consentimento livre e esclarecido (**apêndice B**) a ser utilizado junto aos enfermeiros.

Os impressos acima descritos foram encaminhados aos comitês de ética e pesquisa das duas instituições municipais psiquiátricas, que se localizam no Rio de Janeiro, e após avaliação, o desenvolvimento do estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde e dos hospitais psiquiátricos (projeto enviado e cadastrado no site da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, com o registro número: 0003.0.181.000-0).

Após aprovação dos comitês de ética e pesquisa ocorreu o agendamento, por telefone, com as chefias de enfermagem dos hospitais psiquiátricos, objetivando a apresentação do pesquisador e do estudo, o conhecimento do número de profissionais que se encaixa no perfil de sujeitos do estudo e seus respectivos horários de trabalho para dar prosseguimento às entrevistas.

O processo de entrevistas foi realizado a partir de idas até os hospitais psiquiátricos onde se deu a abordagem dos enfermeiros falando sobre o estudo (tema e objetivos). Aos que concordaram em participar após a leitura do consentimento livre e esclarecido foram realizadas as entrevistas. Nos setores em que não foi possível encontrar os enfermeiros, a estratégia utilizada foi a de deixar um bilhete explicando sobre os objetivos do estudo, com meu contato telefônico para os enfermeiros e aguardando o retorno para agendamento em horário e data de suas disponibilidades. Somente um enfermeiro, de cinco em que foi utilizada essa estratégia, retornou e agendou entrevista.

A estratégia utilizada para registrar os depoimentos, após o consentimento dos sujeitos do estudo, foi a de utilizar um gravador, o que permitiu captar todas as falas de forma fidedigna e ininterrupta. Após a gravação ocorreu a transcrição dos depoimentos.

Cabe ressaltar que no “Hospital A” foi relativamente difícil encontrar os enfermeiros disponíveis para ler o consentimento livre e esclarecido e dar a entrevista, pois estavam constantemente atarefados em reuniões com a direção ou reuniões com equipes. Já no “Hospital B” não houve dificuldades para acesso aos profissionais.

Após um mês de idas até o “Hospital A” algo durante esse percurso chamou-me atenção, havia colocado grades no pátio, local que antes dava acesso ao prédio onde se localizam as enfermarias. Os pacientes internos então circulam pelas enfermarias e pelo pátio. As grades agora impediam o fluxo dos pacientes internos até a cantina e a parte da frente do hospital. Para que circulem em outros espaços do hospital devem solicitar autorização de guardas que ficam na frente do corredor que dá acesso às enfermarias.

Neste dia, em que notei a mudança da organização e da estrutura hospitalar, abordei uma senhora que estava no pátio da frente circulando com um crachá e pedi que me dissesse como que eu teria acesso até as enfermarias já que o pátio central estava com grades. A senhora, de nome J., se apresentou dizendo que era paciente a muitos anos do “Hospital A” e que se tratava atualmente no hospital – dia, seguiu dizendo que agora os internos ficam presos (SIC), e que não entendia porque depois de tantos anos tinha que mostrar o crachá para entrar nas enfermarias ( J. trabalha no “Hospital A” produzindo um jornal). Levou-me até o guarda, e seguiu mostrando as enfermarias, comentando que há muito anos atrás as enfermarias possuíam grades e seguiu mostrando-me o jornal e as reportagens que produziu. Com uma recomendação, despediu-se dizendo “depois volta pra mostrar a pesquisa pra gente” (SIC).

## **CAPÍTULO IV - A PRÁTICA DO ENFERMEIRO EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Iniciando a análise das informações coletadas foi elaborado um quadro (quadro 1), constando as informações de cada entrevistado a fim de delinear um perfil dos enfermeiros entrevistados que atuam em hospitais psiquiátricos junto a pessoas internadas.

Quadro 1 – Perfil dos enfermeiros entrevistados que atuam em hospitais psiquiátricos junto a pessoas internadas

<b>Entrevistados</b>	<b>S</b>	<b>Meuri</b>	<b>L</b>	<b>Violeta</b>	<b>Augusto</b>	<b>Sara</b>	<b>Lino</b>	<b>Mariana</b>	<b>EBO</b>	<b>VCF</b>	<b>Perfil dos entrevistados</b>
<b>Idade</b>	52	51	39	30	37	44	41	47	27	31	<b>40 anos</b> (média)
<b>Sexo</b>	Fem.	Fem.	Fem.	Fem.	Fem.	Fem.	Masc.	Fem.	Fem.	Fem.	<b>Feminino</b>
<b>Tempo de Formação</b>	22	6	11	8	6	14	11	23	5	5	<b>11 anos</b> (média)
<b>Curso complementar na área de saúde mental</b>	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	<b>Não</b> <b>(60%)</b>
<b>Tempo de atuação no hospital</b>	1 ano	23 anos	7 anos	5 anos	11 anos	14 anos	10 anos	10 anos	2 meses	6 meses	<b>8 anos e 8 meses</b> (média)

Observa-se que dentre os entrevistados predomina os do sexo feminino, que a média de idade é de 40 anos, o tempo médio de graduação é de 11 anos. O tempo médio de atuação no hospital psiquiátrico é de 8 anos e 8 meses. É importante ressaltar que 60% dos entrevistados não possuem qualquer curso complementar na área de saúde mental mesmo atuando em média há 8 anos em hospital psiquiátrico.

Para a identificação da prática do enfermeiro em Hospital psiquiátrico foi realizada a seguinte pergunta: “Quais ações você desenvolve no seu cotidiano de trabalho nesta instituição psiquiátrica?”.

A organização das repostas a esta pergunta permitiu a elaboração do quadro 2:

Quadro 2 – Ações desenvolvidas pelo enfermeiro, em hospital psiquiátrico, no cotidiano do trabalho

<b>Ações desenvolvidas</b>	<b>Tipo de ação</b>	<b>No. de entrevistados que citaram</b>
<b>Receber o paciente e acompanhá-lo na instituição.</b>	Direta	6
<b>Atender aos familiares</b>	Direta	2
<b>Escutar o paciente</b>	Direta	8
<b>Realizar atividades de Grupo com os pacientes</b>	Direta	3
<b>Realizar procedimentos técnicos</b> (anamnese, administração de medicação, verificação da pressão arterial...)	Direta	7
<b>Supervisionar o setor</b> (acompanhamento da organização do trabalho dos auxiliares de enfermagem)	Indireta	7
<b>Realizar atividades administrativas</b> (escalas de enfermagem, administração de recursos materiais no setor...)	Indireta	10
<b>Encaminhar os pacientes para outros setores/serviços</b>	Indireta	6
<b>Participar de reuniões</b> (discussão de casos com a equipe multidisciplinar e reuniões específicas com a enfermagem)	Indireta	6

Nos depoimentos dos enfermeiros, como demonstrado no quadro 2, foram descritas atividades que envolvem ações de assistência direta às pessoas internadas e ações que não envolvem contato direto.

A seguir alguns depoimentos das enfermeiras a respeito das atividades realizadas no cotidiano de trabalho:

❖ Receber o paciente e acompanhá-lo na instituição. Ação expressa nas falas:

*“A gente recebe a clientela atendida naquele dia daí a gente fica acompanhado esse paciente e todo o trajeto dele dentro da instituição, se ele foi internado, daí se ele foi pro ambulatório tem que ficar acompanhando” Meuri.*

*“... desde avaliação, acompanhamento do paciente...” Augusto.*

No processo de desinstitucionalização esta ação é essencial. Ao receber o cliente e acompanhá-lo na instituição o enfermeiro deve reconhecer a pessoa que está se internando enquanto sujeito individual, iniciar o estabelecimento de uma relação de confiança com o cliente, ouvindo-o, apresentando-o ao serviço e se colocando como um dos agentes de cuidado da equipe multiprofissional que este cliente deverá contar.

❖ Realizar atividades administrativas: o que inclui elaborar escalas de enfermagem, administrar recursos materiais do setor, realizar supervisão de enfermagem, encaminhamento dos pacientes para outros setores e serviços entre outros:

*“[...] sistematizando a assistência de enfermagem, além de atribuições burocráticas né que tem uma chefia de enfermagem, essa coisa de fazer escala né,” EBO.*

*“[...] para auxiliar a chefia de enfermagem em escalas, aviso, distribuição de material e qualquer outro tipo de coisa que precise de ajuda. E to fazendo também é estatística dos pacientes que são internados involuntariamente tem que enviar pro Ministério, essa parte burocrática.” Mariana.*

*“Olha, aqui eu faço supervisão daqui de dentro dos internos né e da emergência. Só que da emergência fica um pouco de lado né, porque é muito grande e a gente ainda tem que fazer ambulatório também” VFC.*

*“Então, principalmente supervisão de enfermagem no setor né. Com restrição de cuidados de enfermagem né, com os pacientes internados” Violeta.*

É possível verificar que ainda há predominância das atividades administrativas que se relacionam com o setor e com a equipe de auxiliares do que propriamente com as pessoas internadas “sujeitos da atenção”.

O papel de organizador do serviço ainda toma a maior parte do tempo dos enfermeiros que atuam neste cenário e que é importante ser problematizado. Antes da reforma psiquiátrica o enfermeiro ocupava o lugar de vigilante e de organizador do serviço (MOREIRA; OGUISSO, 2005), porém com a proposta de reabilitação psicossocial o sujeito deve ser o foco da prática e o enfermeiro ator ativo no processo de reabilitação.

A proposta de reabilitação psicossocial, enquanto direção de trabalho é entendida, de acordo com Rocha (2005, p.47):

[...] processo que busca ajudar o sujeito com limitações a restaurar sua autonomia, no melhor nível possível, para fazer face às suas funções na comunidade. [...] Nesse novo modo de agir e pensar a loucura, a terapia não é mais concebida como supressão dos sintomas, mas como “produção de vida”, de sentido, de sociabilidade.

A reabilitação psicossocial implica uma atitude cotidiana de troca com o sujeito do cuidado, de valorização da fala e da participação do cliente no seu projeto terapêutico.

Esta característica predominantemente gerencial do enfermeiro nos hospitais psiquiátricos, de acordo com Rocha (1994), demonstra que a Enfermagem na área de atenção em saúde mental por não saber definir seu papel aproxima-se das funções de enfermagem em geral: “Sem definição de seu papel, declinam de suas funções de ensino e supervisão, refugiando-se na burocracia: é a identidade possível” (ROCHA, 1994, p.114).

Contudo, nos depoimentos dos enfermeiros há falas inquietas que se referem ao querer “estar com” o cliente, e não ao receio de estar com eles. Há exigências do serviço que os coloca como responsável por atividades burocráticas, como pode ser verificado nas falas (sublinhadas) a seguir:

*“A gente tem um peso administrativo maior, porque a gente tem que controlar né o trabalho dos auxiliares, ver a organização do trabalho com os auxiliares, questões relacionadas a encaminhamentos de pacientes para exames, agora a gente tem até que pedir ambulância. Parece besteira, são pequenas coisas que quando a gente vai ver tomam um tempo e na verdade o nosso trabalho mesmo que é tá ali no relacionamento terapêutico com o paciente, acaba ficando mal” Sara.*

*“[...] eu tenho uma série de outras atividades que eu tô sempre fora. Procuro sempre fugir pra cá pra tá próxima deles né, mas é difícil. Eu não posso ficar diretamente aqui né.” Meuri*

Desta forma, por outro lado, fica claro que para os enfermeiros “estar com” o cliente é como “fugir das obrigações exigidas no trabalho”.

❖ Realizar procedimentos técnicos como: anamnese do paciente, administração de medicação, verificação de sinais vitais...;

*“quando eu to no plantão faço as internações, dos pacientes que tem que subir, como agora subiram dois. Medica, porque aqui no pronto-socorro a gente medica, a gente libera a medicação de pouca quantidade, o médico passa dois ou três comprimidos que o paciente precisa na hora, a gente libera ali.”L.*

*“[...] aí venho aqui ajudo também quando eu vejo que ta apertado, praticamente eu faço tudo, faço medicação, contenção, dá alimentação...” VFC.*

*“Bem aqui eu procuro desenvolver atividades com os colegas, os auxiliares no caso né, é... eu criei uma anamnese mais diferenciada das que nós tínhamos aqui...” Meuri.*

O acompanhamento clínico direto faz parte da prática do enfermeiro junto aos clientes internados, o que exige um conhecimento científico de técnicas e procedimentos (POPIM, 2001) que envolvem o cuidado como curativos, anamnese e administração de medicação.

❖ Participar de reuniões: discussão de casos com a equipe multidisciplinar e reuniões específicas de enfermagem.

*“Os enfermeiros que atuam diretamente nos setores participam de reuniões, e aí eles tem uma participação outra, mas assistencial, mas no sentido assim de, da equipe multidisciplinar fazer parte” S.*

*“A gente tem reuniões com a equipe multidisciplinar, tem médico, tem psicólogo, tem assistente social, pra conversar sobre os casos dos pacientes internados” L.*

*“E aí a gente faz uma reunião entre a equipe e vamos decidir qual vai ser a terapêutica pra esse paciente: vai sair de alta, vai ficar mais um tempo aqui, e a gente conversa com o médico a questão da medicação, ainda tá com sintoma? Ainda tá com alucinação e tal.” Lino.*

O enfermeiro no hospital psiquiátrico reconhece-se enquanto integrante de uma equipe multidisciplinar e participa de reuniões que se propõem à troca de saberes entre as diversas categorias profissionais, conforme previsto pelo Código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007).

Para efetiva troca de saberes faz-se importante incorporar ao cotidiano de trabalho do hospital psiquiátrico o conceito de interdisciplinaridade. Este conceito abarca a troca de saberes e a construção coletiva (profissionais e cliente) do projeto terapêutico, é um importante aspecto na prática profissional no contexto de atenção à saúde tendo em vista a complexidade da existência humana. Esta interdisciplinaridade é definida segundo Piaget apud Chaves (1998, p.5) como: “O nível em que a interação entre várias disciplinas ou setores de uma mesma ciência conduz a interações reais, a uma certa reciprocidade no intercâmbio

levando a um enriquecimento mútuo”. Neste sentido a troca de saberes afeta positivamente a prática profissional e a qualidade da atenção à clientela.

Atualmente é possível afirmar que o espaço para troca de saberes nos hospitais psiquiátricos já está instituído: as reuniões de equipe. Porém, cabe aos profissionais de saúde, a partir de suas atitudes de receptividade ao saber do outro, efetivar a interdisciplinaridade.

❖ Atender aos familiares.

*“Conversa com familiar que quer saber informações, que às vezes quer perguntar alguma coisa pro médico e fica com vergonha, ou tem medo...a assistente social, as vezes a assistente social pede pro pessoal da enfermagem.”L.*

*“[...] atendo a família, quando você chegou eu tava atendendo uma família” Lino.*

O atendimento às famílias dos pacientes internados em Hospitais psiquiátricos ainda é uma atividade pouco realizada pelo enfermeiro, conforme demonstra o quadro 2.

Esta é uma ação que deve ser desenvolvida tendo em vista que para o retorno ao convívio familiar, a família do indivíduo em sofrimento psíquico deve ser contemplada. (BRASIL, 2001). Com este entendimento a família<sup>5</sup> deve ser assistida e acolhida com relação às suas dúvidas sobre a assistência, incluindo informação sobre os dispositivos extra-hospitalares e garantia dos direitos do cliente, além de suas angústias e questões de relacionamento no cotidiano com o cliente.

O trabalho junto à família dos sujeitos em sofrimento psíquico é entendido como parte do processo de Reabilitação Psicossocial conforme afirmam Kantorski, Coimbra et. all (2005, p.101): “A reabilitação não vê mais a família como vitima ou cúmplice da psiquiatria e sim como protagonista do processo de tratamento”.

---

<sup>5</sup> O termo “família” independente de consangüinidade: “constitui um campo de relações entre pessoas que compartilham significados de suas experiências existenciais.” (COLVERO, IDE, ROLIM, 2004, p.198).

❖ Escutar o paciente;

*“Aí a gente faz esse papel de ouvinte né, escutar assim as queixas freqüentes e faz o atendimento”L.*

*“A gente ouve a demanda e responde tentando atender as dívidas e sensibilizá-los quanto a adesão ao tratamento né, que durante a internação e a preparação para a alta e ambulatório” Violeta.*

*“A gente tem que ter escuta pro paciente, pra tá colhendo a história dele, pra tá é... acrescentando no diagnóstico” Augusto.*

*“[...] atendo os próprios pacientes individualmente pra fazer uma escuta terapêutica pra que esse paciente possa esvaziar um pouco desse conteúdo que ele tá né, e tal.” Lino.*

*“[...] mas eu tenho um bom relacionamento com os pacientes eu procuro escutar” Meuri.*

*“[...] mas eu paro pra ouvir meus pacientes entendeu... paro pra conversar, paro pra saber as necessidades deles.” Sara.*

No que se refere às atividades que envolvem a relação interpessoal dos enfermeiros com os clientes, “escutar o paciente” foi citado pela maioria dos entrevistados (80%).

Os enfermeiros que atuam no hospital psiquiátrico, quando se referem a escutar o sujeito internado, explicitam a importância da escuta como estratégia para se relacionar com o cliente. Porém nenhum enfermeiro fez referência a um projeto clínico ou ação intencional da escuta na terapêutica junto ao cliente.

Entendo que a escuta pelo enfermeiro, enquanto atividade que é demandada pelo cliente, faz sentido como ação terapêutica quando possui a finalidade de alívio do sofrimento do cliente e auxílio no lidar com o sofrimento psíquico. Neste sentido, a escuta envolve acolhimento, contextualizado pela situação biográfica e experiência de vida, das questões trazidas pelo cliente.

Para ter a finalidade terapêutica, o enfermeiro deve reconhecer na escuta as necessidades de saúde de um sujeito que de “paciente”, passa a ser concebido como sujeito ativo no seu processo de produção de saúde. A escuta terapêutica deve ser acompanhada de um projeto intencional do enfermeiro que auxilie na reabilitação psicossocial do cliente. Neste sentido quando um cliente refere, por exemplo, uma situação de auto-cuidado “não querer tomar banho” a resposta não deve ser impositiva, mas sim problematizadora e reflexiva: “por que você me procurou para dizer que não quer tomar banho? Você deveria tomar?”.

Desta forma, o enfermeiro como integrante da equipe de saúde, deve se reconhecer como agente terapêutico.

Em alguns momentos os enfermeiros referem que apenas outros profissionais, como psicólogos e terapeutas ocupacionais, agem terapeuticamente:

*“[...] as atividades terapêuticas são desenvolvidas pelos terapeutas ocupacionais né, que ficam num outro cantinho fora daqui do pronto-socorro ou então na enfermaria” Meuri.*

Destaco que a ação terapêutica não implica necessariamente num determinado espaço físico-temporal, mas essencialmente um projeto de ação intencional e individualizado, em que o sujeito seja participativo e se reconheça ativo neste processo.

❖ Realizar atividades de grupo com os pacientes.

*“Faço reunião semanal que é o grupo de recepção dos pacientes internados, onde eu apresento pra eles o programa de tratamento, as normas e rotinas da enfermaria, é um espaço bem livre assim, pra troca de informação” Violeta.*

*“A gente faz um grupo com os pacientes as 09:00 hrs da manhã, aí participo eu, a psicóloga, a terapeuta ocupacional, o outro psicólogo se o médico puder ele participa também, e nós vamos avaliando todos os pacientes novos, que chegaram, fazemos aquela avaliação do grupão mesmo” Lino.*

As atividades de grupo são realizadas apenas por 30% dos enfermeiros entrevistados.

Este achado permite identificar que o enfermeiro não contempla o aspecto grupal da ação terapêutica, a saber: promover a integração e a troca de experiências entre os sujeitos internados.

## **CAPÍTULO V - A PRÁTICA DO ENFERMEIRO E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

A partir de leituras e re-leituras das repostas ao questionamento: “O que você tem em vista ao atuar junto às pessoas internadas neste hospital psiquiátrico?” foi possível realizar uma análise compreensiva dos *motivos-para*, dos enfermeiros que atuam neste contexto.

A questão fenomenológica permitiu captar a intencionalidade dos enfermeiros que atuam em hospital psiquiátrico de onde emergiram *categorias concretas do vivido*, expressas no quadro 3:

Quadro 3 – *Motivos-Para* da ação do enfermeiro que atua em hospital psiquiátrico e Categorias Concretas do Vivido

Entrevistado	Motivo-para	Categoria Concreta do vivido	Categoria Concreta do vivido
<b>Meuri</b>	“O meu principal objetivo é ver a recuperação deles [...] A recuperação da doença [...] Mas o meu objetivo é que ele se recupere e que não volte tão cedo [...] eu tenho um bom relacionamento com os pacientes eu procuro escutar [...]”	Estabelecer relação social com o sujeito da atenção	Promover a alta
<b>L</b>	“É dar atenção o máximo de atenção possível e acompanhar pra sair rápido, pra poder voltar pra casa”.	Estabelecer relação social com o sujeito da atenção	Promover a alta
<b>Violeta</b>	“[...] a questão da recuperação da auto-estima, do auto-cuidado. A questão dele reincorporar algumas regras [...]. Então que ele possa recuperar as condições mínimas pra que ele possa voltar a produzir, ser socialmente aceito, resgatar os vínculos com a família né”.	Estabelecer relação social com o sujeito da atenção	Proporcionar bem estar
<b>S</b>	“Diminuir o sofrimento da solidão [...] ele é muito só... ele não é escutado [...] O objetivo é esse, assisti-los, tirar um pouco da solidão, do sofrimento.”	Estabelecer relação social com o sujeito da atenção	Proporcionar bem estar
<b>Augusto</b>	“É proporcionar um bem estar entendeu. Acolhimento, uma palavra entendeu... é interagir mesmo com o paciente de alguma forma, trocar, troca de experiência entendeu.”	Estabelecer relação social com o sujeito da atenção.	Proporcionar bem estar
<b>Sara</b>	“A minha intenção é fazer isso, prestar uma assistência de enfermagem de acordo com as necessidades de cada paciente e adequada a necessidade de cada paciente [...] tá conversando com o meu cliente, tá vendo as necessidades dele [...] em qualquer momento dali do transtorno do paciente eu posso ser uma peça pra tá ajudando o paciente a sair daquele quadro entendeu?”	Estabelecer relação social com o sujeito da atenção.	Proporcionar bem estar
<b>Lino</b>	“[...]é que essa pessoa consiga aqui dentro do hospital lidar com esse sofrimento psíquico dele , consiga se reorganizar né, nem que seja o mínimo possível para que ele possa ter a condição de se tratar num mecanismo extra-hospitalar. Ele sai de alta, eles entram aqui num sofrimento psíquico incrível então a gente procura atender esse paciente aqui nessa internação”	Estabelecer relação social com o sujeito da atenção	Promover alta

<b>Mariana</b>	“Criar confiança delas em mim, para que pudessem se abrir, que facilitasse descobrir através das palavras deles coisas que pudessem auxiliar no tratamento. [...] <b>Que eles se abrissem mais para ajudar no tratamento.</b> [...] E me abrir pra que aquelas crianças pacientes se sentirem bem, <b>se sentirem confiantes, contentes</b> quando é meu plantão”.	Estabelecer relação social com o sujeito da atenção.	Proporcionar bem estar
<b>EBO</b>	“Eu entendo que qualquer trabalho de enfermagem na psiquiatria tem muito a ver com a questão da interação de pessoa para pessoa [...]Eu acho que o que eu tenho em vista quando a gente vai abordar ou direcionar qualquer ação com o paciente é tentar dar pro paciente o maior conforto possível em alguma situação de desconforto ou dificuldade que ele pode ta vivendo. [...]diminuir a possibilidade de sofrimento.”	Estabelecer relação social com o sujeito da atenção.	Proporcionar bem estar
<b>VCF</b>	“Meu objetivo é tentar integrar eles na sociedade de novo né. Orientar que eles sigam o tratamento em casa e tentar retomar ele pro convívio com a família. A gente faz esse trabalho também, ensinar a fazer a higiene deles, porque muitas vezes eles não fazem , tomar a medicação nos horários e a gente explica pra que quê serve a medicação porque muitas vezes eles desconhecem o uso. É isso”	Estabelecer relação social com o sujeito da atenção.	Promover alta

Os *motivos-para* em comum nos depoimentos dos enfermeiros caracterizam-se por categorias concretas do vivido, que apontam para um típico da ação do enfermeiro que atua em hospital psiquiátrico que atua junto a pessoas internadas.

Identifica-se assim que o típico da ação dos enfermeiros, ou seja, a intencionalidade do enfermeiro que atua em hospital psiquiátrico junto a pessoas internadas é: Estabelecer relação social com o paciente.

Considerando que o Enfermeiro fundamenta suas ações nas necessidades de saúde da população, conforme descreve o código de ética dos profissionais de enfermagem (COFEN, 2007), o *típico da ação* do enfermeiro expressa o que ele concebe por necessidades de saúde dos sujeitos que está assistindo. Desta forma, o enfermeiro que atua em hospital psiquiátrico, entende que as pessoas que se encontram internadas tem necessidade de estabelecer relação social seja para alcançar bem estar individual, seja para obter alta hospitalar.

Este típico da ação profissional permitiu realizar o movimento de discussão, de contraposição, da prática do enfermeiro em relação ao processo de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica.

Analisando criticamente esta ação, tem-se que o enfermeiro reconhece o paciente como alguém que tem necessidade de estabelecer relação social com este profissional.

Este entendimento de necessidade que norteia a prática do enfermeiro aponta para uma concepção de ser humano. Entende-se que o enfermeiro reconhece o paciente como sujeito social, que possui como necessidade relacionar-se. Articulando esta prática com a idéia de desinstitucionalização, tem-se que este processo da reforma psiquiátrica propõe um novo olhar para o cliente que é atendido nos serviços de atenção em saúde mental. Atuando a partir da desinstitucionalização o paciente é concebido enquanto sujeito individual e coletivo, sendo reconhecida sua história e subjetividade.

O processo de desinstitucionalização é um fenômeno social que segundo Rotelli (2001), exige um investimento maior nos recursos humanos do que nos aparatos institucionais:

Em outras palavras, a implementação de uma reforma social é, sobretudo um processo social complexo e contraditório no qual se produzem inovações nas características e nas formas de presença dos atores, nos conteúdos e nos modos de conflito. (ROTELLI, 2001, p.54).

Assim, este processo social deve ser acompanhado de transformações no modo de conceber o sujeito que é usuário do serviço de saúde mental. No modo de conceber o sujeito deverá deixar de prevalecer o saber psiquiátrico, para predominar o saber constituído a partir da troca de saberes da relação cliente – profissional do serviço.

Com este entendimento, a desinstitucionalização enquanto fundamento teórico para a prática profissional, inclusive do enfermeiro, propõe o estabelecimento de relações dialógicas, o reconhecimento da subjetividade do sujeito, de sua história e sua inserção no mundo da vida.

Desta forma, a desinstitucionalização, no contexto da reforma psiquiátrica implica uma determinada concepção de necessidade de saúde do sujeito da atenção.

No contexto das diferentes teorias de enfermagem Oliveira (2002b) estas necessidades podem ser expressas em quatro categorias, a saber:

- ❖ Necessidades humanas básicas: necessidades são vistas como universais e o processo saúde-doença é visto de forma compartimentalizada, ou seja, há relações de causa e efeito entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais. O foco da prática de enfermagem nesta perspectiva é de que o ser humano atinja um estado de equilíbrio, a partir da identificação dos problemas de enfermagem. Alguma das teóricas de Enfermagem incluídas nesta categoria são Wanda Horta, Orem e Leininger;

- ❖ Necessidades como resposta a estímulos de adaptação humana: nesta concepção de necessidade o enfermeiro possui como foco da atuação a relação do indivíduo com o meio ambiente. Neste sentido o organismo (a pessoa) reage em busca de adaptação ao meio. O processo saúde-doença, de acordo com esta perspectiva, associa-se às dimensões biológicas, psicológicas e ambientais de forma independente e hierarquizada, sendo o cuidado de enfermagem algo que não deriva dessas necessidades, mas um fenômeno independente. Teóricas incluídas neste entendimento de necessidades: Florence Nightgale, Neuman e Martha Rogers entre outras.
- ❖ Necessidades humanas como construção subjetiva resultante dos processos de construção de significados: esta abordagem reconhece as necessidades como resultantes da relação homem/meio entendendo como essencial para a assistência de enfermagem a questão da subjetividade do indivíduo. Para fundamentar as ações de enfermagem deve-se considerar a própria percepção de mundo do indivíduo, o seu entendimento sobre si mesmo, sua imagem corporal e contexto social em que se insere. Entre as autoras que contribuíram para este concepção de necessidades estão Hildegard Peplau, Josephine Patterson, Loretta Zderad e Margareth Newman.
- ❖ Necessidades como expressão ética e moral do homem: as necessidades são concebidas como direito e parte da cidadania do ser humano. O processo saúde-doença é tomado a partir da relação entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, permeados por relações éticas e morais. Algumas autoras de teorias que possuem este entendimento: Madeleine Leininger, Beatriz Capella e Maria Tereza Leopardi. O cuidado de enfermagem é interdependente dessas necessidades. O processo de trabalho é entendido como coletivo, ou seja, reconhece-se a importância da articulação das ações e integração dos saberes, a interdisciplinaridade. Nesta perspectiva o que define o trabalho é a necessidade expressa pelo sujeito que procura os serviços de

saúde. A democratização do processo de enfermagem, saber e o pensar tornam-se essencial nesta concepção.

Deste modo, a prática do enfermeiro pode estar fundamentada em diferentes entendimentos de necessidades de saúde. No que se refere especificamente a este estudo, no cenário do hospital psiquiátrico o enfermeiro tem como típico da ação profissional “estabelecer uma relação psico-social” centrada no indivíduo, ou seja, estabelecer uma relação entre o cliente e o profissional.

Este típico da ação aponta para o estabelecimento de uma relação, porém uma relação não articulada com o mundo da vida, de onde provêm e para onde o cliente voltará após a internação. Isso é expresso principalmente quando se articula o típico de “relacionar-se” com a atividade de atendimento as famílias, que o enfermeiro em sua maioria, não realiza.

A ação de relacionar-se com o cliente apresenta dois objetivos distintos. Conforme verificado nas categorias concretas do vivido, um dos objetivos focaliza mais a questão institucional, da alta hospitalar, relacionado ao quadro da doença, em uma perspectiva biomédica. E outro objetivo, está centrado na dimensão individual do cliente, quando pretende proporcionar o bem-estar do paciente naquele momento da internação.

Estes objetivos, aliados ao típico da ação, articulam-se com duas concepções de necessidades de saúde na Enfermagem. O objetivo de alta hospitalar, à concepção de necessidades de saúde como necessidades humanas básicas (OLIVEIRA, 2002a). Este objetivo possui a finalidade de estabilização do quadro psiquiátrico, a atuação do Enfermeiro está centrada na relação com o sujeito, porém com um sujeito doente.

Por outro lado, ao ter como objetivo relacionar-se com o cliente para proporcionar bem estar no momento da internação, a prática do enfermeiro articula-se a concepção de necessidades como resposta a estímulos de adaptação humana (OLIVEIRA, 2002a). Desta

forma a idéia central é a de atuar na relação do indivíduo com o meio em que está inserido, neste caso, o hospital.

Atualmente, tendo a desinstitucionalização como fundamento das práticas na reforma psiquiátrica, independente do cenário, deve-se focalizar o sujeito. Conforme afirma Basaglia (1985) a doença deve ser colocada entre parênteses e o olhar estar voltado para o sujeito, na sua existência e sua experiência de sofrimento psíquico. Segundo Campos (2008, s.p) a prática em saúde deve estar volta para uma clínica do sujeito: “ [...] a perspectiva é bem fenomenológica: sai o objeto ontologizado da medicina - a doença - e entra em seu lugar o doente. Mas não um enfermo em geral, mas um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído” (CAMPOS, 2008, s.p).

Refletindo sobre prática profissional do Enfermeiro, no contexto atual da reforma psiquiátrica e a proposta de uma prática transformadora de realidade (de uma práxis de enfermagem), é essencial que o processo de desinstitucionalização subsidie as práticas no hospital psiquiátrico. Desta forma, o processo de desinstitucionalização concebe no contexto da prática do Enfermeiro de relacionar-se com o cliente, as necessidades como: Necessidades humanas como construção subjetiva resultante dos processos de construção de significados e; Necessidades como expressão ética e moral do homem (OLIVEIRA, 2002b).

Estas duas teorias de necessidades de saúde em Enfermagem abarcam os aspectos inerentes ao processo de desinstitucionalização, a saber: reconhecimento do sujeito e seu entendimento sobre si mesmo, seu contexto social, democratização dos saberes, interdisciplinaridade e reconhecimento das necessidades relacionadas aos direitos da clientela e a cidadania.

A prática do enfermeiro, focalizando a situação do cliente enquanto paciente internado, mesmo tendo por objetivo relacionar-se com ele, não pode ser reconhecida como transformadora de realidade, como uma práxis. Para uma práxis de enfermagem em saúde

mental é imprescindível discutir as concepções de necessidades de saúde que o enfermeiro vem trabalhando e inserir no seu cotidiano de trabalho as necessidades enquanto produto da relação sujeito – sociedade.

Assim, na relação enfermeiro-sujeito nos hospitais psiquiátricos deve-se colocar em foco a história deste cliente e seu entendimento sobre a situação de internação em um hospital, não deixando de considerar seu sofrimento psíquico, mas focalizando a sua experiência e o que ele traz de necessidade a partir dela.

Desta forma, as atividades do cotidiano profissional do Enfermeiro em hospitais psiquiátricos, subsidiadas em concepções de necessidades de saúde, devem estar articuladas ao processo de desinstitucionalização. Destas atividades destacam-se: os atendimentos às famílias, a escuta terapêutica, o recebimento e acompanhamento do cliente na instituição e a troca e construção de saberes nas reuniões de equipe.

## **CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Refletir sobre a prática do Enfermeiro, tendo por referencia a desinstitucionalização enquanto processo cotidiano torna possível discutir a especificidade da Enfermagem enquanto prática social. Torna-se possível também analisar criticamente a inserção do enfermeiro no movimento da Reforma Psiquiátrica, a partir da prática deste profissional junto às pessoas que estão internadas em hospital psiquiátrico.

Os enfermeiros que atuam em hospitais psiquiátricos dedicam a maior parte do seu tempo a atividades administrativas. Neste sentido pode-se questionar nas instituições hospitalares psiquiátricas a organização do trabalho do enfermeiro. Há uma sobrecarga de trabalho burocrático/administrativo que prejudica a ação do enfermeiro como agente terapêutico junto ao cliente. Há espaço nos hospitais psiquiátricos pra os enfermeiros posicionarem-se profissionalmente? Os enfermeiros se organizam para reverterem sua posição enquanto agente terapêutico?

É importante a criação de espaços para que os enfermeiros re-pensem seu processo de trabalho e elaborem propostas para divisão das atividades burocráticas como “chamar ambulâncias, organizar prescrições e marcar consultas”. Uma proposta é a possibilidade de passagem destas tarefas para auxiliares administrativos, tendo em vista que na formação do Enfermeiro e em sua lei do exercício profissional não constam tais atividades (COFEN, 2007).

Ao mesmo tempo, estando menos envolvido com estas atividades burocráticas, o enfermeiro poderá voltar sua prática para atuar junto e gerenciar a equipe de auxiliares e de técnicos de Enfermagem conforme descrito na lei do exercício profissional (COFEN, 2007). Esta atuação junto à equipe multiprofissional, e em especial a de enfermagem, se faz essencial

para repensar as práticas da equipe de enfermagem junto aos clientes no hospital psiquiátrico e para constante reflexão do processo assistencial.

Outra informação importante identificada no estudo é que os enfermeiros que atuam em hospital psiquiátrico em sua maioria não possuem curso de especialização ou formação complementar na área de saúde mental, apesar do tempo de serviço que atuam nos hospitais. Esta informação destaca que a proposta de educação continuada e de atualização na discussão da temática da reforma psiquiátrica na saúde mental deve ser inserida no cotidiano dos serviços hospitalares psiquiátricos.

Ainda no que concernem as atividades que os enfermeiros realizam nos hospitais psiquiátricos destaca-se que os familiares do sujeito em sofrimento psíquico não são contemplados com a assistência de Enfermagem. Tendo a desinstitucionalização como subsídio para uma práxis em enfermagem, é importante incluí-los no processo assistencial, pois este deve estar direcionado para atender as necessidades de saúde do indivíduo e seu retorno ao convívio familiar.

A prática do enfermeiro junto a pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos focaliza um sujeito que possui a necessidade de se relacionar. Porém esta relação se dá a partir de um referencial de processo saúde-doença focado nos aspectos biomédicos, com objetivos da alta hospitalar e proporcionar bem estar no momento da internação.

Para o estabelecimento de uma relação dialógica, de confiança e avaliação de Enfermagem é importante o acompanhamento diário junto ao cliente.

Entende-se que a desinstitucionalização articulada com a concepção de necessidades de saúde, fundamento da prática do enfermeiro, contribui para uma práxis quando desenvolvida a partir de um olhar para o cliente enquanto sujeito ativo, participativo do processo de produção de saúde, com sua história de vida almejando sua reinscrição no território da cidade e reinserção no mundo da vida.

Ter como fundamentação teórica a desinstitucionalização para a prática de enfermagem significa exercer uma prática transformadora. Para esse movimento de transformação é necessária uma prática crítica, consciente, reflexiva e contextualizada no cenário de atenção a saúde mental. UMA PRÁXIS DE ENFERMAGEM QUE SE DÊ COM O SUJEITO E PARA O SUJEITO.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P (org.). **Loucos Pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

AMARANTE, P. D.; GULJOR, A. P. Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização: a (Re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005, p.65-76.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

BAPTISTA, L.A.; ZWARG, M.D.; MORAES, R. A reforma psiquiátrica e o cotidiano nos serviços residenciais: a formação dos profissionais de saúde mental em questão. In: JACOVILELA, A.M; CEREZZO, A.C.; RODRIGUES, H.B.C. (org). **Clio-Psyché Paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2003, p. 225-234.

BASAGLIA F. Et. all. **A instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE – BVS. **Informações sobre bancos de dados**. Disponível em: <http://www.bvs.br> Acesso em: 20 de junho de 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/> Acesso em: 20 de novembro de 2007.

BRASIL. **Lei Federal nº 10216**, de 6 de abril de 2001. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Conselho Nacional de Saúde - Resolução 196/96. Disponível em: <http://www.ufrg.br/HCPA/gppg/res19696.htm>. Acesso em: 20 / 05 / 06.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, 2005.

Disponível em: <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/13778.html>. Acesso em: 25/04/007.

CALDERANO, M.A. Notas sobre a fenomenologia social de Schutz- Considerações acerca de alguns pressupostos filosóficos. **Revista Estudos de Sociologia**. Recife, v. 04, n. 01, p. 07-23. 2001.

CAMPOS, G.W.S. **A ordem médica: a clínica em GRAMSCI, SARTRE e BASAGLIA**. 2008. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/texto.asp?id=35> Acesso em: 20 de janeiro de 2008.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Rio de Janeiro: Âmbito Cultural Edições, 1987.

CAPALBO, C. A subjetividade em Alfred Schutz In: DE BONNI, L. A. **A Ciência e a organização dos Saberes na Idade Média**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.

CASTIEL, L. D. O técnico e as necessidades em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.01, n.01, p.18-24, janeiro/março. 1985.

CHAVES, M.M. **Complexidade e Transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1985.

COLVERO, L.A; IDE, C.A.C; ROLIM, M.A. Família e doença mental: A difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, n.38, v.02, p.197-205. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Resolução 311/2007. Rio de Janeiro: COREN-RJ, 2007.

DIP, A. Cidade dos Esquecidos. **Revista Caros Amigos**. Ano X, n.109, p.12-16. abril. 2006.

ENGEL, M.G. **Os delírios da razão: Médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

ESPÍRITO SANTO, T.B. **Enfermeiras francesas na capital do Brasil (1890-1895)**. (dissertação de mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2007.

GUALDA, D.M.R.; BERGAMASCO, R.B. **Enfermagem, Cultura e o Processo Saúde-Doença**. São Paulo: Icone, 2004.

GUIMARAES, J.; MEDEIROS, S.M.de; SAEKI, T.; ALMEIDA, M.C.P. de. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)/ FIOCRUZ. v.25, n.58, p.5-11, maio/agosto. 2001.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

KANTORSKI, L.P.; COIMBRA, V.C.C.; GUIMARÃES, J.; SILVA, M.C.F.; SCATENA, M.C.N. Reabilitação Psicossocial e Família: Considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiás, v.07, n. 01, p. 99 – 104. 2005. Disponível: em [www.fen.ufg.br/revista.htm](http://www.fen.ufg.br/revista.htm) Acesso em: 18/12/07

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, Primeiros Passos, 1981.

LOUGON, M. **Psiquiatria Institucional: do hospício à reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

LÜCCHMAN, L.H.H., RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.2, n.12, p.399-407. 2007.

MACHADO, R.; LOUREIRO, A; LUZ, R.; MURICY, K. **Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACHADO, K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? **RADIS Comunicação em saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. n. 38, p. 11-19, outubro. 2005.

MATUNIOTO, M.; MISHIMA, S.M; PINTO, I.C. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ABRASCO. v.17, n.1, p.233-241, janeiro/fevereiro. 2001.

MINAYO, M.C.D.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992.

MOREIRA, A; OGUISSO, T. **Profissionalização da Enfermagem Brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

NOGUEIRA, M.L.; TOCANTINS, F.R. Abordagem Fenomenológica de Alfred Schutz na enfermagem. In: POCLADECK, D.D. (org) **A fenomenologia do cuidar: Práticas dos horizontes vividos nas áreas de saúde, educacional e organizacional**. São Paulo: Vetor, 2004, p.61-68.

NOGUEIRA, M.L.; TOCANTINS, F.R. Profissionais de saúde não Enfermeiros e a pessoa HIV infectada - contribuições para a enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**. Rio de Janeiro: UNIRIO. Ano 9, n.1/2, p.31-40, julho. 2005

NOGUEIRA, M.L. **A enfermeira junto a Grupos de Gestantes: Prática educativa que aponta necessidades assistenciais no ciclo gravídico-puerperal**. Monografia (conclusão do curso de graduação em Enfermagem). Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), 2004.

OLIVEIRA, A.G.B; ALESSI, N.P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** Rio de Janeiro, v.10, n.01, p.290-297, janeiro/março. 2005.

OLIVEIRA, D.C. A categoria *necessidades* nas teorias de enfermagem: recuperando um conceito. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.10, n.01, p.47-52, janeiro/abril. 2002a.

OLIVEIRA, D. C. Revendo a categoria *necessidades humanas* nas teorias de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.231-236, setembro/dezembro. 2002b.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em:  
[http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php) Acesso em: 10/06/2007.

ORNELLAS, C.P. **Instituição e doença: a trajetória dos leprosários, sanatórios e hospícios**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas, 1995.

POLIT, D; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

POPIM, R.C. **O cuidador na ação de cuidar na enfermagem oncológica. Uma perspectiva orientadora sob o enfoque de Alfred Schutz**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2001.

PORTO, F; AMORIM, W. **História da Enfermagem Brasileira Lutas, Ritos e Emblemas**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2007.

PORTOCARRERO V. **Arquivos da Loucura: Juliano Moreira e a Descontinuidade histórica da Psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

ROCHA, R.M. **Enfermagem Psiquiátrica que papel é este?** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Editora Tecorá, 1994.

ROCHA, R.M. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2005.

RODRIGUES, B.M.R.D. O saber fazer do enfermeiro pediatra: uma contribuição filosófica. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.211-217, setembro/dezembro. 2001.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O. D; MAURI, D. Desinstitucionalização outra via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados” In: ROTELLI, F; LEONARDIS, O. D; MAURI. **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, p. 17-60. 2001.

SÁENZ, M.C.L. Los mundos diversos: Alfred Shutz lee El Quijote. **Phainomenon**, Lisboa, n.10, Lisboa, p.63-96. 2006.

SANTOS, N.R. Saúde e Democracia: Valeu a Pena! **Revista Olho mágico**. Londrina, v.10, n.3, p.3-10, julho/setembro. 2003.

SCHUTZ, A. **Collected papers I: The problem of social reality**. 3<sup>rd</sup> ed. The Hague: M. Nijhoff, 1971.

STOTZ, E.N. **Necessidades de Saúde: mediações de um conceito (Contribuições das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em Saúde)**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, 1991.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TOCANTINS, F.R. **As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde – Uma abordagem na perspectiva de Alfred Scthuz**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de JANEIRO, 1993.

TOCANTINS, Florence Romijn; SILVA, Teresinha de Jesus Espírito Santo e PASSOS, Joanir Pereira. **Ética da Enfermagem**. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de (org.). **Práticas de Enfermagem: fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2002.

TOCANTINS, F.R. **Necessidades de Saúde como questão ética do cuidar e do assistir**. Projeto de Pesquisa, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, Rio de Janeiro, 2002.

ZÁRATE BANDA, M.M. **Compreensão típico ideal da prática do enfermeiro em hospitais públicos**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2004.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Idade:

Sexo:

Tempo de formação:

Atua a quanto tempo neste hospital psiquiátrico?

Realizou algum curso de especialização ou formação complementar na área de Saúde Mental?

Quais ações você desenvolve no seu cotidiano de trabalho nesta instituição psiquiátrica?

O que tem em vista ao assistir pessoas que estão internadas neste hospital psiquiátrico?

---

Pseudônimo

**APÊNDICE B**  
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: “A Prática do Enfermeiro em Hospital Psiquiátrico e o processo de desinstitucionalização no contexto da saúde mental”. Você foi selecionado por ser enfermeiro e atuar direta ou indiretamente junto a pessoas internadas em hospitais psiquiátricos. Cabe ressaltar que sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A pesquisa tem como objetivo identificar o entendimento de necessidades de saúde que fundamenta a prática do enfermeiro que atua em hospitais psiquiátricos para analisar e discutir a partir do processo de desinstitucionalização no Brasil, a prática deste profissional no contexto da Reforma Psiquiátrica. Sua participação nesta pesquisa consistirá uma única entrevista, de no máximo 30 minutos, onde serão feitas perguntas como: idade, quanto tempo vem atuando no campo da saúde mental, atividades que realiza, entre outras. Com o objetivo de não perder nenhuma das informações e para a transcrição ser realizada de maneira fidedigna, gostaria de gravar seu depoimento em fita magnética. Garante-se a não divulgação de qualquer fala que possa lhe identificar, assegurando a privacidade (através da livre escolha de um pseudônimo por cada entrevistado), o anonimato e que as informações sigilosas não serão divulgadas. Nesta pesquisa não haverá riscos, desconforto ou gastos financeiros. Você receberá uma cópia deste termo onde conta o telefone do pesquisador principal podendo retirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Mariana Lima Nogueira

Contato telefônico: xxxxxx / xxxxxx Email: [marilimanogueira@hotmail.com](mailto:marilimanogueira@hotmail.com)

---

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

---

(Sujeito da pesquisa)