

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Faculdade de Educação**

Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva

**PAULA GONÇALVES FILIPPON**

**Enfermagem e saúde mental: um mosaico em construção**

**Porto Alegre**

**2010**

**PAULA GONÇALVES FILIPPON**

**Enfermagem e saúde mental: um mosaico em construção**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental Coletiva – modalidade Residência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental Coletiva.

Orientadora: Sandra M<sup>a</sup> Sales Fagundes

**Porto Alegre**

**2010**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	4
<b>2 METODOLOGIA</b>	6
<b>3 UM POUCO DESTA HISTÓRIA</b>	7
<b>3.1 Causos pelo mundo</b>	7
<b>3.2 Causos no Brasil</b>	10
<b>4 AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS</b>	12
<b>5 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA</b>	15
<b>5.1 O novo modelo: Saúde Mental</b>	17
<b>6 A ENFERMAGEM E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA</b>	20
<b>6.1 O Processo de Formação</b>	24
<b>7 A IMERSÃO NA SAÚDE MENTAL COLETIVA</b>	26
<b>7.1 A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva</b>	26
<b>7.2 Causos meus</b>	26
<b>7.2.1 A Dança da Solidão</b>	28
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	35
<b>REFERÊNCIAS</b>	38

## RESUMO

O presente trabalho trata-se de um estudo qualitativo exploratório que se utiliza da metodologia de revisão bibliográfica, e traz consigo ainda uma série de reflexões e bagagens desta autora acerca da saúde mental coletiva e a inserção da profissional enfermeira em tal campo. São explorados inúmeros dados históricos sobre a enfermagem e o cuidado em saúde mental, desde os antigos manicômios - cuidado pautado no isolamento social, no tratamento moral e técnicas questionáveis de assistência – até o que hoje vivenciamos na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O objetivo é trazer subsídios a partir da saúde mental coletiva para reflexão e discussão acerca do cuidado ao sujeito em sofrimento mental e o papel do enfermeiro enquanto parte integrante de uma equipe multiprofissional, interdisciplinar, que deve trabalhar nos preceitos da Reforma Psiquiátrica e em prol destes. Abordam-se ainda fatos relacionados ao processo de formação destes profissionais e algumas cenas vivenciadas pela autora. Conclui-se ao fim deste que o profissional enfermeiro ainda está em busca de sua identidade profissional no campo da saúde mental coletiva, segundo os registros na literatura. Porém, é possível observar, e há registros na literatura científica, as inúmeras possibilidades e potências da inserção deste profissional em tal campo de atuação. Faz-se necessário divulgar mais as práticas realizadas pela enfermeira em saúde mental, numa lógica de desconstrução de práticas hegemônicas e divulgação de boas experiências.

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde mental tem vivido uma série de transformações no decorrer dos últimos anos, em verdade, pode-se dizer que a atenção ao sujeito em sofrimento psíquico vive constantemente em transformação, acompanhando as variações conceituais dos povos sobre o tema. Diversas são as pessoas envolvidas neste cuidado ao ser em sofrimento psíquico. Podemos nos referir desde o próprio usuário, seus familiares, a rede social qual está inserido – incluindo aqui os profissionais que prestarão algum atendimento a esta pessoa, ao longo de sua vida ou em diferentes momentos desta. Tratando-se de saúde mental coletiva, seria limitador referir-me somente ao profissional de saúde, sendo que há uma gama diversa de profissionais e núcleos envolvidos no cuidado, e não só no cuidado, por que não dizer nas relações sociais que constituem o universo deste sujeito? Porém para que a engrenagem funcione, para que as diferentes profissões consigam interagir por um objetivo em comum, de um cuidado integral, é importante que trabalhem em harmonia, que conheçam umas às outras e a si próprias. Ou seja, simultaneamente às transformações do cuidado ao sujeito em sofrimento mental os profissionais também passaram por mudanças, fatos históricos que compõem suas atuais características profissionais, e este trabalho tem como objetivo ampliar tal discussão, considerando o núcleo da enfermagem e sua inserção na saúde mental coletiva.

Durante a trajetória na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva muitos foram os questionamentos sobre afinal, qual seria o papel da profissional enfermeira na saúde mental? Tal questionamento repetia-se tanto internamente em mim, quanto de outras pessoas direcionadas a mim e àqueles que compunham o núcleo da enfermagem. O processo de aprendizagem em serviço foi acontecendo, fui passando por diversos campos de prática, sempre acompanhada de colegas dos variados núcleos profissionais, tanto colegas residentes como colegas de trabalho dos campos de prática que vivenciei, e para minha surpresa, em nenhum campo de prática eu pude acompanhar algum enfermeiro. Não por má vontade destes profissionais, mas devido aos serviços quais eu passei, CAPSi, CAPSII, SRT, dentre outros, nenhum contar com o profissional enfermeiro, mesmo

este profissional sendo especificamente indicado como parte da equipe nos manuais que orientam a estrutura da equipe básica de um CAPS (BRASIL, 2004). Passei a refletir e me questionar sobre essa situação de afinal, o que estaria acontecendo que estes locais não priorizam a presença de um dos profissionais que deveria compor a equipe? Estes serviços e seus respectivos órgãos gestores cometem um ato ilegal ao permitir que o profissional técnico de enfermagem atue sem nenhuma supervisão do enfermeiro, além do que há um ponto, prioritário a meu ver, que se refere à ausência deste profissional representar uma perda considerável em relação ao processo terapêutico do usuário.

Minha procura por respostas, mais amplas do que os aspectos já conhecidos, sobre as ações do enfermeiro trabalhador da saúde mental ficava ainda mais intrigante. O ponto positivo, que não posso deixar de destacar, foi que talvez justamente o fato de não ter acompanhado nenhum profissional enfermeiro me permitiu ampliar o olhar sobre as possibilidades de ação no campo da saúde mental, não me limitando em repetir a prática de um determinado profissional.

A partir da minha prática e de embasamento teórico busco neste trabalho convidar o leitor a uma viagem sobre alguns dados históricos que compõem a trajetória da enfermagem na saúde mental e a Reforma Psiquiátrica, assim como traçar alguns caminhos percorridos nesta história que talvez auxiliem na compreensão do processo e atuação deste profissional, atualmente. Tenho ainda como objetivo analisar e discutir como se dá hoje a inserção do profissional enfermeiro no campo da saúde mental coletiva e sua relação com seus pares. Para tal, parte-se da compreensão desde os modos de tratamentos asilares, pautados no isolamento social da loucura, até os dias atuais em que se luta por uma atenção à saúde mental pautada no cuidado no território, inserção social e cuidado integral.

## 2 METODOLOGIA

Este trabalho consiste em um estudo qualitativo, exploratório – descritivo, do tipo pesquisa bibliográfica. Toma como referência o que preconiza Gil (2002).

Busca-se como materiais de análise para esse trabalho artigos, livros, dissertações, leis, documentos, relatórios relacionados tanto ao processo histórico da saúde mental em âmbito mundial, na história da construção da política pública de saúde e saúde mental brasileira, da história da constituição da profissão enfermagem bem como o desenvolvimento de suas práticas relativas a essas políticas.

No entanto, como bem nos alerta Amarante (2007), a busca da construção histórica neste trabalho não serve para a um modo de explicação determinista e fatalista na relação dos fatos passados em relação ao momento presente da prática de cuidado, aqui em especial do profissional enfermeiro. Mas uma compreensão destes processos em relação com seus pares, seus lócus institucionais e do contexto sociopolítico. Trata-se, como refere o autor, a uma busca em

produzir um corte que atravessasse este contexto, no qual se dão as relações entre os atores institucionais – imersos na rede de saberes/poderes/subjetividades – e, assim, permitir superar um olhar que se lança sobre a realidade para buscar definir causas/causadores, vítimas/algozes (Amarante, 2007, p. 45).

### 3 UM POUCO DESTA HISTÓRIA

#### 3.1 Causos pelo mundo

A construção das instituições totais inseridas no campo psiquiátrico, social e historicamente, passa de forma obrigatória pela participação dos atores diretamente ligados aos processos de vigilância/cuidado aos portadores de sofrimento psíquico. Em tais atores, não tarjados pela psiquiatria, está a própria representação da sociedade em si, de seus mecanismos de seleção, controle e exclusão – os mesmos que sustentaram os processos históricos de criação/permanência das instituições psiquiátricas totais. Calcadas no entusiasmo iluminista do uso da razão, do nascimento das ciências positivistas de classificação racional por categorias cientificamente comprovadas, as instituições psiquiátricas totais eram a perfeita resposta à possibilidade de criação da “cura da loucura”, qual prometia a então recém nascida ciência psiquiátrica (GOFFMAN, 2007). O nascimento da psiquiatria está diretamente ligado a demanda social de identificação dos desajustados, dos não adaptados, dos diferentes. Para tanto, de acordo com o pensamento científico que ainda hoje perdura, nada melhor que um laboratório observacional – o hospital psiquiátrico.

A instituição psiquiátrica em si não ocorre sozinha, ela é um conjunto: pessoas a serem tratadas (excluídas do convívio social para tanto), pessoas que ditam o tratamento (a possível cura do mal) e, ainda - o que consiste em objeto deste trabalho -, pessoas que são as intermediárias entre a ciência representada pela medicina psiquiátrica e a porção humana representada pela loucura – os enfermeiros/cuidadores/trabalhadores de tais instituições. Pois afinal, assim como a psiquiatria - a ciência do cuidado - a enfermagem também acompanhava o momento histórico do modernismo científico (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Diretamente ligado a caridade, o ato de cuidar do outro era, até então, executado pelas instituições religiosas, pelos laços genealógicos (familiares) ou mesmo por mulheres que, de alguma forma, não se encaixavam nos padrões sociais – restando-lhes trabalhar nos insalubres locais de depósito de enfermos

(RODRIGUES; SCHNEIDER, 1999). Outra característica interessante de apontar é que pela enfermagem configurar-se como uma profissão essencialmente feminina, há questões de gênero importantes a serem destacadas, visto que a prática deste profissional esteve sempre subordinada ao saber médico, profissão cuja representação masculina é majoritária (ROCHA, 1994).

A modernização do profissional enfermeiro se dá em conjunto com a própria modernização do aparelho hospitalar, fazendo com que o primeiro inevitavelmente molde-se aos rígidos padrões do segundo. O enfermeiro torna-se, não por acaso, o principal vigilante destes padrões. O hospital agiganta-se inquestionável diante do inevitavelmente agora chamado paciente, adonando-se do corpo do indivíduo, com a justificativa social da cura da enfermidade física. Conforme as décadas vão se sucedendo entre o final do século XIX e, principalmente, ao longo do século XX, o avanço das técnicas diagnósticas para toda a sorte de doenças justifica a existência social do hospital: efetivamente prolongando a vida de seus enfermos com a cura/tratamento das doenças físicas<sup>1</sup>. A profissão do trabalhador do hospital igualmente moderniza-se: regulamenta-se o “ser” enfermeiro através do estabelecimento de escolas de enfermagem e legisla-se sobre a atuação/formação de tais profissionais. A respeito da atuação dos enfermeiros em tais hospitais psiquiátricos é interessante a reflexão feita por Tavares, quando escreve que *“grande parte da rotina da enfermagem, na instituição psiquiátrica, está atrelada aos problemas gerados pela própria instituição sobre a vida do louco, e não o contrário”* (Tavares, 1999, p. 16).

Merece atenção uma publicação do ano de 1991 da Revista Argentina de Enfermagem onde podemos encontrar um artigo que versa sobre um ator político que passou despercebido na história da psiquiatria durante praticamente 200 anos, ou pela menos havia passado até então. Trata-se de Pussin, idealizador da “libertação dos loucos”, realizada por Philippe Pinel no hospital de alienados Bicêtre da França, no século XVII. Jean Baptiste Pussin nasceu na França em 1746 e devido a atividades laborais acabou por contrair tuberculose e seu destino acabou sendo o hospital de Bicêtre, onde realizaria então tratamento para tal moléstia. Quando se regularizou seu estado de saúde foi-lhe oferecido emprego como

---

<sup>1</sup> A rigidez militar do aparelho hospitalar e sua efetividade como aparelho de cura não são o objeto desta discussão apesar destes, com certeza, serem passíveis de uma análise mais aprofundada e crítica.

cuidador de um pavilhão de homens jovens de tal hospital. Em 1784 foi nomeado superintendente do pavilhão dos “incuráveis”. Era, e é considerado um personagem importante, diferenciava-se dos demais “cuidadores” do hospital. Enquanto trabalhador de Bicêtre, Pussin realizava observações e registros acerca dos internos. Registros estes que passaram a ser considerados instrumentos, e estes por sua vez eram utilizados pelos médicos, destacando-se Pinel. Pussin foi um homem observador e idealizador de várias práticas hospitalares reformistas. Salientava em seus escritos e contatos com Pinel que os doentes só reagiriam com mais violência se tratados com violência e afirmava que estes deveriam ser tratados com dignidade. É considerado um dos primeiros “enfermeiros” da história da Psiquiatria (MALVÁREZ; FERRO, 1991; OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

No entanto há diferentes registros na literatura científica da enfermagem afirmando que a enfermagem psiquiátrica era praticamente inexistente. Aparece como referencial a enfermeira norte americana, Linda Richards como a primeira enfermeira psiquiátrica dos EUA, que em 1882 fundou a primeira Escola de Enfermagem Psiquiátrica (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Já no início do século XX, quando são amplamente realizados procedimentos nos corpos dos pacientes, como psicocirurgias, insulinoaterapia, malarioterapia, dentre outros, passou a ser de extrema importância a presença de profissionais capazes de cuidar pacientes após tais procedimentos. Destaca-se a atuação da enfermeira Hildegard Peplau, também norte americana que, inspirada pelos pressupostos da psicanálise e da psicoterapia, introduziu, em 1952, como prática e conceito, o relacionamento terapêutico enfermeira-paciente. O princípio básico era o respeito mútuo e a boa comunicação com o paciente, considerando-se como positivo quando ambos fossem beneficiários desta relação. Seu trabalho foi considerado o primeiro modelo teórico sistematizado da enfermagem psiquiátrica (CAMPOS; BARROS, 2000).

O hospital e seus trabalhadores vão se transformando à medida que a própria ciência médica vai se modificando nos últimos dois séculos. Porém, a história da já mencionada “eficácia hospitalar” não ocorreu com os aparelhos hospitalares psiquiátricos. O estado da arte da ciência psiquiátrica modificou-se passando desde os tratamentos morais, laborais, segregantes – entre outros – até culminar nos

últimos 60 anos com a questionável eficiência dos medicamentos psicotrópicos. A psiquiatria e suas instituições não curaram seus doentes, não comprovaram nenhuma eficácia, levaram inclusive ao processo oposto de gênese e produção da própria loucura. Os trabalhadores de tais instituições, por sua vez, identificados com o desígnio social a eles fornecido, defenderam e defendem a existência da instituição psiquiátrica. Tais trabalhadores propõem constantemente a eterna modernização do hospital psiquiátrico. Novos nomes, tamanhos e formatos – porém o princípio do produto permanece: segregação e isolamento social.

### **3.2 Causos no Brasil**

Em se tratando especificamente do caso brasileiro, a enfermagem inserida no campo psiquiátrico marca um dos primeiros campos de atuação profissional do país, através dos grandes manicômios construídos ao longo do século XIX. Em outras palavras, o nascimento da enfermagem brasileira coincide com a proliferação das primeiras instituições psiquiátricas do Brasil, ou seja, em conformidade com a história nacional.

O primeiro hospício brasileiro, Pedro II, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro, é um exemplo importante na história da enfermagem brasileira. Nesta instituição, assim como em outras que surgiram posteriormente aos mesmos moldes, o doente era sujeito ao tratamento moral, à normatização da vida, e os enfermeiros (ou chamados guardas) eram responsáveis por vigiar e regular seus comportamentos, sendo a atividade básica destes profissionais. Os enfermeiros, por sua vez eram supervisionados pelas religiosas e tinham como “missão” manter a ordem na instituição, valendo-se de diferentes mecanismos de persuasão e repressão que garantissem como produto final corpos doces, calmos e obedientes. Como ferramentas para tal, a moeda de troca era muitas vezes a permissão ou não para receber visitas, o acesso à alimentação, reclusão, contenção mecânica – valendo-se de força física exacerbada, dentre outras (ROCHA, 2005). Estes “procedimentos” eram cumpridos a partir de ordem/orientação médica, porém o

enfermeiro também podia optar por uma destas determinações quando julgasse necessário (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

A partir da proclamação da república, em 1889, o Hospício Pedro II deixa seu caráter caritativo, desvincula-se da Santa Casa, e adota uma condução científica em suas práticas, passando então a chamar-se de Hospício Nacional dos Alienados. O papel de manter a vigilância, a ordem e o controle sobre os loucos, exercido pela enfermagem, respondia aos interesses do Estado Republicano e de grupos da elite médica, que visava um poder institucional por meio do discurso científico (TAVARES, 1999). Para Miranda *“este é um trabalho consoante com o papel desempenhado pela enfermagem: o de preparar o corpo do paciente para que outros profissionais produzam seus saberes.”* (apud TAVARES, 1999, p. 34).

Neste período em que as práticas passam a estar pautadas no modelo científico médico, o diretor do Hospício Nacional dos Alienados, diminui consideravelmente o poder dado até então às religiosas. Estas por sua vez retiram-se totalmente do cenário, e faz-se necessário buscar nova força de trabalho que as substitua. São trazidas para o Brasil nesta época algumas enfermeiras francesas, com a idéia de que invistam força a trabalho na qualificação de mulheres para trabalhar com pacientes psiquiátricos. Surge, então, em 1890 a primeira Escola Profissional para Enfermeiros e Enfermeiras, anexo ao Hospício Nacional dos Alienados no Rio de Janeiro, e esta permanece ativa até o ano de 1923 (ROCHA, 2005). Segundo Oliveira (2005) no estado do Rio Grande do Sul, mais precisamente no Hospital Psiquiátrico São Pedro em Porto Alegre, ocorreu processo semelhante.

Na história da Enfermagem brasileira estes são fatos esquecidos, podendo-se dizer até mesmo negados. Para a história oficial o marco da profissão enfermagem no Brasil é o surgimento escola de enfermagem “moderna”, em 1923 no Rio de Janeiro: a Escola de Enfermagem Anna Nery (OLIVEIRA; ALESSI, 2003), hoje vinculada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

## 4 AS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

Não há como seguir escrevendo sobre a enfermagem e a saúde mental sem contextualizar brevemente o que andava acontecendo no mundo, assim como no Brasil, tanto no contexto histórico político como nos modelos assistenciais experimentados nestes tempos até alcançar o que atualmente representa a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Destaca-se o momento do pós-guerra como um divisor de águas entre o modelo psiquiátrico tradicional - baseado no isolamento, na exclusão social do louco e no tratamento moral – e modelos antagonistas a este (SILVA et al, 2000; AMARANTE, 2003).

Este período após a Segunda Guerra Mundial, que findou em 1945, foi fértil no sentido de reflexões mais amplas sobre as formas de cuidado à saúde mental que vinham sendo praticadas até então. A exposição de milhares de pessoas à violência, exclusão e privação de liberdade durante a guerra, assim como o fato de os hospitais psiquiátricos serem comparados à campos de concentração, impulsionou tais reflexões que, conseqüentemente influenciaram novos modelos de cuidado (AMARANTE, 2003).

Segundo Silva et al (2000), os movimentos de Reformas Psiquiátricas no mundo tem sua gênese na Europa (destacando-se aqui França, Inglaterra e Itália) nações onde o Estado de Direito é assegurado a todos cidadãos. Pode se observar tais características aplicadas em outros países também. Amarante (2003) assinala que tais iniciativas têm vários pontos em comum, mas diferem-se claramente em seus conceitos e formas de serem colocadas em prática. Este mesmo autor divide as iniciativas em três grandes grupos.

O primeiro deles, emergidos principalmente na Inglaterra, na década de 1950, se refere a processos voltados para melhorias dentro do hospital psiquiátrico, conhecidas como *Comunidade Terapêutica* e *Psicoterapia Institucional*. Nesse processo, a partir da compreensão que os modos de trabalho da instituição influenciavam no tratamento de seus pacientes, passou-se a integrar funcionários administrativos, técnicos, usuários e seus familiares em reuniões e assembléias onde se discutiam as dificuldades, projetos e planos de tratamento de cada um, com

o objetivo de evitar situações de abandono, de descuido e principalmente de violência à seus internos. (Amarante, 2007).

O segundo grupo tinha como ponto central colocar a psiquiatria inserida na comunidade, mais próximo dos pacientes, onde o hospital psiquiátrico passa a ser parte do tratamento, mas não dispositivo único para tal. Aqui, destaca-se a *Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Comunitária / Preventiva* desenvolvidas, principalmente, na França e nos Estados Unidos, respectivamente. Uma das grandes inovações trazida pela psiquiatria de setor estava no fato de que a mesma equipe multiprofissional, que acompanhava o usuário em seu território, poderia atendê-lo durante processo de internação hospitalar. Dirimindo a necessidade de estabelecimento de novos vínculos terapêuticos justamente no período de maior fragilidade do paciente, que é o momento da crise. Com essa desconstrução da centralidade da unidade hospitalar permitiu-se, também, que se destacasse a prática de outros profissionais, tais como enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, dando maior ênfase ao trabalho multiprofissional. Já a proposta de uma psiquiatria preventiva trouxe para este cenário uma perspectiva de modos de evitar o adoecimento mental ou, ainda, diminuir seus efeitos. Outra proposta introduzida pela psiquiatria preventiva norte-americana foi a de “desinstitucionalização” que pretendia evitar e reduzir a entrada de pacientes nos hospitais psiquiátricos, bem como seu tempo de permanência nestes.

Já no terceiro grupo encontramos não necessariamente um novo modo de trabalho, mas processos de críticas e reflexões acerca do modo como se constituiu a psiquiatria enquanto ciência da doença mental enquanto localizada no indivíduo. O movimento que ficou conhecido como Antipsiquiatria e que tinha como pensadores os psiquiatras David Cooper e Ronald Laing, apontava que a experiência da loucura dos indivíduos denunciava as tramas e os conflitos existentes no contexto familiar e social. E, ainda, que a estrutura hospitalar era justamente a representação radical das estruturas opressoras e patogênicas da organização social (Amarante, 2007).

As contestações e críticas trazidas pela antipsiquiatria produziram terreno fértil para o que ficou conhecido posteriormente como a *Psiquiatria Democrática Italiana*. Neste processo o ponto de partida foi justamente de que a idéia de um

hospital psiquiátrico não era algo possível de ser remodelado ou aprimorado, conforme aponta Franco Basaglia, um dos principais construtores desse movimento:

[...] acionado o processo de transformação institucional, damo-nos conta de quanto é contraditória a existência de uma instituição que nega a própria institucionalidade no seio de nosso sistema social, e cuja dinâmica tende a absorver qualquer movimento que poderia alterar o equilíbrio geral. [...] nossa situação não tem outra saída senão continuar sendo contraditória: a instituição é concomitantemente negada e gerida; a doença é simultaneamente posta entre parênteses e curada; a ação terapêutica é ao mesmo tempo refutada e executada. (apud Amarante, 2007, p. 54-55)

Esta última, a *Psiquiatria Democrática Italiana*, se constitui na principal referência da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), movimento resultante da mudança de paradigma no cuidado ao sujeito em sofrimento mental no Brasil. O processo da RPB será abordado e discutido no próximo capítulo.

## 5 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A mudança do modelo de assistência em saúde mental no Brasil, conhecido como de Reforma Psiquiátrica, vem se constituindo a partir do engendramento de diferentes linhas de forças, técnicas e políticas, tanto do cenário brasileiro quanto do contexto mundial. Falo aqui de forças que expressam desde os modos de governo do Estado, dos diferentes interesses econômicos e de mercado, dos movimentos sociais em defesa de direitos e das diferentes concepções éticas e técnicas do que venha a ser produção de saúde e saúde mental.

Essa transformação no campo da assistência em saúde mental no Brasil também é resultante de um longo processo de reordenação do modo de assistência em saúde, de forma geral, que se deu principalmente durante a constituição do Estado Democrático e de Direito.

No início do século passado, num Brasil Republicano, as ações em saúde se restringiam a processos preventivos de campanhas de vacinação e ações de saneamento. A ampliação para ações de assistência inicia através de organizações ligadas a classe trabalhadora, geridas por empregados e seus empregadores. Durante o governo Vargas na década de 1930 – governo marcado por ações em favorecimento dos trabalhadores - o Estado toma para si a administração dessas organizações, criando o que passou a se chamar de Sistema Previdenciário, ampliando a assistência médica para outras categorias de trabalhadores - mas ainda apenas para categorias de trabalhadores. A cobertura de assistência à saúde se amplia um pouco mais quando se cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que além da atribuição de cobertura de aposentadoria e pensão, era responsável, também, pela assistência à saúde de seus contribuintes, principalmente através da compra de serviços privados.

A prestação de assistência em saúde através deste modelo de previdência, de compra de procedimentos, passa por sérias dificuldades de sustentabilidade financeira durante o período de recessão da ditadura militar. Este episódio exigiu do governo a criação de novas estratégias para a continuidade da assistência em saúde (Amarante, 1995). Até este período a administração da assistência em saúde era feita pelo Ministério da Previdência, cabendo ao ministério da Saúde a administração de ações de cunho preventivista. Com a crise da Previdência a

alternativa encontrada para sustentabilidade da saúde foi um plano de co-gestão entre os referidos ministérios. Para Amarante (1995)

o processo de co-gestão, assim como o convênio MEC/MPAS, pode ser considerado como precursor de novas tendências e modelos no campo das políticas públicas, tais como o plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), as Ações Integradas em Saúde (AIS), o Sistema Único Descentralizado em Saúde (SUDS) e o Sistema Único de Saúde (SUS). (p. 63)

Uma das grandes transformações trazidas pelo processo de co-gestão foi a ampliação da população beneficiária da assistência à saúde que deixa de ser restrita à classe trabalhadora.

É nesse período de redefinição da política de saúde do país que começa a se destacar o movimento de Reforma Sanitária que, dentre outros princípios, defendia a saúde como direito de toda a população, a primazia de serviços públicos de saúde, o modo de gestão descentralizado e um deslocamento do foco saúde-doença para a promoção de saúde e a superação das ações em saúde a partir de cuidados médicos. (FLEURY, 2008)

Com o fim do Estado ditatorial e da abertura democrática do país, os movimentos sociais pela defesa e garantia de direitos ganha vulto político-administrativo, através da entrada de pessoas ligadas a estes movimentos (como também do movimento sanitarista) nas estruturas administrativas e de gestão do governo. É neste momento que passa a se desenhar princípios, diretrizes e modelos que culminou no que hoje conhecemos com a Política Nacional de Saúde: o SUS.

Esse período de transformação do Estado e de redefinição do modelo de assistência em saúde, vividos durante as décadas de 1970 e 1980, coincidem com o momento em que as transformações e discussões acerca da assistência psiquiátrica do cenário mundial começam a circular no país. De modo que, todo o movimento de transformação dos modelos assistenciais nessa área, conhecidos como processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, se constituiu conjuntamente com o processo de reforma da saúde.

Todas essas mudanças relativas aos modos de fazer e gerir saúde foram motivadas tanto por critérios econômicos (economicidade pública como de interesses privatistas e de mercado), como por paradigmas éticos (saúde como direito de todos, de forma integral). No campo da saúde mental, além de interesses

econômicos (neste caso também de interesses privados e de mercado), de um paradigma ético (respeito à condição do indivíduo em sofrimento, enquanto modo de experiência de vida), muitos critérios técnicos foram e continuam sendo questionados acerca da resolutividade /efetividade de determinados modos de cuidados. Quer sejam relativos a serviços (ambulatoriais, hospitalares, etc.), quer sejam relativos a técnicas profissionais (médicas, psicológicas, da enfermagem, etc.)

### **5.1 O novo modelo: Saúde Mental**

No cenário brasileiro, a mudança do modelo de atenção em saúde mental se construiu enquanto um grande movimento social e político que envolveu diversos setores e organizações da sociedade, como por exemplo: Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), Organização dos Advogados do Brasil (OAB), Movimento dos trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), Associações de Familiares e Usuários dentre tantos outros (Amarante, 1995).

Tendo o movimento da RP eclodido a partir de uma série de denúncias feita pelo MTSM sobre as péssimas condições e de maus tratos sofridos pelos pacientes dentro dos hospitais psiquiátricos, uma série de encontros, congressos, conferências foram sendo realizadas com o objetivo de avaliar e propor novas formas de produzir cuidado no campo da saúde mental. Discussões sobre doença como foco central, conceito de doença mental, de normalidade, de cura, terapêutica, periculosidade, e tantos outros, foram aspectos que marcaram a agenda desses encontros e que constituem aspectos fundamentais para a Reforma (Amarante, 2003).

Esse processo de organização da saúde e da reforma da assistência em saúde mental se instituiu no Brasil através da Política Nacional de Saúde Mental, que tem como um de seus marcos histórico a promulgação da Lei 10.216 de 2001 que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Modelo baseado na existência dos serviços substitutivos aos manicômios que visam evitar os processos de internação/institucionalização dos usuários, promovendo sua reabilitação no próprio território, tais como os Centros de Atenção Psicossocial, Oficinas de Geração de Renda, Serviços Residenciais Terapêuticos. Cabe salientar a definição e regulamentação destes serviços é baseada em experiências exitosas, já existentes, em acordo com essa nova forma de cuidado. Para mais informações ler: Política Nacional de Saúde Mental

O conteúdo trazido por essa lei é um aspecto fundamental para a efetivação da Reforma: a mudança do olhar na compreensão a cerca dos usuários da saúde mental, seu processo de adoecimento, seus direitos suas possibilidades terapêuticas. Se antes os usuários da saúde mental eram considerados indivíduos que detinham uma doença no próprio corpo (e que, portanto, fadados ao sofrimento permanente, deveriam ser reclusos em instituições hospitalares fechadas, com período de permanência indeterminada) com o desenvolvimento das reformas sanitárias e psiquiátrica, o paciente passa a ser

compreendido na sua existência – sofrimento de sujeito em sua relação com o corpo social, será visto como sujeito cidadão, com direitos e também deveres e responsabilidades. Sujeito capaz de conquistar níveis de autonomia e emancipação para organização a sua vida; para se tornar protagonista de sua própria vida. Este novo sujeito deve, a partir deste ponto de vista, receber acima de todo, “cuidado”, “atenção integral”, sendo atendido nas suas necessidades. (Amarante, 2003, p. 62)

Diante desse outro modo de compreender o sujeito e suas necessidades, faz-se necessário a constituição de um novo modo de cuidar. Um novo modo que viabilize a este sujeito o exercício da autonomia, das responsabilidades, da liberdade, da escolha. Um modo de atenção que se reconhece como psicossocial e não da cura da doença mental (Amarante, 2003).

a modificação do paradigma assistencial implica em disponibilidade (técnica, ética, política) dos profissionais para a construção de um projeto terapêutico participativo e democrático que inclui o usuário como sujeito e não mero objeto de intervenção e que relativiza as competências específicas dos profissionais num trabalho coletivo de assistência. (superando o manicômio, p. 187)

No entanto, conforme avalia Oliveira (2008) *apesar dos avanços, na prática, os profissionais nem sempre conseguem deixar de ter como foco principal o controle dos sintomas, dos corpos e das vontades de pessoas diagnosticadas como portadoras de transtornos mentais.* Para ele

A formação dos profissionais de Saúde Mental, [...] se constitui, explícita e, às vezes, sub-repticiamente como uma antítese das propostas das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. O profissional está via de regra, à mercê de currículos que marginalizam a Saúde Mental

e o submetem à psicopatologia tradicional, privilegiam procedimentos clínicos quase exclusivamente aplicáveis a consultórios e ambulatórios tradicionais e promovem a medicalização da vida cotidiana, o que vai além da corriqueira medicalização, passando para toda uma postura cultural que transforma condições sociais e culturais em problemas de ordem médica. (2008, p. 39-40)

E, nesse sentido, problematizar e construir novos modos e processos de formação no campo da saúde mental é, sem dúvida alguma, condição para que as Reformas se estabeleçam não apenas em âmbito macro político, mas no dia-a-dia, nas práticas cotidianas de cuidado.

## 6 A ENFERMAGEM E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL COLETIVA

A profissão enfermagem, em especial aquela denominada enfermagem psiquiátrica, tem em sua história a característica de concepções sobre a loucura guiadas principalmente pela lógica dominante médico-psiquiátrica, segundo as autoras Miranda e Oliveira (2001), e assim como já vimos no terceiro tópico deste trabalho. Porém a vivência prática no campo da saúde mental coletiva se apresenta viva e pulsante, nos surpreendendo diariamente com o inusitado e com vidas que necessitam de cuidado. Este aprisionamento às características da psiquiatria tradicional não dá conta de responder ou resolver tais questões, tornando o profissional que se prende a elas refém de um ciclo doentio de dependência e não resolutividade.

As mudanças na forma de cuidar, antagônicas aquela antes apresentada no modelo cientificista-médico-psiquiátrico, são agora pautadas no desafio do cuidado no território, de atenção integral e com participação ativa dos usuários e de seus familiares. Conforme apresentado no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental espera-se deste profissional uma postura que rompa com a antiga lógica dos especialismos e que este possua sensibilidade frente aos desafios de um cuidado integral e não fragmentado. Espera-se ainda, que este possua habilidades para trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar, que valorize o saber popular e lute pela consolidação dos princípios da reforma psiquiátrica e pela lógica antimanicomial (BRASIL, 2002). No último século, outras ciências e novos saberes enriqueceram e multiplicaram as possibilidades de auxílio aos sujeitos em sofrimento psíquico, citando-se aqui, não exclusivamente, mas principalmente, a psicologia e a terapia ocupacional como ciência e possibilidade de terapêutica (mesmo que a psiquiatria negue/ignore o benefício das mesmas). Trabalhar na alteridade, no encontro com o outro é uma riqueza e um desafio que devem ser exercitados e tendem a gerar bons resultados, visualizáveis na atenção ao usuário. A relação da enfermagem com tais ciências ainda é incipiente do ponto de vista histórico, mas é reforçado a partir do princípio de inter/transdisciplinariedade do SUS e pela proliferação de residências multiprofissionais pelo país, o que é muito

positivo, visto que se espera um profissional melhor preparado para trabalhar em equipe.

A partir do perfil que se espera do profissional, dentro dos preceitos da reforma psiquiátrica, a autora Cláudia Tavares faz alguns apontamentos. Em sua análise efetuada no estado do Rio de Janeiro durante a década de 90, Tavares (1999) afirma que com o surgimento dos serviços alternativos, houve uma diminuição da participação do profissional enfermeiro na composição das equipes multiprofissionais. Uma possível explicação para tanto, seria o fato de que ao deslocar o cerne do tratamento do biológico para o mental, não se reconhecia mais um papel possível para esse profissional nesse contexto. Para as autoras Miranda e Oliveira (2001) a inclusão de novos serviços de atenção em saúde mental acabou “destronando” as enfermeiras de seus postos, há tanto tempo ocupados, de gerentes e chefias de hospital.

A minha inserção no campo das práticas em saúde mental coletiva me faz pensar que houve algumas alterações positivas nos últimos tempos, ao que tange o efetivo numérico, porém a afirmação acerca da identidade profissional permanece, tanto pelos dados observados na literatura como em minhas vivências e contato com outros enfermeiros. A autora Oliveira (2005) problematiza os desafios da reforma psiquiátrica e aponta, como um deles, a adequação dos profissionais trabalhadores de equipes de saúde mental. Esta autora pontua o fato de a enfermagem por vezes não ser reconhecida pelos próprios usuários enquanto parte da equipe, enquanto trabalhador que exerce função terapêutica. Seguindo nesta mesma linha, em seu trabalho publicado no ano de 1999 (período em que novos dispositivos de cuidado em saúde mental estavam sendo criados) a enfermeira Claudia Tavares faz a seguinte reflexão:

se a perspectiva para atuação profissional nos moldes da reforma é o processo de cuidados, como então se explica o fato de a enfermagem, uma profissão cuja essência é o cuidar, não ser reconhecida entre os técnicos de saúde mental como uma profissão qualificada para atuar nos novos serviços alternativos em expansão? (TAVARES, 1999, p. 37)

São pertinentes tais questionamentos acerca do não reconhecimento da enfermagem no cuidado ao sujeito que busca atenção em saúde mental. O

profissional encontra dificuldade em ser reconhecido como ator ativo neste processo, assim como em enxergar-se como tal. Esta é uma reflexão também trazida por Oliveira (2005), de que a mudança de paradigmas - qual a reforma psiquiátrica se propõe - soma ao corpo e mente em sofrimento a necessidade do cuidado ao sujeito por uma ótica mais completa, e por sua vez mais complexa - conforme já visto em capítulo anterior. O sujeito necessita ser atendido em suas demandas psicossociais, sem reducionismos. Faço referência, neste caso, ao contexto familiar ou de cuidado, às relações sociais que este estabelece ou não, à sua condição de classe, dentre outros. Esses aspectos devem ser levados em conta e trabalhados junto ao usuário enquanto aspectos envolvidos no processo de adoecimento, pois são fatores que o ajuste medicamentoso, por si só, não irá resolver. Tratar de tais temas não é um exercício dos mais simples, ainda mais quando o profissional não se sente preparado para tal.

Conforme temos visto nos estudos citados anteriormente, o papel da enfermagem no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico tem sido questionado e tem se dispensado atenção e energia na busca de respostas. As autoras Miranda e Oliveira (2001) afirmam em seu artigo que “parece haver escassez de identidade profissional e excesso de preocupação com ela” (pág. 175). Neste mesmo artigo as autoras problematizam a busca pela identidade. Afirmam que ao passar a fase considerada enriquecedora deste processo, a identidade pode tornar-se prisioneira de suas características e os sujeitos passam a isolar-se do grupo, ficando ofuscados pela própria busca. Estes são fatores que enfraquecem o potencial do ator social e o sujeito corre o risco de anular-se assim como a identidade.

Uma “válvula de escape” encontrada durante essa cobrança e busca sobre o fazer da enfermagem em saúde mental é o tempo que este profissional acaba dedicando a funções administrativas dos serviços. Assumindo estas atividades acaba ocupando um lugar de facilitador da terapêutica de outros profissionais em detrimento de colocar em prática uma ação terapêutica voltada para a relação direta e concreta com o usuário. Esta é uma posição às vezes difícil de ser mudada, principalmente quando se cristaliza em determinados serviços. Ocorre que alguns profissionais podem tensionar para desprender-se de tais atividades e a equipe ser resistente a mudança. Esta postura acarreta em perdas tanto para equipe, quanto

para o profissional enfermeiro e, mais relevante ainda, para o usuário. Conforme registra Tavares:

A enfermeira, no vazio de uma perspectiva mais especializada e com a aquiescência de toda a equipe, assume a função burocrática do serviço, gerando sérios prejuízos para o desenvolvimento do cuidado e da enfermagem como profissão. Pode-se dizer que esta é uma tendência histórica no exercício da enfermagem. (TAVARES, 1999, p. 61)

Ainda sobre as ações do enfermeiro nas equipes de saúde mental Oliveira e Alessi (2003) trazem reflexões acerca do profissional e sua relação com o objeto de trabalho, agora ampliado e que necessita que se tenha uma interface com outros campos de atuação, como esporte, cultura, lazer. Não se trabalha mais com a noção de cura, mas sim na lógica da reabilitação, reinserção social. As autoras questionam até quando o enfermeiro tem condição de bancar ações que visem à reabilitação, o resgate da cidadania do sujeito usuário enquanto ele mesmo (o enfermeiro) não tem posicionamento claro na equipe sobre sua condição de sujeito-cidadão. Porém, tais autoras colocam também neste questionamento a potência existente na classe da enfermagem. Quando imersos no processo crítico de perceber-se responsável por um trabalho coletivo, a partir da reinvenção do cotidiano - seus confrontos e contradições – e nas possibilidades de romper com práticas e conceitos hegemônicos manicomiais é onde se encontra o potencial da classe enquanto importante agente de mudança. As autoras colocam ainda, que quanto mais conscientes de sua condição de sujeito-cidadão o profissional for, maior será sua aptidão para trabalhar em prol do resgate da cidadania do sujeito em sofrimento mental e menor será sua subordinação nas intervenções (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Autoras como Villela e Scatena (2004) afirmam quão importante se faz o desenvolvimento da auto-estima e habilidades políticas para dar conta das demandas da profissão de enfermeira em saúde mental.

Mas afinal o que define qual será a postura ética e política do trabalhador enfermeiro? Como se dá a aproximação do profissional com práticas tão divergentes como as que vimos nestes últimos parágrafos? Talvez não haja respostas concretas para tais questionamentos, porém é sabido o quanto o processo de formação profissional e pessoal reflete diretamente nas práticas. Já no ano de

1999, Tavares questionava o modelo de formação de profissionais fundamentado pelo modelo médico tradicional, de regras claras e definidas, baseado no treinamento, no desenvolvimento de habilidades específicas, execução de programas previamente definidos, sistematização de rotinas e procedimentos. Para Almeida (apud Tavares, 1999) esse modo de formação não valoriza o saber que emana das relações interpessoais e sociais intermediadas por um corpo sensível em movimento, reduzindo este corpo à implementação racionalizadora de técnicas. Estes são exemplos, ainda hoje vistos nas graduações e pós – graduações de enfermagem, de quão lento tem sido o processo de avanços na formação, e como este, pelo menos no que diz respeito à enfermagem, não tem conseguido acompanhar a mudança de paradigmas na saúde mental e o quanto o cuidado à vida tem nos exigido.

## **6.1 O Processo de Formação**

Tratando-se da formação do profissional enfermeiro é pertinente o estudo realizado por Kantorski e Silva (2000) na qual trazem dados referentes a quatro universidades públicas do estado do Rio Grande do Sul. Neste estudo as autoras revelam que o ensino apesar de ter influências da psicanálise e da psiquiatria preventiva, tem grande parte de seus estágios em hospitais psiquiátricos. Ou seja, campos de prática que reafirmam o modelo manicomial e a abordagem a conteúdos como as políticas de saúde mental é somente explicitado no plano de ensino de uma destas universidades. A universidade que cursei é justamente esta que propõe a abordagem às políticas de saúde mental, e no período de minha formação de 2004 a 2008 me foi proporcionado vivência em atenção à saúde mental na atenção básica de Porto Alegre, assim como havia outros campos de estágio em CAPS e em unidade de internação psiquiátrica em hospital geral. Essa vivência proporcionou diversos questionamentos e oportunidades de reflexão acerca do cuidado em liberdade, desafio da Reforma Psiquiátrica.

Os enfermeiros que atuam na assistência em saúde mental saem das universidades sem o devido preparo e bagagem teórico-prático para assumir tais cargos, segundo alguns autores. Este despreparo para encarar o mundo do trabalho vai refletir também em suas práticas. Certamente será um profissional que irá passar por situações desagradáveis durante sua inserção na prática, além de não ter embasamento teórico para romper com o ciclo que mais comumente impera nos serviços, que é o da lógica médico-centrada, de visão e práticas manicomial. Nestes casos, assim como em outros, a autora salienta a importância das especializações voltadas para área, apesar de pontuar que ainda há poucas no país. (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Ao dedicar este trecho a formação do enfermeiro não poderia passar em branco a abordagem, mesmo que breve, da especialização modalidade Residência Multiprofissional em Saúde. Este é um dispositivo de aprendizagem em serviço cuja proposta é o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, um de seus principais objetivos é *“superar a segmentação do conhecimento e do cuidado”* (SILVA; CABALLERO, 2010, p.62). E este é também um dos objetivos deste trabalho, que apesar de ter um recorte sobre um núcleo específico - enfermagem – visa conhecer um pouco mais a fundo e problematizar justamente essa busca incessante pelo seu papel profissional, e a dificuldade que se tem de superar esta segmentação.

## **7 A IMERSÃO NA SAÚDE MENTAL COLETIVA**

### **7.1 A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva**

Início a residência em Saúde Mental Coletiva assim, meio no susto. Foi um processo seletivo rápido, que iniciou com um edital que não avisava a data de início das atividades, e ocorreu quase simultâneo a minha formatura da graduação. De repente já era chegada a hora de estar na FACED para descobrir afinal o que se pretendia com tanta pressa, e com tanta gente diferente reunida. Éramos uma turma de doze residentes, éramos, pois (in)felizmente uma colega com quem muito aprendo teve que sair para assumir um emprego. Mas voltando a nossa turma, havia algumas profissões atípicas à saúde, pelo menos para mim eram estranhos no ninho, mal sabia eu que talvez a enfermagem fosse mais estranha no ninho do que qualquer outra profissão. O primeiro mês foi lindo, todos residentes juntos, fosse para momentos de crescimento enquanto equipe, em atividades de exercícios teatrais que nos aproximava uns dos outros, nas itinerâncias, em momentos lúdicos ou em batalhas travadas com a coordenação pela busca de nossos direitos/interesses. No segundo mês já estávamos divididos em equipes e inseridos nos campos de práticas.

### **7.2 Causos meus**

Foram diversos os cenários de prática que tivemos oportunidade de vivenciar, aqui trarei apenas alguns exemplos, os que mais me marcaram, assim como o relato de caso de um acompanhamento terapêutico. Estes exemplos servem como ilustração de outro lugar terapêutico possível para o profissional enfermeiro implicado no cuidado a saúde mental coletiva.

O primeiro campo de prática qual me inseri, juntamente com outros três colegas, sendo uma TO, um Professor de Educação Física e um Artista Plástico/Músico/Sensível foi um CAPS infância e adolescência do município de Novo Hamburgo. Era tão estranho, não sei o que me chamava mais atenção, se era o fato de não haver enfermeiro naquela equipe, ou o número expressivamente desproporcional de profissionais psicólogos e estagiários (cinco contratados e pelo menos uns oito estagiários). Aquele era meu primeiro campo de prática da residência, local onde a lógica de atendimentos era basicamente *psi* e a linha teórica seguida a Lacaniana. Este local me proporcionou muitos encontros, grupos de adolescentes, vivências pela cidade com a oficina “Fora da Casinha”, o primeiro contato mais íntimo com a psicose (antes estes ocorriam de forma passageira, não de pessoas que eu acompanhasse por longo tempo). Havia reuniões de equipe semanais com discussões infundáveis, foi onde eu fiz meu primeiro Acompanhamento Terapêutico (AT) com uma criança, onde iniciei junto com meu colega Haik um AT que rendeu um ano de acompanhamento e longas conversas que tínhamos ao sair do acompanhamento por vezes com uma sensação de incapacidade, um acampamento realizado e organizado com os adolescentes, o famoso impasse da piscina – que acabou virando sala de atendimento após sermos vencidos nessa batalha, enfim, foi um local que me marcou por inúmeras afetações. Destaco o fato de que nesta época, iniciando a residência eu tinha muitas dúvidas sobre meu papel de enfermeira naquele serviço. Além do que me revoltava aquele número absurdo de psicólogos em detrimento de outros profissionais de nível superior que poderiam estar trabalhando com as crianças e adolescentes, este fato rendeu alguns debates com a equipe. Percebo hoje quanto foi importante para minha formação este período, sem me dar conta, fiz uma imersão na saúde mental que talvez as amarras do que é esperado do papel da enfermeira não tivessem me permitido ir ao fundo.

O outro local qual eu tive uma identificação apaixonante foi o serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Dividi este momento especial com minha colega TO Bárbara, as meninas que compunham a equipe, os moradores da Vila Cachorro Sentado e os do Morada (não gostam de ser confundidos inclusive). Foi uma experiência incrível, o contato diário e intenso com vidas potentes que resistiram bravamente a longos anos de internação no manicômio. Foram inúmeras

as atividades realizadas junto com estas pessoas, porém, escolhi contar para o leitor sobre um Acompanhamento Terapêutico realizado neste período com uma moradora. O nome da moradora foi mantido em sigilo, ou seja, o nome utilizado no relato é fictício. Para me auxiliar a expor esta grafia com um pouco mais de vida utilizei trechos de músicas. Segue abaixo este acompanhamento entrelinhas.

### 7.2.1 A Dança da Solidão

*Angústia, solidão,  
Um triste adeus em cada mão,  
Lá vai meu bloco, vai,  
Só desse jeito é que ele sai,  
Na frente sigo eu,  
Levo o estandarte de um amor,  
O amor que se perdeu no  
carnaval,  
Lá vai meu bloco,  
Lá vou eu também,  
Mais uma vez sem ter ninguém,  
No Sábado e Domingo,  
segunda e terça-feira,  
E quarta-feira vem,  
O ano inteiro,  
É todo assim,  
Por isso quando eu passar,  
Batam palmas pra mim.*

*Aplaudam quem sorrir,  
Trazendo lágrimas no olhar,  
Merece uma homenagem,  
Quem tem forças pra cantar,  
Tão grande é a minha dor,  
Pede passagem quando sai,  
Comigo só,  
Lá vai meu bloco, vai...*

*(Música “Bloco da Solidão”, de  
Maysa e composição de Jair  
Amorim e Evaldo Gouveia.)*

Chegando ao Residencial, num dia de muito Sol e calor - em meio a uma festa do dia das crianças - uma das primeiras pessoas que procurei foi uma conhecida, Maysa que me encantava por sua música. Já tinha ouvido falar que ela não estava no Morada por aqueles dias por estar internada no HPSP, mas naquela terça-feira ela caminhava por ali, de braços dados com seu namorado, morador do Residencial e Vila São Pedro. Reparei que estava com ela também uma moça, que parecia ser sua AT. Curiosa, e sem conhecer praticamente ninguém naquela terra estranha, indaguei meus colegas - que se despediam do SRT naquele dia - sobre a situação que se encontrava Maysa. Eles me falaram sobre sua última crise, e de como estava sendo difícil para a equipe poder lidar com ela, ainda mais que a crise neste caso, não se manifestava da maneira mais comumente vista por essas trabalhadoras, o que também dificultou a aceitação das equipes de unidades de agudos para recebê-la. Os sintomas de sua crise estão muito ligados a uma sensação de incapacidade motora, o que a leva a diversas outras conseqüências e sintomas.

Após breve internação na Mario Martins Feminina, Maysa estava na unidade de moradia Madre Matilde há meses, mas já em processo de transição para o Morada São Pedro. E aquela menina que vi acompanhando-a era realmente sua AT, que fora contratada para auxiliar no retorno de Maysa a sua casa. Em poucas semanas ela estava de volta ao Residencial, residindo ao lado da casa considerada QG da equipe (casa 6). Sua AT acompanhou mais algumas semanas, mas seu trabalho chegava ao fim com o retorno de Maysa a sua casa, ela agora voltava a ser total responsabilidade da equipe de trabalhadoras do SRT. Por tratar-se de um caso bastante peculiar, em que poucas pessoas da equipe conseguiam lidar e falando bem francamente, poucas tinham paciência para lidar com Maysa, aceitei o desafio de acompanhá-la no período em que eu estivesse neste cenário de prática.

Maysa foi moradora do HPSP desde a adolescência, passaram-se ai mais de trinta anos, e há nela muitas cicatrizes de alguém institucionalizado por longo tempo. Eu a conheci quando vim assistir um antigo projeto do Morada, chamado "Samba da Casa Um", desenvolvido pelo psicólogo Eduardo Xavier. Ela me chamou muito a atenção, assim como a outros colegas, pela expressão intensa que transbordava ao cantar. Um corpo marcado pelo uso exacerbado de medicação psiquiátrica, que entorta-se naturalmente e parece não suportar o peso que carrega, ao cantar revela

mais ainda dessa dor, de maneira linda - que não impede de ser triste, um visceral pulsar de vida.

*“Quem não quiser ouvir meu canto  
Não faz mal canto pra mim  
E canto por sinal  
Pra não morrer*

*Quem não quiser pensar na vida  
Vai ficar sem saída  
Na morte vai  
Ser causa perdida sem viver”*

*(Trecho da música “Pra quem não quiser ouvir meu canto”, Maysa)*

Ao conhecê-la neste meu período no SRT, soube sobre uma antiga paixão sua qual ela relata ainda sofrer muito por não tê-lo mais ao seu lado. É um homem com quem ela namorou durante anos no HPSP e morou junto quando veio residir no Morada. Há um tempo, não sei exatamente quanto, mas certamente há mais de dois anos eles se separaram - fato nunca aceito por Maysa, até hoje apaixonada por este homem. Essa “distância” e abandono do ser amado tornou-se o lamento constante de Maysa, não há um dia que ela não fale deste ex companheiro, seja xingando-o por não ir vê-la, seja indagando-se sobre os motivos que fez ele deixá-la, seja perguntando por ele e por sua saúde e por vezes, quando está mais desorganizada ela afirma ter matado-o.

*“Me dê tua mão que eu aprendo  
difícil foi desaprender  
por onde eu andei  
foi tão triste  
que quase não deu pra te ver*

*não peça tão já meu sorriso  
dê tempo pra eu me entender  
e tudo que é teu meu amigo  
é meu porque tinha que ser*

*me abraça, me aperta em teu peito  
quem sabe eu consiga esquecer*

*e o que me matou não é mais meu  
e eu vivo pra não mais morrer”*

*(Música “Não é mais meu”, de Maysa, Erlon Chaves e David Nasser)*

Iniciamos nosso contato a partir de algumas visitas à sua casa, ou encontros pela rua. Ela tem como referência uma pessoa carinhosa e zelosa, que se dispõe a levar Maysa a outros espaços, diferentes do cenário do Hospital S.P. e que mediou minha entrada como acompanhante terapêutica de Maysa.

Maysa quando caminha sempre quer andar de braços dados, com quem for que estiver com ela. Refere constantemente seu medo de cair. Por vezes pára no meio da rua se não está de mãos ou braços dados com alguém... Em compensação muitas vezes a vi caminhando muito bem, sozinha, pelas ruas da vila, o que me garante que ela caminha, e caminha bem. Sempre que saímos juntas trabalho essa questão da sua dependência das pessoas, e de quanto isso pode ser prejudicial a ela.

*“Não fui eu que caí  
Sei que você me entendeu  
Sei também que não vai se importar  
Se meu mundo caiu  
Eu que aprenda a levantar”*

*(Trecho da música “Meu mundo caiu”, Maysa)*

Várias vezes ela pede que eu a leve na Unidade Madre Matilde, para rever suas amigas. Digo que é ela quem vai me levar, visto que eu nem conhecia a unidade e quem gostaria de ir e sabia o caminho era ela, Maysa gosta da idéia, mas segue pedindo que eu a leve. Subimos algumas vezes até lá e chegando à unidade ela senta nos bancos da frente ou no sofá na área interna, assim como as pacientes que moram lá. Pouco conversa com as moradoras, dirige a palavra algumas vezes, mas sempre para alguém da equipe que passa pelo ambiente - que normalmente não lhe dão muita atenção. Em uma dessas nossas visitas Maysa caiu no chão ao passar sobre um meio-fio, ela não se machucou, apenas foi ao chão lentamente, pois estava de braço comigo e não consegui segura-la, mas conduzi-la ao chão de

maneira que não se machucasse. Mesmo assim, Maysa desorganiza-se, grita, parece não conseguir levantar, xinga aos berros. De tal maneira que tenho de utilizar um manejo verbal firme, o que não é mesmo minha especialidade, para conseguirmos seguir nosso trajeto.

*“Volto ao meu mundo vazio  
Mesmo não querendo voltar  
Sei que lá você não estará  
Nem voltará, infelizmente não*

*Ainda ouço o seu adeus  
A ecoar nos sonhos meus  
Enquanto ainda chamo você  
Voce não ouve nem me vê*

*Perdi a fé e me perdi  
Nem sei porque estou aqui  
Se a esperança como eu  
Nesse meu mundo se perdeu”*

*(Trecho da música “Mundo Vazio”, Maysa)*

Realizava outras saídas com Maysa, que não necessitasse muita caminhada, logo o destino que nos restava era o Bourbon. Fomos algumas vezes tomar sorvete, uma vez comprar roupas para ela, e por vezes apenas caminhar. Fomos também olhar preços de aparelhos de som, que ela tem pedido para sua referência comprar, fizemos combinações, como neste dia, de que somente iríamos olhar os preços para vir buscar em outro momento. Na emoção de ver o aparelho de som que ela queria, comporta-se totalmente ao oposto do que combinamos, faz birra, finge não ouvir, e quer levar o aparelho naquela hora. Eu e minha colega TO relembramos a combinação prévia do passeio e que ela compraria o rádio, mas em outro momento.

Maysa estava indo bem, freqüentava diariamente sua casa, devido a isso passei há conhecer um pouco melhor também seu companheiro de casa Sr. Vila Lobos e aquela que os ajuda nas tarefas domésticas, chamada aqui de Joyce. Maysa realiza diversas tarefas domésticas, como lavar a louça, varrer o chão e lavar

roupa. Realiza sozinha suas atividades de higiene pessoal, e assim como já comentado, sempre que possível - ainda mais quando tem companhia, adora dar uma passeada. Isto intercalando com alguns dias em que não estava muito bem e fica aos gritos em casa, esperando que alguém apareça. Isto ocorre principalmente pela manhã, enquanto não chega Joyce para servir-lhe o café e dar-lhe atenção. Isso de ela gritar atormenta muito a equipe, ainda mais que sua residência é colada a casa 6, o que impede as trabalhadoras de fazerem de conta que não estão ouvindo, isto inicia uma avalanche de ocorridos. A equipe já sem paciência e com certo desafeto por Maysa tende a ter manejos muito firmes com ela, e esta ao invés de “pegar no tranco”, como esperam as trabalhadoras, se trava ainda mais. Sua referência trabalhava no turno da tarde, e para acompanhar mais de perto e neste horário mais crítico – o da manhã – ela inverte seu turno de trabalho e passa a estar junto a Maysa logo cedo. Essa mudança surte efeitos imediatos, onde ela passa a começar a manhã de outra maneira e isto reflete em todo seu dia.

Observei grande mudança no comportamento de Maysa com a saída de sua referência, que tirou férias coincidentemente num período simultâneo as minhas. Ao retornar para o trabalho no Morada vejo uma Maysa diferente de antes de eu sair de férias, iniciando com sintomas que meus colegas haviam relatado sobre seu estado antes de ser internada na unidade de agudos do HPSP (Mário Martins), o que me assustou - confesso. Sua referência retornaria somente após algumas semanas, então passo a estar ainda mais presente em sua casa, duas vezes ao dia – manhã e tarde. Algumas vezes é realmente difícil acompanhá-la, pois além desse sintoma de paralisia ele vem acompanhado de inúmeros episódios em que ela não consegue chegar ao banheiro e acaba realizando suas eliminações fisiológicas onde estiver, na cama, no sofá, no chão... Seria mais fácil nessas situações agir com praticidade e “levá-la” até o banheiro para que tome banho, mas optei por inúmeras vezes respeitar seu tempo. Ficava com ela o tempo que fosse necessário, até ela acreditar que conseguiria sim erguer aquele corpo e conduzi-lo até o banheiro. Ela repete muitas vezes que vai cair, que não consegue, que está aleijada, que não sabe por que da essas loucuras em sua cabeça, que sente dor nas pernas, por vezes grita ao tentar erguer-se, “simula” um choro, ainda em meio a tudo isso e muitos cheiros desagradáveis volta a se lamuriar pelo perda de seu grande amor, enfim uma grande miscelânea.

Ela se sente muito mal quando essas coisas acontecem, é visível e audível para quem quiser captar seu sofrimento. É também perceptível para mim o conforto que ela sente ao ser cuidada, e é isso que ela demanda todo tempo, cuidado e afeto. Na ausência de sua referência praticamente não há quem faça essa ponte de sentimentos, e quem fica em maior contato é Joyce. Joyce inicialmente dirigia-se aos dois moradores com carinho, mas vejo que com o passar do tempo, ela está cansada das trapalhadas de Maysa e acaba tendo um manejo “duro” com ela, o que acaba por desorganizá-la ainda mais. O interessante é que Joyce consegue perceber e vem conversas comigo sobre isso. Fala que está muito difícil lidar com ela, refiro-me àqueles dias em que Maysa não se encontrava bem, pois em outros momentos observei uma relação bastante positiva. Tento lhe explicar um pouco o que se passa com Maysa, falar um pouco de sua história, de sua psicose, mas principalmente dou espaço para ouvi-la e me coloco a disposição para auxiliá-las no que for possível.

Maysa tem muito tempo ociosa, ainda mais nestas últimas semanas em que diz não conseguir caminhar direito, e passa praticamente todo tempo em casa. Ela é uma mulher vaidosa, e senti grande alegria quando há semanas fui a sua casa após um dia muito difícil e ela parecia outra pessoa. Ela estava bem vestida e havia ajudado Joyce em algumas tarefas da casa. Trouxe seus brincos cor de rosa, combinado com a roupa e pede que a auxilie a colocá-los. Pede ainda que eu a auxilie a maquiar-se, eu prontamente me esforço para ajudá-la e dou-lhe os parabéns por estar tão radiante e bonita neste dia. Neste dia cantamos bastante durante a tarde, ela sabe muitas, muitas mesmo, letras e ritmos de música, é uma memória invejável. Outro dia fizemos uma “oficina de manicure”, Maysa era a cobaia, eu a aluna e Joyce a professora. Foi muito interessante essa troca do lugar do saber, que parece infelizmente que sempre está conosco do nível técnico, mas na verdade esse trabalho de acompanhamento terapêutico exige muito mais sensibilidade e disposição do que qualquer saber teórico. Joyce pareceu contente em poder me passar, pelo menos um pouco, do tanto que ela sabe sobre essa prática. Eu um tanto desajeitada até consegui, com seu auxílio, um resultado esteticamente aceitável – com direito a desenho de florzinhas e tudo - mas prometi a Maysa e Joyce que irei melhorar. São momentos como estes que me sinto responsável de tornar público, de contar a todas da equipe como Maysa é capaz de

coisas ótimas, ela não é somente um ser que grita e incomoda, mas uma pessoa que sofre e sim merece investimento.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização do presente trabalho foi de extrema importância para ajudar a compor minha formação. Durante a escrita, busca por materiais e discussões a respeito do tema pude ter contato com uma história que até então para mim não era clara. Esta história traz consigo fragmentos de vida que se somam a fatos políticos e sociais, desdobrando-se até o presente momento em que a todos os sentidos se expõe o resultado desta jornada, nem que seja parcial, visto que é dinâmica e constantemente mutante. Um exemplo simples, porém significativo deste mosaico em construção, é que o estigma histórico oscilante entre o religioso e o não adequado permanece ainda hoje no imaginário popular em relação aos enfermeiros: como a caricata figura da enfermeira, mulher, ambigualmente sedutora e casta, vestindo um controverso decotado jaleco branco, estar sempre presente em festas à fantasia e bailes de carnaval como um dos costumes mais utilizados, bem como exposta em adesivo de carro de enfermeiras historicamente menos avisadas.

Poder aprofundar o tema do núcleo enfermagem e sua inserção na saúde mental levou a diversos questionamentos sobre a minha prática e os desafios que se apresentam. Conhecer a história dessa profissão – enfermagem - tão antiga quanto os manicômios, permite que juntemos as peças deste mosaico no intuito de reconstruir a enfermagem e poder compreendê-la um pouco melhor. A partir, então, destes fragmentos poder criar um novo desenho, em conjunto com outros atores e

movimentos, do que se espera enquanto cuidado integral em saúde mental coletiva, à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde e Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Algumas dessas noções e críticas ao modelo de cuidado que a enfermagem mais conservadora vem propondo, eu já havia tido contato, porém me surpreendi ao ler em diferentes referenciais teóricos o quanto os autores têm se preocupado com tal temática e condução do modelo de cuidado oferecido por este núcleo. É visível na prática do enfermeiro o quanto essa bagagem histórica que a profissão carrega subjetiva seus trabalhadores. Está, ainda hoje, presente e viva na prática de diversos enfermeiros e serviços que prestam atendimento ao sujeito em sofrimento mental, principalmente nas internações hospitalares, mesmo estas sendo em hospitais gerais ditos de “excelência”. Interessante e triste ler, constatar, ver, ouvir e sentir o quanto a enfermagem ainda tem que se superar para conseguir alcançar as mudanças de paradigma assistencial, que exigem do profissional disponibilidade técnica, ética e política. Além da vontade e abertura para estar próximo do usuário estimulando e permitindo que este protagonize sua vida. Permitindo não no sentido de que a enfermagem tenha poder para deixar ou não que este protagonismo ocorra, mas no sentido de facilitar, dar abertura ao processo.

Falando em protagonizar vida, destaco que poder expor um pouco do que foi a minha prática enquanto residente em saúde mental coletiva diz de uma prática real e possível. Experiência que se deu durante minha imersão na desconstrução do que é “esperado” do papel da enfermeira, como a responsabilidade sobre a medicação, a realização de procedimentos técnicos, as escalas de pessoal, a preocupação com funções administrativo-burocráticas, dentre outras que não realizei. Foi uma vivência singular e que me faz acreditar em uma forma de cuidar que seja potencializadora de vidas e não cerceadora das mesmas, como no passado se constituía e infelizmente presenciamos, ainda hoje, mesmo nos dispositivos implicados com a mudança de paradigmas como os CAPS, os residenciais terapêuticos, as cooperativas sociais. Enfim, a perversidade do manicômio também se faz presente no “manicômio mental” e este, ao contrário do que parece, não fica somente no plano do pensamento.

Voltando ao questionamento que levanto sobre afinal qual será o fator determinante para as diferentes posturas que o profissional enfermeiro pode adotar

e que guiarão seu trabalho, trago algumas reflexões para além da formação. O encarar-se enquanto ser político, mesmo nos processos de formação, é um desafio para a classe da enfermagem que tem em sua história também uma dificuldade de inserção como tal. Considero um divisor de águas este de colocar-se enquanto cidadão participante ativo na construção e/ou efetivação das políticas públicas, seja no campo da macro ou micropolítica. Por isto não poderia deixar de registrar o quanto minha participação como ser político desde a graduação em enfermagem, e durante a residência como membro do coletivo gaúcho de residentes, participação nas Conferências Estadual e Nacional de Saúde Mental - Intersetorial influenciaram diretamente o meu processo de formação pessoal e profissional. Posicionar-se enquanto sujeito questionador e transformador facilita também o trabalhar em equipe, o aprender com os demais núcleos do saber e deixar-se afetar por estes encontros, papel no qual a residência e o convívio com os demais colegas deixaram marcas em mim.

Finalizo este trabalho pontuando que para dar seguimento ao exercício de construir e viabilizar formas de cuidado que tenham como norteador a integralidade é necessário que continuemos estudando os fatores implicados neste eixo. Faz-se necessário que os enfermeiros coloquem suas práticas a disposição do usuário e das equipes, que construam juntos as possibilidades de cuidado antagônicas àquelas ligadas somente às práticas curativas e que registrem tais feitos. Seria importante contarmos com um acervo maior de publicações nesta área do conhecimento, por vezes, desconhecido.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2007. 117p.

AMARANTE, Paulo (org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. 132 p.

BOTTARO, Alice G. de Oliveira; ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.11 n. 2, p. 333-349, maio/jun. 2003.

BRASIL. Ministério da saúde. Sistema único de saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, Brasília: 2002, 213 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: 2004.

CAMPOS, Célia Maria Sivalli; BARROS, Sônia. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.34 n.3, p. 271-6, set. 2000.

CAMPOS, Florianita Coelho Braga. O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas e Santos. 2000. 177p. Tese de doutorado apresentado à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, UNICAMP, 2000.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1974. 316 p.

KANTORSKI, Luciane Prado; SILVA, Graciete Borges da. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: Um olhar a partir dos programas das disciplinas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8 n.6, p 27-34, dez. 2000

MIRANDA, Cristina Maria Loyola; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. Devagar que temos pressa – a enfermagem e o campo da saúde mental. In: VENANCIO, Ana

Teresa A. e CAVALCANTI, Maria Tavares (org.) **Saúde Mental: Campos, Saberes e Discursos**. Rio de Janeiro: IPUB/cuca, 2001.p 173-191.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. Superando o Manicômio?: desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: EdUFMT, 2005

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em Saúde Mental**. 2ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional,2005. 192 p.

ROCHA, Ruth Mylius. Enfermagem Psiquiátrica: Que papel é este? Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia. Editora Te Corá, 1994.

RODRIGUES, Rosa Maria; SCHNEIDER, Jacó Fernando. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.7 n.3 , p 33-40, Jul. 1999.

SILVA, Quelen T.A. da; CABALLERO, Raphael M.S.; A Micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, A.P; ROCHA, C.M.F; PASINI, V.L. (ORGANIZADORAS) **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p 61-73.

SILVA, Ana Luisa Aranha et al; Comunicação e enfermagem em saúde mental: reflexões teóricas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8 n.5, p 65-70, out. 2000

TAVARES, Cláudia Mara de Melo. A Poética do Cuidar: a perspectiva da imaginação criadora na Enfermagem. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 1999. 195p.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v. 57 n. 6, p 738-741, Nov./Dec. 2004.