MUDANÇAS NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DECORRENTES DA REFORMA PSQUIÁTRICA: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM¹

Andréa Noeremberg Guimarães*
 Letícia de Oliveira Borba**
 Mariluci Alves Maftum***
 Liliana Muller Larocca****
 Miriam Aparecida Nimtz*****

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida com o método da História Oral Temática, no ano de 2011, em um hospital psiquiátrico do Paraná com o objetivo de apreender como os profissionais de enfermagem percebem as mudanças na atenção à saúde mental em face da reforma psiquiátrica. Participaram dois enfermeiros e quatro auxiliares de enfermagem. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados de acordo com a análise temática. Os colaboradores narraram mudanças na saúde mental como melhor qualificação dos profissionais, redução de internamento nos hospitais psiquiátricos, nova percepção sobre o transtorno mental e a pessoa com transtorno mental, e terapêuticas que visam romper com o modelo hospitalocêntrico. Evidenciaram insuficiência de serviços extra-hospitalares e recursos humanos em quantidade e qualidade. Ressalta-se a necessidade de adequação do número de vagas extra-hospitalares, cuidados apropriados aos usuários, capacitação de profissionais, comunidade e família para a inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade.

Palavras-chave: Enfermagem. Assistência em saúde mental. Políticas públicas. Saúde mental.

INTRODUÇÃO

A assistência psiquiátrica no Brasil, por muitos anos, esteve restrita aos grandes manicômios, marcada por internação prolongada e manutenção da segregação da pessoa com transtorno mental do espaço familiar e social⁽¹⁻²⁾. Nesse contexto, os trabalhadores de enfermagem realizavam, basicamente, cuidados de higiene, alimentação e administração de medicamentos. Uma prática muito comum empregada por esses profissionais era o uso da agressividade, pois a falta de preparo para a atuação e ausência de estímulo no trabalho geravam, em suas relações com os alienados, atos violentos, luta e até mesmo morte⁽³⁻⁴⁾.

O modelo assistencial hospitalocêntrico se mostrou mais alienador do que produtor de ressocialização e reabilitação, passando a ser

questionado e discutido profundamente a partir da década de 1970 com a organização do Movimento da Reforma Psiquiátrica no país⁽⁵⁻⁶⁾. Todavia, somente em 2001 foi aprovada a Lei Federal nº. 10.216, que estabelece os direitos da pessoa com transtorno mental, limita e regulamenta as internações psiquiátricas. O texto legal dispõe sobre a substituição do modelo assistencial centrado nos hospitais psiquiátricos, com enfoque nos recursos assistenciais de base comunitária⁽⁵⁻⁶⁾.

A atual política de saúde mental aponta para novas formas de compreender, tratar e se relacionar com a pessoa com transtorno mental. Ganha destaque serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ambulatórios, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e redes de apoio, como associações de moradores de

¹Artigo extraído da dissertação "A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem" apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (PPGen/UFPR) em 2011.

*Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC. E-mail: andrea.guimaraes@udesc.br

**Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na UFPR. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPRCHE). Curitiba - PR, Brasil. E-mail: leticia_ufpr@yahoo.com.br

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PPGEn/UFPR. Vice-líder do NEPECHE. Curitiba - PR, Brasil. E-mail: maftum@ufpr.br

****Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Departamento de Enfermagem e do PPGEn/UFPR. Líder do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde. Curitiba - PR, Brasil. E-mail: larocca_m@terra.com.br

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFPR. Membro do NEPECHE. Curitiba - PR, Brasil. E-mail: miriamnmtz@uol.com.br

bairros, igrejas, grupos de ajuda mútua, escolas e universidades⁽⁵⁻⁶⁾.

Assim, a assistência em saúde mental deve ser sustentada no modo psicossocial, que centra sua ação não na doença, mas na pessoa e nas suas potencialidades, preconiza o atendimento por equipe multiprofissional que deve atuar de maneira interdisciplinar em diversos serviços de saúde, com vistas à reabilitação psicossocial e à reintegração sociocultural das pessoas com transtorno mental⁽⁷⁻⁸⁾.

Dessa maneira, não se admite mais a noção de “cura”, mas de reabilitação, e os instrumentos para alcançar essa meta deixam de ser os meios coercitivos e passam a ser os que propiciam a valorização do sujeito-cidadão que sofre mentalmente, como o acolhimento e a escuta ativa⁽⁷⁻⁸⁾.

Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem devem apoiar sua prática no princípio da integralidade, de modo a atender o usuário em seus aspectos biopsicossociais e espirituais. É importante o desenvolvimento do cuidado humanizado, a formação de vínculos entre equipe e usuário e a responsabilização de ambos no cuidado⁽⁹⁾.

Em meio ao processo de transformação na atenção à saúde mental no Brasil, pautado nos princípios de desinstitucionalização e ressocialização para a garantia dos direitos de cidadania das pessoas com transtorno mental, considera-se que conhecer a realidade de profissionais de enfermagem que vivenciaram as transformações do modelo assistencial pode propiciar a outros trabalhadores que atuam nesse campo, reflexões para nortear suas práticas, bem como propor novos modos de pensar e fazer em saúde mental.

Assim, o presente estudo teve como objetivo: apreender como os profissionais de enfermagem percebem as mudanças na atenção à saúde mental em face da reforma psiquiátrica.

MÉTODO

A pesquisa foi desenvolvida por meio do método da História Oral Temática, realizada em 2011, em um hospital psiquiátrico no Paraná com dois enfermeiros e quatro auxiliares de enfermagem.

No que se refere ao número de entrevistados, a história oral normalmente tem sido explorada em seu aspecto mais diminuto, devido às dificuldades em se trabalhar com elevada quantidade de material⁽¹⁰⁾. Portanto, ao considerar a quantidade e a qualidade expressiva de material oriundo das narrativas, optou-se por encerrar as entrevistas em seis colaboradores.

Os critérios de inclusão foram: ser maior de dezoito anos, aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ter desenvolvido sua prática profissional em uma instituição asilar no período anterior a 1993 (quando é criado o primeiro CAPS do Paraná em Curitiba, sinalizando um rompimento de paradigma) até os dias atuais quando de fato se estabelece mudanças na prática psiquiátrica.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e gravada, composta por dados de identificação, laborais e a questão: relate como você percebe as mudanças na atenção à saúde mental em face da reforma psiquiátrica.

As narrativas foram analisadas e apresentadas em categorias de acordo com a proposta de análise temática⁽¹¹⁾, que inclui a fase de ordenação, classificação e análise final dos dados. Na fase de *Ordenação dos dados* fez-se a transcrição das entrevistas, releitura e organização das narrativas. Nesta fase foi realizada a transposição do oral para o escrito segundo Meihy e Holanda, que envolve a transcrição, textualização e transcrição⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Na fase de *Classificação dos dados* fez-se leitura exaustiva dos textos originados da transcrição das entrevistas, que permitiu apreender as ideias centrais e organizá-las em categorias temáticas. Na fase de *Análise final* organizaram-se os dados em duas categorias temáticas de acordo com as vivências das mudanças na atenção em saúde mental narradas pelos colaboradores: 1) Potencialidades da reforma psiquiátrica e 2) Limitações e desafios da reforma psiquiátrica⁽¹¹⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (CAAE 4187.0.000.091-09) em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para exemplificar os dados que emergiram das entrevistas serão descritos recortes das narrativas de alguns dos colaboradores cotejados com literatura pertinente.

Potencialidades da Reforma Psiquiátrica

Por meio das narrativas é possível identificar como potencialidades da reforma psiquiátrica: a melhoria da assistência, a enfermagem em saúde mental com o papel de oferecer cuidado para além da medicação e higiene, o aumento do número de trabalhadores no hospital e a inserção de novas categorias profissionais.

Os colaboradores relataram a mudança no atendimento, antes sustentado na rigidez e na medicação, por outro que preza o acolhimento e a comunicação terapêutica aliada ao tratamento medicamentoso e às diversas atividades individuais e grupais de psicoterapia e socioterapia. Há intensificação de atividades recreativas, atendimento familiar e reuniões semanais para discutir a evolução de cada paciente.

A assistência em saúde mental tem melhorado e muito, não só na questão do cuidado de enfermagem, mas também por termos hoje a atuação de outros profissionais. Antes faltava enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional. Com mais profissionais de várias categorias, ficou mais fácil assumir nosso papel na assistência. O tratamento não envolve mais somente a medicação, faz parte do tratamento interagir, ouvir e observar. Hoje, a enfermagem estimula o paciente, trabalha no resgate da autonomia, faz prescrição de enfermagem, desenvolve grupos com os pacientes, faz orientações e esclarece dúvidas. (C2)

Vejo que houve um ganho significativo de 1981, ano em que comecei a trabalhar aqui, até agora, no que se refere ao resgate familiar, à melhora nos cuidados de enfermagem, a melhor qualidade da assistência em decorrência de novos profissionais, como os enfermeiros, os psicólogos, os assistentes sociais, as terapeutas ocupacionais. Hoje, cada unidade tem uma equipe, acontecem as reuniões semanais para discutir os casos. Antes, os cuidados baseavam-se em banho, medicação e contenção em caso de agitação. (C4)

O tratamento é mais humanizado. A medicação é mais dosada e se usa menos, pelo fato de conversar mais com o paciente, ter mais

atividades. [...] hoje o paciente tem uma série de outros complementos como terapias ocupacionais, atividades dentro da unidade, atendimento familiar semanal. O paciente só é medicado quando fica agitado e não conseguimos acalmá-lo pela comunicação terapêutica. (C5)

Nota-se nas narrativas de C2, C4 e C5 o uso da medicação como uma modalidade terapêutica. No entanto, observa-se que os profissionais enfatizaram que nos dias atuais o tratamento medicamentoso não é mais a principal forma de tratamento para o transtorno mental, e sim, uma das possibilidades terapêuticas, tampouco são utilizados em excesso, como foram anteriormente, no decorrer da história da assistência psiquiátrica no país. Percebe-se que esses colaboradores entendem que o cuidado na área da saúde mental vem tentando superar a prática pautada no modelo biológico e que a atuação da equipe de enfermagem vem se descentralizando dos aspectos físicos e orgânicos, valorizando, assim, o relacionamento interpessoal.

A ampliação da equipe de saúde mental, ressaltada pelos colaboradores, vem ao encontro do enfoque da reforma psiquiátrica brasileira quanto à reorganização e o redirecionamento da atenção à saúde nessa área. A Portaria do MS 224/1992, ao regulamentar o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, estabelece que os recursos humanos dos hospitais especializados em psiquiatria devem conter, entre as categorias profissionais, enfermeiro, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, clínico geral, nutricionista e farmacêutico. Observa-se a formação de equipes multidisciplinares para o acompanhamento terapêutico da pessoa com transtorno mental⁽⁶⁾.

O trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica apresenta vantagens no campo ideológico, teórico e organizacional, pois impede a hegemonia de um único saber e de uma prática absoluta. Requer também aperfeiçoamento por parte dos profissionais, visto que a complexidade do transtorno mental não permite a qualquer trabalhador isolado dar conta da sua totalidade. Nessa nova perspectiva, o cuidado de enfermagem à pessoa com transtorno mental sofre alterações, uma vez que a interação possibilita a troca de experiências para sanar dúvidas, emergir recursos internos para

enfrentamento dos problemas e fazer com que o sujeito se reconheça e participe do seu tratamento^(9,12-13).

Neste estudo, as narrativas mostram um olhar ampliado para o trabalho em equipe, na medida em que ressaltam a importância do atendimento caracterizado pela atuação da equipe interdisciplinar, valorizando o estímulo e o resgate da autonomia dos sujeitos, entendidos como participantes ativos no tratamento, bem como a inclusão da família e a realização de reuniões para discussões de casos.

O cuidado traduzido pelo diálogo, pelo interesse ao que o paciente sente, pensa e pretende agir no enfrentamento de seus problemas deve fazer parte da prática da enfermagem em saúde mental. Ele deve ser antecipatório a todas as demais ações que venham a ser propostas, assim o profissional aumenta as chances de obter maior colaboração, pois o paciente é considerado, ouvido e compreendido^(9,13-14). Para ilustrar, a fala de C5 traz que o uso de estratégias de comunicação terapêutica é primordial em detrimento de práticas que antes eram protagonistas.

Nesse sentido, o profissional que atua sustentado pelos ideais do modo psicossocial deve desenvolver a capacidade para ir além do sintoma, negar a possibilidade de uma relação autoritária com o sujeito que sofre e assumir o compromisso de que suas ações sejam recíprocas na construção de autonomia e subjetividade. No entanto, a negação do autoritarismo requer mais que simples mudança de postura individual, exige compromisso contínuo de confrontar o cotidiano excludente das relações em sociedade^(9,13-14).

Há uma mudança na concepção do tratamento em saúde mental. A ênfase passa da doença para o sujeito em sofrimento. Isso implica em trabalhar com as necessidades, desejos, problemas de inserção social, conflitos familiares. Requer que os serviços se constituam em espaço de acolhimento, cuidado e relações sociais^(6,9,13-14).

Outro fator relacionado ao tratamento diz respeito ao uso racional de medicamentos em associação a consultas e orientações individuais, oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas, grupos operativos, psicoterapia individual ou em grupo e atividades comunitárias, que visam à

integração da pessoa com transtorno mental na comunidade⁽⁶⁾.

Os colaboradores mencionaram como avanços da reforma psiquiátrica brasileira a legislação em saúde mental e sua repercussão na redução do número de leitos e diminuição da quantidade de internos e da fiscalização a qual as instituições psiquiátricas são submetidas. Citaram a necessidade do registro do atendimento do paciente pelos profissionais no prontuário e a redução do período de internamento, que não chega a dois meses na maioria das instituições.

Referiram a importância do processo de desinstitucionalização, dos serviços extra-hospitalares como o CAPS, os ambulatórios, o hospital dia, os SRTs e a inserção da família no cuidado. Esses avanços repercutem na transformação da relação que a sociedade estabelece com a loucura.

Com a atual legislação de saúde mental, ocorreu uma evolução. Hoje, o tempo médio de tratamento em hospital psiquiátrico é em torno de 50 dias. Paciente não tem que ficar morando em hospital! O trabalho em equipe melhorou. Essa é uma exigência do próprio Ministério da Saúde. Antigamente, se não ficasse nenhum enfermeiro aqui no hospital, não havia problema. Hoje não, o pessoal da fiscalização confere se os profissionais fizeram a evolução dos pacientes. (C1)

Avanço importante em termos de reforma psiquiátrica está sendo o envolvimento da família e a diminuição do estigma na psiquiatria. A família e a sociedade estão mais sensibilizadas. Antes o louco sempre ficava trancado e esquecido. Hoje não temos casos em que o paciente fica preso como animal, sem medicamento, e isso antes, era comum. Atualmente existe toda uma solicitação para que os familiares estejam envolvidos no tratamento, acompanhando o usuário. Percebemos que a participação da família tem contribuído na redução do tempo de permanência no hospital. Outra estratégia que contribuiu para a reinserção social foram os SRTs. Conseguimos devolver vários pacientes que estavam internados há anos para suas casas e para a sociedade. Localizamos familiares de usuários até em São Paulo e Mato Grosso. Aqueles que não tinham mais laços familiares e tinham maior autonomia foram para duas residências terapêuticas, eles reaprenderam a viver, a ter autonomia, esses dias encontrei um indo pagar as contas. Hoje já são várias casas, umas sete ou oito. Então é possível. Há momentos

em que o internamento é necessário. Mas não podemos privar as pessoas de continuarem na sociedade. (C2)

Hoje não chega a 200 o número de pessoas internadas no hospital, lidar com 30 pacientes em uma unidade, encaminhá-los para o banho, fazer os cuidados é muito mais fácil. A Reforma veio para mudar, com a intenção de resgate social dos pacientes e inclusive de reinserção do asilado na sociedade. (C4)

Hoje com essa mudança, o hospital esvaziou. Antes era muita gente, o hospital psiquiátrico naquela época parecia um depósito de pessoas, que não deveriam estar lá. Atualmente também há modalidades de tratamento extra-hospitalares, como os CAPS, os ambulatórios e os hospitais dia. Antes a família era ausente no tratamento, ela vinha ao hospital só nos dias de visita. Depois que foi criado o atendimento familiar, começou a mudar. Fizemos cartõezinhos com informações sobre dias de visita, orientação às famílias que entregamos na admissão do paciente. É importante que a família acompanhe o tratamento. (C6)

Há avanços em relação às propostas de Programas voltados à saúde mental, como o Programa de Volta para Casa, de SRTs, de Economia Solidária e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH Psiquiatria. Assim, foram desativados mais de 50% dos leitos psiquiátricos em instituições asilares e o tempo médio de permanência diminuiu de 100 para 40 dias^(5,15-16), o que é confirmado pela fala dos colaboradores.

Outro aspecto ressaltado foi o registro por parte dos profissionais no prontuário do paciente. A Portaria n. 251/02, em seu anexo, preconiza que deve haver registro adequado em prontuário único dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados com o paciente. Fica garantido, no mínimo, o registro do profissional médico e de cada um dos demais profissionais de nível superior uma vez por semana, bem como anotação diária da equipe de Enfermagem⁽¹⁶⁾.

Isso é mais uma conquista da reforma psiquiátrica, ao considerarmos que sobre o modelo asilar a literatura aponta a inexistência de registros sobre os pacientes internados nos hospitais psiquiátricos, visto que “do louco asilado não se sabe a idade, o sexo, a profissão, as causas da internação, tampouco quais os

tratamentos estaria recebendo para alcançar a cura acenada”^(4,92).

A inserção da família no novo paradigma de cuidado também pode ser identificada nas narrativas. Diferentemente do modelo asilar, no qual a família se mantinha afastada como simples observadora dos acontecimentos, agora ela passa a ser incorporada no processo terapêutico, de modo a contribuir com a reabilitação psicossocial do usuário⁽¹⁶⁾.

No entanto, para que isto se constitua de fato uma realidade, é preciso proporcionar as condições adequadas à família. Ela necessita receber orientações e informações dos profissionais de saúde quanto à sintomatologia, aos modos de tratamento, abordagem e convivência, no intuito de favorecer a sua compreensão acerca da complexidade do quadro psiquiátrico e restituir ou possibilitar compartilhar/criar estratégias eficazes de cuidado^(8-9,13).

Os serviços extra-hospitalares, como CAPS e os SRTs foram citados como fatores que facilitam a desinstitucionalização. Os SRTs foram introduzidos no Sistema Único de Saúde – SUS - a partir da promulgação da Portaria nº. 106/00. Trata-se de uma alternativa de moradia, de espaços de convivência e de reinserção social dentro da própria comunidade para o grande contingente de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos por longa permanência, que não possuem suporte adequado, apoio social e laços familiares suficientes para garantir espaço apropriado de moradia⁽⁶⁾.

Nesse sentido, experiências de desinstitucionalização têm comprovado que muitas pessoas internadas, cujos prontuários continham anotações de alheamento, desinteresse social, estereótipias e falta de iniciativa, são protagonistas de uma mudança radical⁽¹⁵⁾.

Limitações e desafios da reforma psiquiátrica

Os colaboradores destacaram como limitações e desafios da reforma psiquiátrica brasileira a quantidade insuficiente dos serviços extra-hospitalares, que é expressa pela falta de vagas, e o comprometimento da qualidade do atendimento ao usuário, o que dificulta o funcionamento adequado da rede de serviços. Externaram fragilidades na articulação entre os serviços de saúde e de acompanhamento da

peessoa com transtorno mental após a alta hospitalar, o que favorece os reinternamentos e a consequente cronificação da doença.

Mencionaram limitações do atendimento em hospital geral e a falta de qualificação dos profissionais para atuarem nos diversos serviços de saúde mental. Associaram, a essas questões, o ensino tradicionalista das escolas, ainda fundamentado em uma visão mais clínica, e à falta de investimento material e político na formação dos profissionais dessa área.

Os CAPS, os hospitais-dia, os ambulatorios, ainda estão em quantidade e qualidade insuficientes. Acaba que a rede não tem o suporte que deveria. A reforma psiquiátrica teria que acontecer também dentro do hospital clínico, hoje não acontece. Há uma discriminação grande de paciente psiquiátrico, em crise, com intercorrência clínica. Temos muita dificuldade para transferi-lo quando ele tem um quadro clínico agudo. (C2)

Não é simples derrubar os muros do hospital. Quando na alta hospitalar encaminhamos um paciente para o CAPS, ele demora para ser atendido e algumas cidades nem têm esse serviço. A proposta desse serviço é maravilhosa, mas faltam recursos financeiros. Quando transferimos um paciente para algum outro hospital não especializado em psiquiatria, a primeira exigência que se tem lá é que nós mandemos um funcionário junto com o paciente, porque senão eles não internam. Eu trabalho há 23 anos num hospital geral público, quando interna um paciente com confusão mental em qualquer andar daquele hospital todo mundo fica sabendo: ah! Tem um louco internado lá em tal andar. O estigma é muito grande. A proposta atual está certa, mas é preciso mais CAPS, ambulatorios. Falta acompanhamento do tratamento do paciente depois que ele sai do hospital psiquiátrico. (C1)

Hoje existem os CAPS, mas há muitos casos de pacientes que saem de alta e quando vamos ver já estão se internando de volta porque se agitaram em casa, e descobrimos que o paciente tinha abandonado o CAPS. As razões são as mais diversas, como a falta de profissionais, inclusive médico; o acompanhamento que não é realizado adequadamente e leva o paciente a não fazer mais o tratamento; os profissionais que não o motivam, não insistem na continuidade da terapia; a ausência de um trabalho social de resgate da pessoa, de verificar o porquê ela não está frequentando mais o serviço; e, além disso, a dificuldade da família em levar o paciente até o serviço. Outra dificuldade é quando

encaminhamos pacientes para hospitais clínicos. Percebo uma rejeição muito grande por parte dos profissionais desses hospitais com os nossos pacientes. Eles veem o paciente psiquiátrico, mas não o veem como um ser humano. Eles têm medo, perguntam se vamos ficar lá cuidando do paciente. (C4)

O quadro de funcionários está desfalcado, muitos trabalhadores se aposentaram e outros estão se aposentando. Logo serão chamadas novas pessoas que passaram no concurso. Será que elas têm essa formação? Será que vão estudar o assunto? Porque o profissional que se forma não se forma em psiquiatria, o conhecimento específico é pouco. (C5)

Nossa formação normalmente é mais clínica, voltada para a execução de tarefas. Mas com a psiquiatria tem que ser diferente. Eu acho ótima a ideia da reforma psiquiátrica, mas acredito que faltou dar capacitação aos profissionais. (C2)

Os CAPS são serviços estratégicos para a implantação e consolidação da reforma psiquiátrica, visto que buscam o trabalho no território, de ações interligadas à rede de atenção à saúde mental⁽⁴⁻⁵⁾. Entretanto, no funcionamento desse dispositivo, os trabalhadores sinalizaram a existência de uma dicotomia entre o que é preconizado e sua operacionalização. Entraves têm limitado a resolutividade dos serviços, tais como: a ausência de rede de saúde mental estruturada e devidamente articulada com as demais redes assistenciais, a dificuldade do atendimento nos momentos de crise e no gerenciamento do território e os obstáculos na inserção de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e de emergência⁽¹²⁾.

Decorridos 13 anos da aprovação da lei da reforma psiquiátrica brasileira ainda existem dificuldades em relação a acesso, acolhimento e manejo da crise nos serviços extra-hospitalares. É preciso avançar nesse sentido, pois ainda falta número significativo de recursos assistenciais, há descompasso referente à implementação dos serviços substitutivos nas diferentes cidades do país. Esse fato prejudica a aceitação e a própria efetivação das estratégias dos serviços comunitários que na sua maioria ou são inexistentes ou em número muito reduzido, com poucos profissionais e sem condições de atender a real demanda que necessita de atendimento e tratamento psiquiátrico⁽⁵⁾.

Não basta reduzir o número de leitos de internação em hospitais psiquiátricos, é preciso investir na contratação de recursos humanos qualificados para atender a demanda nos serviços substitutivos, aplicar financeiramente nos serviços extra-hospitalares já existentes e na ampliação dos CAPS III e leitos psiquiátricos em hospital geral, cuja escassez em território brasileiro é um dos pontos fracos da reforma⁽⁵⁾.

O pouco investimento nos demais equipamentos sociais de apoio à saúde mental mostra a limitação do conceito de “rede”. Na qualidade de coordenador de uma rede, o CAPS deveria ser um centro intermediário às demais assistências. Mas, tem sido envolvido na noção hegemônica de loucura e atrelado apenas a uma rede de saúde e proteção, nada diferente de um hospital psiquiátrico. Deve ser colocado em evidência que essa rede não é apenas sanitária, mas principalmente social, política e indicadora dos direitos humanos de cidadania⁽¹⁵⁾.

Em relação à dificuldade do atendimento da pessoa com transtorno mental em hospital geral para o atendimento de comorbidades clínicas, estudo desenvolvido com profissionais de enfermagem de um pronto atendimento hospitalar mostrou que o cuidado prestado é generalista e técnico, com suporte às comorbidades clínicas, mas não às psíquicas. Os sujeitos do estudo relataram não se sentirem capacitados para cuidar do paciente com transtorno mental em virtude da falta de conhecimento sobre psicopatologia e abordagem terapêutica. Disseram, ainda, ter maior preocupação com a segurança física do paciente, muito disso, proveniente do imaginário coletivo que atribui à pessoa com transtorno mental a figura de perigoso e violento⁽¹⁷⁾.

Relacionado às disciplinas de saúde mental nas instituições de ensino superior é fato que as universidades têm adequado os conteúdos ministrados nas graduações, criado especializações e ampliado mestrados e doutorados com a inclusão de programas para a discussão de questões atuais desse tema. Em consequência disso, há uma produção científica abrangente, até mesmo resultante de investigações multicêntricas, que proporcionam respaldo para refinar os eixos da reforma psiquiátrica e exercer uma vigilância em torno de tudo o que a ela se relaciona⁽¹³⁾. Contudo,

como é demonstrado na narrativa do colaborador C2, muitos profissionais apresentam despreparo para o trabalho na nova perspectiva de atenção à saúde.

A prática real da desinstitucionalização deveria estar intimamente ligada ao rompimento com a lógica de controle e proteção à sociedade, que por tanto tempo justificou o modelo asilar. Essa lógica construída lenta e subjetivamente a partir da cultura de normatização, classificação e dominação não será modificada de maneira simples e radical. Assim, a transformação desse raciocínio compreendido como verdadeiro necessita de mudanças na ordem hegemônica, em nível político e intelectual, que possam se refletir na subjetivação frente à saúde mental⁽¹³⁾.

Para que mudanças aconteçam de fato é necessário investir na dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica, que pouco tem recebido, no entanto, é a que mais tem relação com os propósitos da desinstitucionalização. A mudança na visão da loucura constrói novos saberes que atendem à atual realidade, derruba o ensino tradicionalista psiquiátrico, essencialmente clínico, capacita os profissionais para atuarem nessa área, além de promover a descaracterização do sujeito louco, propiciando a ele uma melhor qualidade de vida em comunidade⁽¹²⁻¹³⁾.

CONCLUSÃO

As narrativas dos colaboradores evidenciaram que, nas últimas décadas, amplas mudanças ocorreram no atendimento à pessoa com transtorno mental. Mostraram benefícios que envolveram a qualificação profissional, a diminuição do número de pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos, nova percepção sobre o transtorno mental e o portador, novo modo de se relacionar com estes e modalidades terapêuticas que visam à ruptura com o modelo hospitalocêntrico e com técnicas desumanas, viabilizando a reinserção social, a autonomia e o exercício da cidadania.

Retrataram que na atual assistência em saúde mental há mudanças que rompem com saberes e práticas cristalizadas no contexto manicomial, entretanto há lacunas que apontam para a reforma psiquiátrica estar longe de ser concretizada. As vivências externadas

ressaltaram o número insuficiente de serviços extra-hospitalares, a falta de resolução e de oferta dos mesmos.

Diante das fragilidades para a consolidação do modelo psicossocial, ressalta-se a necessidade de os gestores atuarem na oferta de número adequado de vagas em dispositivos de tratamento extra-hospitalares, com os cuidados apropriados a todos os usuários, capacitação de recursos humanos, bem como a atenção e o preparo da comunidade e da família para a

inserção da pessoa com transtorno mental na sociedade.

É importante que o modelo de atenção psicossocial seja discutido nos cursos de graduação da área da saúde para possibilitar um espectro amplo aos futuros profissionais acerca do cenário atual da saúde mental, visto que o indivíduo com transtorno mental e seus familiares estão em todos os estabelecimentos de saúde, requerendo assistência de qualidade.

CHANGES IN MENTAL HEALTH CARE DUE TO THE PSYCHIATRIC REFORM: NURSING PROFESSIONALS' PERCEPTIONS

ABSTRACT

Thematic oral history developed at a mental hospital in Parana State/Brazil in 2011, aiming to apprehend how nursing professionals perceive the changes in mental health care due to the psychiatric reform. Two nurses and four assistant nurses participated. Data were collected by means of a semi-structured interview and studied through thematic analysis. Collaborators referred to changes in mental health care as better qualified professionals, reduction in admittance to mental hospitals, new perception of mental disorders and mental illness sufferers, and therapeutics which aim to break away from the hospital-centered model. Scarcity of outpatient services as well as amount and quality of human resources were evidenced. It is pointed out the need to adequate the number of vacancies in outpatient services, proper care to users, qualification of professionals, community and family to insert the mentally ill in society.

Keywords: Nursing. Mental health assistance. Public policies. Mental health.

CAMBIOS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DERIVADAS DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA: PERCEPCIONES DE PROFESIONALES DE ENFERMERIA

RESUMEN

Historia Oral Temática, desarrollada en 2011 en un hospital psiquiátrico de Paraná con el objetivo de aprender como los profesionales de enfermería perciben los cambios en la atención a la salud mental en fase de la reforma psiquiátrica. Participaron dos enfermeros y cuatro auxiliares de enfermería. Los datos fueron colectados por medio de entrevista semi-estructurada y analizados de acuerdo con el análisis temático. Los colaboradores narraron cambios en la salud mental como mejor calificación de los profesionales; reducción de internación en los hospitales psiquiátricos, nueva percepción sobre el trastorno mental y sobre el portador de trastorno mental; y terapias que tienen como objetivo romper con el modelo hospitalo-céntrico. Evidenciaron insuficiencia de servicios extra hospitalarios y recursos humanos en cantidad y calidad. Se resalta la necesidad de adecuación en el número de cupos extra hospitalarios, cuidados apropiados a los usuarios, capacitación de profesionales, comunidad y familia para la inserción de la persona con trastorno mental en la sociedad.

Palabras clave: Enfermería. Atención en salud mental. Políticas públicas. Salud mental.

REFERÊNCIAS

1. Alves M, Oliveira RMP. Enfermagem psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010 jan/mar; 14(1): 64-70.
2. Guimarães NA, Borba LO, Larocca LM, Maftum MA. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960-2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2013 abr/jun; 22(2):361-9.
3. Canabrava DS, Souza TS, Fogaça MM, Guimarães NA, Borille DC, Villela JC, et al. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. *Rev Eletr Enf.* 2010 jan/mar; 12(1):170-6.
4. Miranda CL. O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez; 1994.
5. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Cienc Saude Colet.* 2011 dez; 16(12):4579-89.
6. Guimarães AN, Fogaça MA, Borba LO, Paes MR, Larocca LM, Maftum MA. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto Contexto Enferm.* 2010 abr/jun; 19(2):274-82.
7. Nasi C, Schneider JF. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Rev Esc Enferm USP.* 2011 out; 45(5):1157-63.

8. Borba LO, Guimarães AN, Mazza VA, Maftum MA. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2012 dez; 46(6):1406-14.
9. Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A, Machado MS. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. *Cienc Saude Colet*. 2009 jan/fev; 14(1):159-64.
10. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer como pensar. São Paulo: Contexto; 2007.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
12. Sampaio JJC, Guimarães JMX, Carneiro C, Filho CG. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. *Cienc Saude Colet*. 2011 dez; 16(12):4685-94.
13. Oliveira LRM, Carvalho CD, Carvalho CMS, Silva Júnior FJ. O ensino da saúde mental para enfermagem: uma revisão da literatura. *R Interd*. 2013 abr/jun; 6(2): 152-9.
14. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
15. Dimenstein M, Liberato M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cad Bras Saúde Mental [on-line]*. 2009 jan/abr. [acesso em: 2013 fev 15];1(1). Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/21_Magda_dimenstein.pdf
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5a ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
17. Paes MR, Maftum MA, Mantovani MF. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010 out/dez; 31(2):277-84.

Endereço para correspondência: Mariluci Alves Maftum. Rua Lothário Meissner, 632. Bloco Didático II – 4º andar. Setor de Ciências da Saúde – Campus Botânico. CEP: 80210-170. Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: maftum@ufpr.br

Data de recebimento: 17/10/13

Data de aprovação: 10/06/14