

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

MICAELA KOCH SCHMITT

**REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM**

**PORTO ALEGRE
2006**

MICAELA KOCH SCHMITT

**REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA NO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM**

**Trabalho de conclusão apresentado à
disciplina Trabalho de Conclusão II do
Curso de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul como
requisito parcial para a obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Christine Wetzel

**PORTO ALEGRE
2006**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVO.....	6
2.1 Objetivo geral.....	6
2.2 Objetivos específicos.....	6
3 CONSTRUÇÃO	
TEÓRICA.....	7
3.1 A História da Loucura e as Reformas.....	7
3.2 A institucionalização da loucura no Brasil e o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	12
3.3 O ensino de Saúde Mental na graduação de Enfermagem.....	16
3.3.1 O ensino de Saúde Mental na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	17
4 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA.....	19
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	24
5.1 O conhecimento do acadêmico/aluno sobre o Movimento de Reforma Psiquiátrica.....	24
5.2 Espaços de construção do conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica.....	31
5.3 Limites na concretização do projeto da Reforma Psiquiátrica.....	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa.....	47

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	49
ANEXO I – Carta de Aprovação do Comitê de Ética.....	51
ANEXO II – Plano de Ensino da Disciplina Saúde Mental I.....	53
ANEXO III - Plano de Ensino da Disciplina Saúde Mental II.....	58
ANEXO IV - Plano de Ensino da Disciplina Saúde Mental III.....	64

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um tema atual que coloca em questão paradigmas sobre o cuidado ao portador de sofrimento psíquico e a rede de serviços que compõe esse cuidado. O ensino dessa temática no curso de graduação em Enfermagem é o foco deste estudo, que se propõe a analisar o conhecimento que o acadêmico possui, bem como as percepções a cerca desse tema e a contribuição da universidade na construção desse conhecimento. Foram realizadas entrevistas com os acadêmicos e com base nos dados coletados, construímos núcleos temáticos para análise. Analisando-se esses núcleos, exemplificando com as falas dos acadêmicos, e articulando-os com o referencial teórico, observou-se que os acadêmicos possuem conhecimentos a cerca da Reforma Psiquiátrica e dos ideais que a permeiam, sabem avaliar a contribuição da universidade e dos docentes e dos espaços extracurriculares nesta formação, bem como a participação das equipes de saúde, serviços e políticas governamentais para a implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Descritores: Ensino de enfermagem. Reforma psiquiátrica. Saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

Em meados dos anos 70, com o descontentamento dos trabalhadores em saúde mental e o precário atendimento aos portadores de transtornos psíquicos, o movimento pela reforma psiquiátrica teve início e, com ele, todo um questionamento do lugar social do chamado louco ou doente mental, que, até então era a exclusão e a perda total de seus direitos civis, com alegações e rótulos de incapacidade, periculosidade, entre outros.

Compreende-se a Reforma Psiquiátrica como um movimento, um processo histórico que se constitui pelas críticas ao paradigma psiquiátrico hegemônico e pelas práticas que o transformam/superam, no contexto brasileiro, a partir da década de 70. Apresenta-se como uma crítica à conjuntura nacional do sistema de saúde mental e, principalmente, como uma crítica estrutural à instituição (AMARANTE apud OLIVEIRA, 2005).

A partir desse movimento social, se consolidou a atual política de saúde mental brasileira, que preconiza o atendimento com bases na reabilitação psicossocial, inserido na comunidade e em equipe multidisciplinar. Ocorreu também toda uma mudança na legislação vigente no que se refere aos direitos dos portadores de transtornos, de forma a resgatar a sua condição de cidadão de direitos. Os profissionais que atuam na saúde mental precisam estar atentos aos avanços que ocorrem nesta área, seja no campo profissional ou educacional. Com base nisto a universidade, que tradicionalmente forma profissionais capacitados e qualificados à prática profissional, deve estar apta a proporcionar aos seus alunos o acesso a essas informações, bem como instigá-los à pesquisa e ensino sobre este tema, seus avanços e novas conquistas na luta pelos direitos do doente mental.

A consolidação da proposta assistencial da atual política de saúde mental exige que os profissionais da saúde estejam preparados para atuarem dentro desse novo paradigma. A capacitação das equipes é um dos principais requisitos para que possamos, de fato, implantar uma nova forma de atendimentos aos portadores de sofrimento psíquico no cotidiano dos serviços. Frente a isso, o papel de um curso de enfermagem em uma universidade pública é estar capacitando os futuros enfermeiros para esse desafio.

A temática emergiu a partir do nosso interesse pelo assunto, da vontade em entender o começo desta luta, seus avanços e conquistas e realizando uma aproximação do papel da universidade nesta trajetória e luta, além de analisar se o aluno de graduação tem conhecimento a cerca desta temática e sua importância no contexto social vigente.

Com base nisto, questionamentos surgiram, dentre os quais: o que os estudantes de enfermagem conhecem sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, como estes conhecimentos são repassados e ensinados, qual o papel da universidade na capacitação destes profissionais.

O estudo procurou analisar o conhecimento que os acadêmicos de enfermagem têm sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a importância do estudo desta temática na formação profissional, capacitando-os para o atendimento ao doente mental, com base nos preceitos e objetivos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. .

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o conhecimento e percepções do aluno da Graduação em Enfermagem sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as informações que o aluno tem sobre a Reforma Psiquiátrica;
- b) Reconhecer os conceitos e pressupostos que permeiam o discurso do aluno no que se refere à Reforma;
- c) Conhecer quais os espaços que o aluno percebe como tendo contribuído na constituição desse conhecimento, tanto no curso de graduação como fora dele;
- d) Identificar qual é a importância que o acadêmico de enfermagem confere ao ensino dessa temática na graduação, com vistas à sua formação como enfermeiro;

3 CONSTRUÇÃO TEÓRICA

3.1 A História da Loucura e as Reformas

A loucura sempre foi tema de estudo por parte da Filosofia e, desde a época de Platão, o saber sobre a natureza, envolvendo paixões, saberes, ética, moral, e a alma das pessoas era motivo de fascínio para os estudiosos. Na Idade Clássica, emergiram algumas teorias no campo da ciência explicando o fenômeno da loucura, juntamente com uma série de crenças e ideias a respeito do louco relacionadas ao campo místico e religioso, entre elas a de que seriam pessoas dominadas por espíritos ruins. A partir do século XVII, começam a ser criados grandes espaços de internação como forma de lidar com o fenômeno da loucura. Estes locais eram “depósitos de gente louca”, ou seja, pessoas que fugiam a regra, a moral da época eram ali jogadas, ocorrendo prisões arbitrárias. Se não bastasse, estes lugares também, eram locais de reclusão para marginais, perversos, miseráveis e todo e qualquer tipo de gente. Esta prática era vista como “proteção e guarda”. O olhar direcionado a loucura não é, portanto diferenciador das demais categorias marginais, sendo que a desrazão é o critério que marca a exclusão neste momento (AMARANTE, 1995; OLIVEIRA, A.G.B e ALESSI, N.P, 2005).

Com isto, os loucos que estavam nestes locais eram “percebidos pelo senso comum como parcela violenta e perigosa deste contingente” (AMARANTE, 1996), e, portanto mantidos acorrentadas, reclusas em ambientes insalubres.

Em obra do escritor Foucault, o Hospital Geral torna-se local próprio da prática médica, local onde há “a possibilidade de aglutinar os loucos em um mesmo espaço, para conhecer e tratar suas loucuras” (AMARANTE, 1996), permitindo assim o surgimento da psiquiatria como ciência médica e o hospital como local do poder médico.

O principal nome relacionado ao surgimento da psiquiatria é o de Philippe Pinel, considerado precursor de uma nova visão da loucura e dos loucos. Em 1793, ao assumir a direção do Hospital Bicêtre, manda desacorrentar os loucos e inscreve suas alienações na nosografia médica, dando a elas um caráter científico. Neste

momento a desrazão vai perdendo espaço, sendo a alienação apontada como critério de distinção do louco.

Esse movimento de Pinel ocorre em fins do século XVIII, quando surgiram os Ideólogos, um grupo que buscava uma base verdadeiramente científica para o conhecimento dos fenômenos da realidade (modelo da História Natural). Nesse período, o hospital sofria severas críticas, não deixando, por isto, de ser considerado um "mal necessário". A solução para este dilema encontra-se não na extinção deste, mas sim na sua organização, tornando-se, desta forma, um problema técnico, com implicações simplesmente morais.

Pinel introduz o "tratamento moral", através de três medidas: a classificação do espaço institucional, o arranjo nosográfico das doenças mentais e a imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente.

Através do ordenamento do espaço hospitalar, ele destaca a categoria da loucura em sua especificidade, e esta, a partir daí, torna-se doença. Nesse momento, o insano aparece excluído como os demais, porém por outra razão: por causa da doença.

O caráter vicioso do hospital não está mais na segregação, mas na promiscuidade nele reinante. Não se trata de proceder a uma crítica à instituição hospitalar, nem de elegê-lo como a última instância de tratamento (mal necessário). Ao contrário, é introduzido o "isolamento terapêutico", que elege o hospital como local *ideal e privilegiado* de intervenção.

Na substituição do controle realizado pelo judiciário, que vinha gerando revoltas e oposições na população, pelo controle da instituição médica, ocorre a transformação do marginal e delinqüente em doente. "A prisão dos mendigos, vagabundos, maus elementos e até mesmo de criminosos, provocava freqüentemente emoções e mesmo revoltas populares" (CASTEL, 1991). A necessidade de enclausuramento deixa de ser uma medida de violência, passando a ser uma medida terapêutica, de caráter humanitário.

O êxito das pequenas instituições regidas pelo tratamento moral, com um ambiente quase familiar, que facilitava as trocas interpessoais, foi abalado com o excesso da demanda, que veio a levar a uma superpopulação nesses locais. Este aumento da população dos asilos está relacionado à intensificação dos processos de darwinismo social e

conseqüentemente à deterioração das condições de vida nas cidades e ao afluxo maciço de imigrantes estrangeiros para os Estados Unidos (RESENDE, 1992).

Resende relaciona esses fatores com o abandono do tratamento moral na segunda metade do século XIX. Além disto, o referido autor aponta que naquele período, o progresso da bacteriologia e da anatomia patológica e a introdução do microscópio nas instituições psiquiátricas, o alto conceito vigente da neurologia trouxeram consigo o questionamento das bases pouco científicas do tratamento moral.

"A assistência psiquiátrica mergulha novamente no longo sono pré-pineliiano, e não considero exagero afirmar que deste pesadelo só começará a despertar na época da segunda grande guerra" (RESENDE, 1992).

É apenas após a Segunda Guerra Mundial que se descortina um panorama de reforma. A necessidade, no mundo ocidental, de novas respostas aos problemas que se colocaram, exige uma solução. Estas reformas desencadeiam-se na Europa e Estados Unidos.

Bezerra Jr. (1994) coloca que desde a Segunda Guerra Mundial surgiram críticas ao asilo e à instituição psiquiátrica. Propostas reformistas procuraram criar novas bases de sustentação teórica e conceitual para o tratamento das doenças mentais.

"A introdução do aparato conceitual psicanalítico, aliada a crítica e à tentativa de superação dos mecanismos patogênicos das próprias instituições terapêuticas (Psicoterapia Institucional e Comunidade Terapêutica), a ampliação da rede de dispositivos assistenciais (Psiquiatria de Setor) e a proposta de desospitalização e promoção da saúde mental (Psiquiatria Preventiva) foram tentativas de responder a essas críticas e de formular alternativas ao modelo psiquiátrico tradicional" (BEZERRA JR., 1994).

A seguir farei um breve relato descritivo desses movimentos:

A) Psicoterapia Institucional

Surgiu na época da II Guerra Mundial, período em que os hospitais psiquiátricos ficaram abandonados à sua própria sorte, sendo que morreram de fome 40.000 doentes

mentais na França. Além disto, refugiados do movimento de resistência francesa, alguns dos quais eram médicos, escondiam-se nessas instituições, tendo atuado na transformação das mesmas, nem que fosse na organização das pessoas para que não morressem de fome.

A experiência ficou conhecida como "psicoterapia institucional" porque esse grupo acreditava que a organização da instituição tinha influência na cronificação dos pacientes, e que havia necessidade de uma intervenção neste nível para que o hospital se transformasse em um local de tratamento. O trabalho era feito em um clima liberal, através de grupos e cooperativas (SERRANO 1982; VERTZMAN et al., 1992).

B) Comunidade Terapêutica

Seu surgimento é no final da Segunda Guerra Mundial na Inglaterra, paralelamente à implantação da psicoterapia institucional na França, tendo como seu idealizador o psiquiatra Maxwell Jones.

Basaglia (1991) define a comunidade terapêutica como um local em que todos os componentes (doentes, enfermeiros e médicos) estão unidos em um total comprometimento e onde as contradições da realidade representam o meio através do qual germina a ação terapêutica recíproca. A proposta é viver dialeticamente as contradições do real.

C) Psiquiatria de Setor

Originou-se do idealismo dos primeiros psiquiatras sociais franceses, dentro do espírito da medicina comunitária. A França foi dividida em setores, com equipes em cada uma delas, sendo que estas equipes trabalham em contato direto com a comunidade (SERRANO 1982).

D) Psiquiatria Comunitária

A Psiquiatria Comunitária ou Preventiva foi lançada nos Estados Unidos em 1963, durante o governo Kennedy, priorizando a assistência dada pelos Centros Comunitários de Saúde Mental, enfatizando a prevenção e o tratamento descentralizados, localizados na comunidade, em oposição ao tratamento institucional. Este movimento trata-se claramente de uma desospitalização, tendo como objetivo reduzir os custos do Estado com os hospitais psiquiátricos, ocorrendo inclusive o fechamento de 70% destas instituições.

O referencial teórico dessa proposta preventivista se delinea no conceito de história natural das doenças, de Leavell & Clark, que propõe a multicausalidade das doenças, onde se inclui como fator causal o "social", vinculado ao hospedeiro e ao meio ambiente. O

social aí é visto como uma entidade inespecífica e indiferenciada, em um meio ambiente visto como natural e agressivo, perdendo, assim, a sua força enquanto elemento de explicação (SILVA FILHO, 1992).

A doença tem, neste referencial, uma evolução natural, através de uma seqüência de fatores consecutivos passíveis de reconhecimento, semelhantes de sujeito a sujeito, onde a intervenção em um determinado nível aborta a seqüência e evita a instalação da doença (prevenção primária), reduz a sua duração (prevenção secundária) e evita a deterioração que poderia resultar do distúrbio (prevenção terciária).

Gerald Caplan, o pioneiro deste enfoque, expressa em sua obra os seus objetivos: "Este enfoque se baseia no suposto de que muitos transtornos mentais resultam da inadequação e de que, alterando o equilíbrio de forças, se fazem possíveis uma adaptação e um ajuste sãos" (CAPLAN, 1966).

Surge, em meados da década de 60, uma experiência na Itália, primeiro em Gorizia e depois em Trieste, que viria, mais tarde, denominar-se Psiquiatria Democrática. Psiquiatras inovadores italianos passam a trabalhar com a hipótese de que "o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a "doença", da "existência global complexa e concreta" dos pacientes e do corpo social" (ROTELLI, 1990).

Darei uma maior ênfase a este movimento por entender que suas bases teóricas e práticas têm inspirado de forma inequívoca a chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Em outubro de 1971 começa em Trieste "uma verdadeira demolição do aparato manicomial com a extinção dos "tratamentos violentos", a abertura dos cadeados e das grades, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, a constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura e a doença mental" (ROTELLI & AMARANTE, 1992).

São construídos sete centros de saúde mental, um para cada área da cidade, cada um abrangendo vinte e quatro mil habitantes, 24 horas do dia em funcionamento. Grupos-apartamentos (residências onde moram os usuários), cooperativas de trabalho, serviço de emergência psiquiátrica foram outras modalidades de atenção criadas. Experiências semelhantes começam a ser desenvolvidas em outras cidades da Itália, como Perugia, Arezzo, Regio-Emilia e Parma.

Em 1973, frente à repercussão das experiências de Gorizia e Trieste, que já estão com os manicômios fechados, o Partido Radical propõe a revogação completa da legislação psiquiátrica em vigor.

Não bastava apenas proibir a construção de hospitais psiquiátricos. Era necessário garantir os direitos de cidadania daqueles excluídos do processo de produção. Foi operacionalizada uma articulação da sociedade em geral, através de amplos debates sobre o modelo assistencial predominante, incluindo os sindicatos, setores organizados, partidos políticos, trabalhadores em saúde mental e usuários.

É constituída uma comissão para propor a revisão da legislação italiana, que datava de 1904, sendo incorporadas parcialmente às idéias de Basaglia na nova lei, passando a ser conhecida como "Lei Basaglia"¹, e sendo aprovada em 13 de maio de 1978 (ROTELLI & AMARANTE, 1992).

A Lei 180, que substitui a legislação de 1904, "proíbe a recuperação dos velhos manicômios e a construção de novos, reorganiza os recursos para a rede de cuidados psiquiátricos, restitui a cidadania e os direitos sociais dos doentes, garante o direito ao tratamento psiquiátrico qualificado" (ROTELLI & AMARANTE, 1992).

Bezerra Jr. (1994) estabelece que nesse momento de transformação, o debate em torno da psiquiatria foi expandido, integrando novos atores, deixando de ser assunto de profissionais, especialistas. Frente às dúvidas em relação à possibilidade de revoluções macroestruturais, a psiquiatria transforma-se em palco privilegiado de discussões teóricas e lutas políticas.

3.2 A institucionalização da loucura no Brasil e o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira

No Brasil, a loucura só passa a ser preocupação do Estado e dele necessitando intervenção com a chegada da família Real, no início do século XIX. Isto ocorre frente a

¹apesar de ele mesmo não ter participado de sua elaboração e ter feito inúmeras críticas a ela (BEZERRA JR, 1994).

mudanças sociais e políticas que surgem neste momento, como por exemplo, o controle por parte do Estado de “pessoas que não estão dentro dos padrões morais adequados para a época”. Nesta época os loucos viviam nas ruas, excluídos do convívio social, ora em prisões (pois eram “perigosos”) ora nas Santas Casas de Misericórdia, onde eram lotados nos porões, longe do olhar das pessoas de bem (AMARANTE, 1994).

Um movimento por parte da Sociedade Médica exige que os loucos tenham um local próprio para o seu tratamento, ou seja, um hospício. Surge, então, o Hospital Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro. Este local é destinado às pessoas loucas; mas quem era considerado louco? Os registros da época referem-se a pessoas pobres, marginais, camponeses, desempregados, negros, índios, pessoas que “mereciam a exclusão e não eram dignas de conviver na sociedade”. Outros hospícios surgem desde então, todos com características asilares e de reclusão (OLIVEIRA, A.G.B e ALESSI, N.P, 2005).

Na década de 30 e 40, a descoberta do choque insulínico, da eletroconvulsoterapia, e das lobotomias dá a “sensação” de cura das doenças mentais. Nos anos 50, com o aparecimento dos primeiros neurolépticos, o processo de institucionalização torna-se mais evidente e rotineiro. Em 60, os vários setores da saúde brasileira se unificam, tornando a atenção à saúde um negócio lucrativo aos empresários (AMARANTE, 1994).

No final dos anos 70, acontece o episódio que ficaria marcado como o início da Reforma Psiquiátrica: a Crise na DINSAM (Divisão Nacional da Saúde Mental). A DINSAM é órgão responsável pela formulação das políticas de saúde da área de saúde mental no Brasil, e tem quatro unidades sob sua supervisão: Centro Psiquiátrico II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho, todas no Rio de Janeiro. Os profissionais que trabalham nestas instituições deflagram uma greve geral, em 1978, seguida da demissão de funcionários e estagiários. O foco dessa greve era a reivindicação de melhores condições salariais e de trabalho para estes profissionais, mas agrega também críticas ao uso do ECT, por melhores condições de assistência à população no que tange a saúde mental e pela humanização deste atendimento. Surge então, o ator principal desse movimento que é o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). O MTSM incorpora em seu discurso, além de uma necessária qualificação da assistência psiquiátrica, uma dimensão maior, ou seja, uma transformação das relações sociais e a revisão das formas de segregação presentes na sociedade.

Acontecem então, inúmeros encontros de Trabalhadores, Congressos, propostas novas de atenção à saúde mental, bem como a crescente participação da população neste movimento e a resistência por parte da categoria médica. Políticas como a co-gestão, CONASP, encontros regionais e nacionais fortalecem o movimento, dando a ele um caráter político.

Na década de 80, a saúde brasileira passa por outro processo histórico importante: a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que traça novas políticas para a saúde brasileira, com diretrizes e bases voltadas para a participação popular, a equidade no atendimento e a universalidade de acesso a eles. Nesta época, mais precisamente no ano de 1989, o deputado Paulo Delgado apresenta o Projeto de Lei 3.657/89², na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que propõe a desativação dos hospitais psiquiátricos e a substituição destes leitos por outros em hospitais gerais e a criação de serviços ambulatoriais de atendimento ao doente mental. Esta trajetória é marcada e identificada por uma ruptura no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que deixa de ser restrita ao campo técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global, articulando ao mesmo tempo os campos técnico-assistencial, político-jurídico e sociocultural. Desde então, a Reforma vem passando por inúmeras fases, sofrendo alterações em seu curso.

Apesar de o modelo assistencial ainda permanecer concentrado no hospital psiquiátrico, o Ministério da Saúde procura utilizar tanto o financiamento federal quanto sua capacidade normativa para modificar esse cenário. A sua equipe, tendo experiência numa militância política em partidos de esquerda, na luta contra a ditadura, com grande habilidade para conciliar posturas em torno de pontos fundamentais – desinstitucionalização, alternativas, defesa dos direitos dos pacientes, aprimoramento da técnica -, e tendo o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde, conseguiu materializar as bases para uma reforma (DESVIAT, 1999).

No decorrer da década de 1990, a partir do contexto enunciado, ocorrem a modificação das bases do financiamento, a diversificação na alocação de recursos, o estabelecimento de critérios para o financiamento dos serviços, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a criação do Grupo de Acompanhamento da Assistência Psiquiátrica

² Esse Projeto de Lei tramitou 12 anos, sendo aprovado apenas em abril de 2001, Lei Federal nº 10.216, com uma série de modificações na sua redação inicial que indicam claramente o quanto a proposta da reforma colocava em risco uma série de interesses econômicos e corporativos.

Hospitalar, criando mecanismos de avaliação, controle e fiscalização e a modificação da legislação específica (DESVIAT, 1999).

Uma série de portarias³ do Ministério da Saúde foram elaboradas a partir do início da década de 1990, as quais são instrumentos fundamentais para o processo em curso de reestruturação da assistência em saúde mental, ampliando as possibilidades de oferta da rede de atenção comunitária em saúde mental. Essas portarias, definindo o financiamento de ações e serviços substitutivos, foram cruciais, além de estabelecerem as normas básicas para o funcionamento dos serviços de saúde mental e determinarem mecanismos de fiscalização. Apesar disso, ainda está longe a reversão do financiamento do hospital para serviços comunitários, o que reafirma a sua hegemonia. A própria criação de leitos em hospitais gerais é ainda incipiente em relação à necessidade demandada, e a maior parte dos usuários, em um quadro agudo, continua sendo internada nos hospitais psiquiátricos.

Alguns dados da Coordenação de Saúde Mental retratam o quanto já se trabalhou, mas que ainda falta muito: existem hoje 660 CAPS, 320 módulos de residência terapêutica, 1970 leitos em hospitais gerais, centenas de equipes do Programa Saúde da Família treinadas para o atendimento em saúde mental (RADIS, 2005).

A pesar dos inegáveis avanços, a mudança no modelo de atenção em saúde mental é complexa, sendo permeada de avanços e retrocessos. Uma série de interesses em jogo causa um tensionamento e uma articulação de forças contrárias ao processo de mudança, o que tem dificultado que ela se estenda a todos os espaços. O resultado disso é que ainda convivemos com uma rede de saúde mental precária ou inexistente, o que reforça os discursos que utilizam isso como argumento para a reabertura de unidades em hospitais psiquiátricos.

³ Portaria/SNAS nº189, de 19 de novembro de 1991; Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992; Portaria/SAS nº 407, de 30 de junho de 1992; Portaria SAS nº 408, de 30 de dezembro de 1992; Portaria/SAS nº 088, de 21 de julho de 1993; Portaria/SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994; Portaria/SAS nº 147, de 25 de agosto de 1994; Portaria/GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999; Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000; Portaria/GM nº 799, de 19 de julho de 2000; Portaria/GM nº1.220, de 7 de novembro de 2000; Portaria/GM nº 175, de 7 de fevereiro de 2001; Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002; Portaria/SAS nº 189, de 20 de março de 2002; Portaria/GM nº 816, de 30 de abril de 2002; Portaria/GM nº 817, de 30 de abril de 2002; Portaria/SAS nº 305, de 3 de maio de 2002 (Brasil, 2004).

3.3 O ensino de Saúde Mental na graduação de Enfermagem

O curso de graduação em enfermagem vem sofrendo inúmeras transformações nesses últimos anos, principalmente no que tange seu currículo. Atualmente, o curso não tem a pretensão de formar especialistas em determinadas áreas, mas sim, contribuir para a formação de enfermeiros generalistas, conforme a lei do exercício profissional recomenda e em conformidade com a proposta de mudança do modelo de atenção em saúde, passando de um modelo biomédico, centrado em especialidades, para um modelo que contemple a integralidade do cuidado.

Nesse sentido, o ensino voltado para a área da Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, não visa à formação de enfermeiros especialistas, mas a integração desse núcleo de conhecimento na formação de um enfermeiro generalista, preparando-o para esse cuidado integral, incluindo no mesmo os aspectos relacionados à saúde mental e ao sofrimento psíquico.

Apesar dessa proposta, sabemos que os programas das disciplinas de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental em diversos cursos de graduação ainda contemplam, prioritariamente, conteúdos relacionados aos distúrbios psicopatológicos e os cuidados de enfermagem referentes a eles, direcionando a formação para um enfoque na doença e deixando de contemplar outros fatores que intervêm no processo saúde-doença, tais como: condições de vida, acesso à assistência a saúde, qualidade da assistência prestada. A proposta seria de deixar de ter a doença como objeto da assistência e passar a enfatizar a “existência-sofrimento” dos pacientes e sua relação com o corpo social (ROTELLI, 1990).

Com base nesse conceito, programas voltados às novas políticas de Saúde Mental, devem ser elaborados e ministrados nos cursos de graduação. Entendemos, porém, que a mudança não é simples, passando por uma série de questões, entre elas o engajamento de todos os sujeitos do processo: docentes, alunos, trabalhadores e comunidade.

3.3.1 O ensino de Saúde Mental na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

O curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENF-UFRGS) tem mais de 50 anos de existência e sempre primou pela excelência na qualidade de seu ensino, com professores qualificados e procurando estar sempre atualizado em seu discurso. O currículo do curso, durante estes mais de 50 anos, sofreu inúmeras modificações para se adequar às novas necessidades educacionais e sociais.

Atualmente, o curso de graduação oferece aos seus alunos um currículo com nove semestres letivos, sendo ofertadas três disciplinas na área da Saúde Mental: Enfermagem em Saúde Mental I, no 4º semestre, Enfermagem em Saúde Mental II, no 5º semestre e Enfermagem em Saúde Mental III, no 8º semestre.

Quadro 1 – Disciplinas de Saúde Mental no Curso de Enfermagem da UFRGS

DISCIPLINA	SEMESTRE	CARGA HORÁRIA
Enfermagem em Saúde mental I	4º	90 horas/aula
Enfermagem em Saúde mental II	5º	150 horas/aula
Enfermagem em Saúde mental III	8º	30 horas/ aula

A disciplina de Enfermagem em Saúde Mental I, no 4º semestre, oferece aos seus alunos uma introdução ao conhecimento, compreensão e prestação de serviços na área da Saúde Mental, onde oportuniza situações de ensino-aprendizagem, desenvolve no aluno a habilidade de identificar, estimular e apreender valores que o façam refletir sobre a Saúde mental individual e coletiva. Aqui estão alguns conteúdos vistos na disciplina: Teorias do desenvolvimento humano, mecanismos de defesa e personalidade, a realização do exame

do estado mental, o cuidado em Saúde Mental na criança, adolescente, adulto e idoso. Esta disciplina é fundamentalmente teórica, pois não são ofertadas práticas disciplinares.

Já no 5º semestre, a disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II proporciona aos acadêmicos a prática disciplinar, ou seja, leva-os para os campos de estágio, onde poderão trabalhar os conteúdos ministrados na disciplina de Saúde Mental I (mencionados anteriormente) e nos abordados na Saúde Mental II, como a abordagem do cuidado em Saúde Mental, as psicopatologias nas instituições hospitalares e ambulatoriais e os quadros psicopatológicos mais frequentes. A disciplina tem como objetivo proporcionar conhecimentos a partir de situações de ensino que permitam ao aluno compreender e desenvolver o cuidado nos serviços de Saúde Mental, visando provocar modificações no seu pensar, sentir e agir, assessorando-o no primeiro contato com o portador de sofrimento psíquico, oportunizando a verbalização dos sentimentos e vivências percebidas, auxiliá-lo no entendimento da doença e supervisionando-o na prática curricular.

A disciplina de Enfermagem em Saúde Mental III, ministrada no 8º semestre, aborda temas como as relações pessoais, defesas utilizadas em grupo, conflitos gerados em grupos, mudanças de papel, no caso, a troca do papel de estudante para o de profissional. Trabalha questões de liderança, habilidades para o desenvolvimento da dinâmica de relação, relações de poder.

Com este panorama das disciplinas podemos ter uma noção dos temas abordados e dos enfoques de cada uma. Os temas são os mais variados e heterogêneos, o que torna o estudo da Saúde Mental um campo farto e excepcionalmente interessante de estudo.

4 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

O campo das ciências sociais é rico em sensações, experiências e conhecimentos. Portanto, seu estudo requer do pesquisador conhecimento sobre a temática a ser abordada, bem como afinidade com a mesma, para absorver do assunto o que há de mais rico e interessante. Isto significa que a pesquisa social acaba produzindo grande quantidade de dados narrativos, que não podem ser quantificados. Esta é uma característica de pesquisa social: ela é subjetiva, ou seja, trabalha com percepções, sentimentos, e os relaciona com dados históricos sociais, vivências dos atores que nela atuam.

Levando em consideração este conceito, o presente estudo é do tipo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Considera-se o estudo descritivo por tentar descrever com “exatidão” os fatos e os fenômenos de determinada realidade pesquisada, e exploratório por permitir ao investigador aumentar sua experiência sobre determinado problema (TRIVIÑOS, 1987).

A pesquisa qualitativa tem, no seu ambiente natural a fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Questões muito particulares são respondidas por este método, pois o mesmo se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO *et al*, 1994).

No caso desse estudo, optou-se por esse caminho teórico-metodológico por tratar-se de uma pesquisa que busca a aproximação de conhecimentos e percepções do aluno de enfermagem sobre uma determinada temática - a Reforma Psiquiátrica-, entendendo-os como construções subjetivas a partir de uma realidade objetiva vivenciada pelos sujeitos em um determinado momento histórico.

Os sujeitos deste estudo são os acadêmicos de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENF-UFRGS), e a coleta dos dados empíricos foi realizada através de entrevistas.

Conforme define Lüdke & André (1986), a entrevista permite a captação imediata e corrente da informação desejada, o aprofundamento de temas complexos e atinge os mais variados tipos de informantes.

A maior vantagem da entrevista é que permite ao respondente mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Através desse procedimento, pode-se obter dados subjetivos e objetivos sendo que as entrevistas podem ser categorizadas pelo seu grau de estrutura, de informação, e pela qualidade do relacionamento entre o entrevistador e o entrevistado (LINCOLN; GUBA, 1985).

Em relação ao grau de estrutura, optou-se por entrevistas semi-estruturadas. Segundo Triviños (1987) a entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes.

Foi realizada uma entrevista semi-estruturada com cada acadêmico (Apêndice A), a qual foi gravada e posteriormente transcrita, sendo seu conteúdo analisado e categorizado.

Em relação aos procedimentos éticos, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo aprovado (Anexo I) e todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido a fim de utilizar os dados para análise, conforme especificado na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

O termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado e entregue aos informantes que aceitaram participar da pesquisa, em duas vias, no qual constava o objetivo do estudo e a forma de coleta das informações (Apêndice B). Esse termo foi assinado pelo pesquisador, seu professor responsável e pelo informante, cabendo a cada um, pesquisador e informante, uma via do termo. Foram informados que a identidade será preservada, os dados serão usados unicamente para fins de estudo e que as gravações feitas serão guardadas por cinco anos pelo pesquisador e, após, destruídas. Além disso, foi informado de que seu desempenho acadêmico em nada será prejudicado pela participação no estudo.

Os alunos foram convidados a participar do estudo, respeitando a ordem do ordenamento de matrícula da EENF-UFRGS, além de preencherem os seguintes critérios de inclusão.

Um dos critérios de inclusão no estudo foi o acadêmico pertencer ao 6º ou 8º semestre do curso de graduação em enfermagem. Entende-se que esse aluno está apropriado de um conhecimento maior a cerca da temática escolhida. O aluno do 8º semestre encontra-se na etapa final do curso, tendo condições de falar das suas percepções sobre a Reforma Psiquiátrica construídas a partir de uma vivência acadêmica mais ampla. Os alunos do 6º semestre acabaram de concluir a disciplina do currículo que desenvolve atividades práticas junto aos serviços, o que possibilita um primeiro confronto dos conceitos e paradigmas da Reforma com a realidade assistencial.

Outros critérios de inclusão pré-definidos foram:

- terem cursado as disciplinas de saúde mental I e II;
- estarem regularmente matriculados no semestre letivo escolhido para a coleta de dados;
- terem obtido conceito mínimo necessário para aprovação nas disciplinas referidas;
- aceitarem participar do estudo;

Com base nesses critérios, foi definido um número aproximado de sujeitos para o estudo. Num primeiro momento, o número de selecionados seria de dez acadêmicos, porém conforme foram sendo feitas as entrevistas, chegou-se a um número de quatro entrevistas, as quais foram suficientes para o alcance dos objetivos do estudo. Isto pode ser explicado pelo conceito da “saturação de dados”, que se define como sendo “a sensação de fechamento vivenciado pelo pesquisador, quando a coleta de dados pára de produzir novas informações” (POLIT, 1995).

Para a análise dos dados obtidos, se fez necessário o uso de uma metodologia que pudesse absorver a proposta da pesquisadora e através dela, organizar as idéias e analisá-las.

A proposta de análise de dados escolhida vem ganhando força na pesquisa qualitativa. Trata-se do método hermenêutico-dialético, que se define como aquele onde a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para ser mais bem compreendida.

Para Minayo (1994), essa compreensão tem como ponto de partida o interior da fala dos atores e o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala, o seu ponto de chegada.

Para operacionalizar este método, foram seguidos os seguintes passos:

-ordenação dos dados: mapeamento dos dados obtidos através das entrevistas, transcrições das falas, releitura e organização dos relatos;

-classificação dos dados: aqui é importante saber que um dado por si só não existe. Ele depende dos questionamentos que o levaram a ser construído, com base em fundamentação teórica. Neste ponto uma leitura exaustiva e repetida dos textos, onde se estabelecem interrogações e se identificam “categorias” fez-se necessário;

-análise final: procurou-se estabelecer articulações entre os dados obtidos e os referenciais teóricos utilizados para fundamentação da pesquisa. Estas articulações buscaram responder aos questionamentos da pesquisadora, com base nos seus objetivos, promovendo relações entre o abstrato e o concreto, o geral e o particular e a teoria e a prática.

Seguindo os passos descritos pela autora, a pesquisadora, após a gravação das entrevistas, fez sua transcrição literal, ou seja, sem cortes nas falas. Após fez-se uma primeira leitura, onde se pode identificar, de um modo geral, a que se referiam as falas dos sujeitos.

Num segundo momento, fez-se nova leitura das entrevistas, com vistas à categorização, ou seja, se trabalhou cada entrevista extraindo dela sua idéia e exemplos, para podermos classificá-las. Nessa etapa, foram classificados núcleos temáticos, conforme o quadro 1.

Com esta classificação pronta, o último passo foi a análise das entrevistas articulando-as com o referencial teórico, exemplificando com as falas dos atores.

A linguagem dos entrevistados foi mantida, de modo geral, na íntegra, sem muitas das convenções da língua padrão culta.

Na redação final da análise, a fim de identificar os dados das entrevistas, foi utilizada como convenção a identificação das falas como E1 (Entrevista 1), E2 (Entrevista 2), E3 (Entrevista 3) e E4 (Entrevista 4).

Quadro 1 – Núcleos Temáticos

1. Conhecimento do acadêmico/aluno sobre o Movimento de Reforma Psiquiátrica	<ul style="list-style-type: none">• Desinstitucionalização• Integralidade de atenção• Desospitalização• Implantação de uma rede de cuidados
2. Espaços de construção do conhecimento sobre a Reforma	<ul style="list-style-type: none">• Relevância do estudo da temática• Espaço formal das disciplinas de Saúde Mental• Espaços extracurriculares
3. Limites na concretização do projeto da Reforma	<ul style="list-style-type: none">• No âmbito das equipes• No âmbito dos serviços• No âmbito das políticas

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 O conhecimento do acadêmico/aluno sobre o Movimento de Reforma Psiquiátrica

O acadêmico é um ser em transformação, ou seja, procura adquirir / construir conhecimentos para sua formação como profissional e assim, trilhar seu caminho. O conhecimento pode ser aquele objetivo, o qual foi ensinado e repassado, bem como aquele adquirido durante a sua trajetória de vida, no seu meio social, o subjetivo.

Durante a realização das entrevistas, pode-se visualizar que o conhecimento de cada aluno difere em seu conteúdo, porém alguns conceitos são conhecidos por todos. Estes conceitos foram entendidos por cada sujeito conforme sua vivência, sua trajetória, ou seja, de acordo com o meio ao qual estava inserido.

Quando se falou em Reforma Psiquiátrica, o termo desinstitucionalização relacionado ao movimento foi o mais presente. Cada sujeito tem sua visão sobre ele, mas com uma característica em comum: todos se referiram à desinstitucionalização como o ato de não institucionalizar o doente mental no sentido de não asilá-lo, interná-lo.

Isto está representado nas seguintes falas:

(...) atendimento em nível de menor complexidade para desinstitucionalizar, para retirar um pouco do hospital o atendimento ao paciente com transtornos mentais(E1).

(...) não existe, ou não é mais para existir instituições específicas para pessoas com problemas psiquiátricos, que fiquem institucionalizadas. Que é para abrir um determinado número de leitos nos hospitais gerais para pacientes psiquiátricos ou unidades psiquiátricas(E4).

Como se percebe nas falas, esse conceito está próximo à dimensão que Amarante (1996) descreve, quando o sentido de desinstitucionalização está relacionado à

desospitalização. Esse entendimento teve suas origens no processo que nasceu dos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, operando uma crítica ao sistema psiquiátrico, por ser centrado na assistência hospitalar, mas não faz o mesmo com a natureza do saber que o autoriza: a psiquiatria. Isto significa que a Reforma implica na correta aplicação do saber e das técnicas psiquiátricas, ou seu simples rearranjo e condução administrativa. Esta desospitalização pode ser compreendida como sinônimo de racionalização e otimização de recursos.

Esse conceito nos leva a entender que o problema estaria no modo com que a psiquiatria é feita, e não no modo como ela conduz as suas ações.

Taylor (1992), ao referir-se à desinstitucionalização que supostamente ocorreu nos Estados Unidos, conceitua-a como a prática de se dar alta a certos pacientes com doença mental internados há longo tempo, encaminhando-os para programas de tratamento baseados na comunidade.

Amarante (1996) discute outras dimensões do conceito de desinstitucionalização, paralelos ao de desospitalização: desinstitucionalização como dessassistência, e desinstitucionalização como desconstrução, dependendo da visão de cada ator social e do contexto onde ocorre.

Essa reflexão nos ajuda a entender um pouco esse movimento e as várias interfaces que o compõe.

Quando se fala em desinstitucionalização como dessassistência, vemos que as políticas de desinstitucionalização, na prática, não têm significado a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidado e a constituição de uma rede de cuidados. Isto significa o mesmo que abandonar os doentes a própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com essas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo (AMARANTE, 1996).

Uma crítica ao conceito acima pode ser exemplificado com a seguinte fala:

Tirar da internação, do manicômio, mas não deixar de prestar assistência. Eles não precisam ficar lá, com supervisão 24 hs, mas

eles têm que ter um apoio próximo de casa, digamos assim, na comunidade, com serviços mais simples.(E3)

A concepção de desinstitucionalização como desconstrução faz uma crítica aos dois conceitos anteriores e defende que a negação da instituição não se restringe a isso. É a negação do paradigma que a fundamenta: o paradigma clínico, e de todos os aparatos institucionais referidos à "doença", para retomar o contato com a existência dos pacientes enquanto "existência doente". Mas frente à demolição das antigas instituições, novas instituições devem estar à altura do objeto, não mais um objeto em equilíbrio, mas um objeto em definição, em estado de não equilíbrio. Esta é a base da Instituição Inventada (e nunca dada) (ROTELLI, 1990).

A concepção de desinstitucionalização como desconstrução é caracterizada pela procura de um novo modo de ver o "doente mental". É a predominância da crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, onde inclusive a cidadania ultrapassa o sentido do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos (AMARANTE, 1996).

Para Jacques Derrida, a desconstrução deve ser entendida como um processo de desmontagem, de fazer o caminho ao inverso para entender e capturar a lógica com a qual os saberes foram construídos e, assim não reproduzi-los mais.

Podemos ver que o acadêmico tem esta questão em mente, como nos mostra a fala a seguir:

Eu sei que é um movimento que visava assim, acabar com a lógica do manicômio, da internação do paciente, daquele amontoamento e tentar integrar o paciente à sociedade, mas, e atender ele mais ambulatorialmente, tentando aproximar ele à sociedade e dando mais dignidade ao paciente (grifo da autora) (E2).

A Reforma não pode ser entendida como simplesmente uma mudança nas práticas da psiquiatria, mas sim uma mudança no modo de ver a doença mental e seu portador na sociedade, deslocando o foco da "doença" para a "pessoa doente". Deve-se ver o portador

de sofrimento psíquico como um cidadão com direitos e deveres, digno de exercer sua cidadania. Assim sendo, tem o direito a receber atendimento em qualquer nível de saúde, o que significa tanto em rede hospitalar quanto em rede comunitária.

O conceito de desinstitucionalização que está presente nesse movimento não é o da desospitalização ou do questionamento de determinadas práticas terapêuticas de forma isolada, mas, sim, o de mudança de todo um modelo de atenção à loucura e do “modo de olhar” para esta. A palavra desinstitucionalização, inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana e em seus teóricos, passa a ter um novo significado:

Desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, ao começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução - cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e imediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (ROTTELI et al., 1992).

A desinstitucionalização é um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades. A “instituição negada” e a “instituição inventada”, tal como entendidas na tradição basagliana, são as faces de um mesmo processo construtivista, e não negativo ou negativista como tem sido entendido muitas vezes (AMARANTE, 1996).

Essa é uma das premissas centrais do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e torna-se uma discussão fundamental para que todo o processo não seja reduzido a uma mera transposição de uma assistência hospitalar para a comunidade. A mudança dos espaços é importante, mas deve ser concomitante com uma mudança nas relações da equipe com o portador de sofrimento psíquico e nas relações da sociedade com o fenômeno da loucura.

A proposta defende que o portador de sofrimento psíquico tem o direito de receber atendimento em nível comunitário, ou seja, perto de sua moradia, em Unidades Básicas de Saúde, Postos de Programa Saúde da Família (PSF) e nos CAPS. Porém, são poucos os locais onde estes serviços são oferecidos, pois a sociedade de um modo geral ainda não está preparada para lidar com a loucura, com “o doente mental que pode viver solto, trabalhando, se divertindo, vivendo em sociedade”. Os acadêmicos, porém, não compartilham com esta ideologia, pois vêem a rede básica de saúde como um local de acolhimento ao portador de sofrimento psíquico, bem como um ambiente de cuidados humanizados, como vemos nas falas abaixo:

Eu sei que o CAPS funciona para os pacientes voltarem a integrar a sociedade, não ficarem internados. Aí eles vêm para o CAPS, passam o dia, realizam atividades e depois voltam para casa. São pacientes crônicos(...)(E4).

(...)só porque ele tem aquela doença. Ele pode fazer o tratamento em casa, perto da família e vir em locais como o CAPS, fazer atividades. A Reforma é uma coisa muito sensata a se fazer(E4).

Para mim é a atenção primária. Eu acho que cada UBS deveria ter um rastreamento da população da área de abrangência, para ver a incidência, prevalência, ficar rastreando os casos para ver se faz grupos de apoio, de prevenção, em terapias, em tratamentos(E1).

Além disso, os acadêmicos compartilham da visão de que o portador de sofrimento psíquico pode e deve exercer seus direitos como cidadãos, como vemos abaixo:

Eu participei de um evento, o MentalTchê⁴, onde foram alguns usuários que participaram e foi muito interessante ver como eles

⁴ Trata-se de um evento que ocorreu no ano de 2006 em São Lourenço do Sul-RS, quando reuniram-se usuários, familiares e trabalhadores de CAPS de todo o Rio Grande do Sul. Esse evento foi organizado com vistas a rearticular o movimento gaúcho para o enfrentamento de uma série de ações organizadas contrárias a Reforma. A principal delas são as constantes tentativas de alguns grupos e corporações de aprovar junto à Assembléia Legislativa o Projeto de Lei 40 que substituiria a Lei Estadual da reforma, permitindo a abertura de hospitais psiquiátricos.

estão integrados, como há uma nova possibilidade para eles, como eles conseguem exercer sua cidadania fora daquela lógica que a gente tem do manicômio em si (E2).

E assim, não ver mais o doente mental como um louco, mas sim como alguém que precisa de uma atenção especial (E1).

Os acadêmicos de enfermagem conseguem absorver a complexidade do atendimento em Saúde Mental, o que exige um conjunto de serviços articulados, onde encontramos a rede de Saúde Básica / PSF's, os CAPS, e o hospital. A internação hospitalar não é a dos hospitais psiquiátricos, ou como são mais conhecidos – manicômios-, mas sim de leitos psiquiátricos ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais, como prevê a Reforma Psiquiátrica. Apesar de identificarem a necessidade de, em algumas situações, ocorrer à internação, tem a percepção de que é no contexto social e familiar que se consegue ter um acesso mais integral às demandas e sofrimentos das pessoas.

As falas a seguir nos mostram bem isto:

E em casos mais severos, uma hospitalização. A hospitalização é falha porque tu não consegue ter noção do ambiente que interfere naquele paciente, se ele tem condições econômicas, toda a dinâmica familiar, e isto a gente consegue ver na comunidade (UBS).(E1)

Deixar de concentrar estes pacientes dentro da rede hospitalar, não que não vai existir ambiente hospitalar, não como algo negativo, mas deixar de ser hospitalar. Puxar esta atenção desde onde ela se encontra na sua comunidade, é o mais importante na Reforma Psiquiátrica. Perto de quem se convive. Mas no momento em que precisa de uma atenção um pouco mais complexa, oferecer para ele um atendimento em rede hospitalar. Por direito ele tem este direito. Então vai continuar o hospital dentro da rede de atenção, como uma alternativa. Mas oferecer uma atenção em nível da comunidade (E1).

(...) tem que parar com este negócio de só internar e abandonar, e trazer o atendimento mais pra comunidade, na rede básica, em serviços mais abertos não tão fechados, como era anos atrás(...)(E3).

Podemos notar a preocupação do acadêmico o que o mesmo identifica como “internar e abandonar”, ou seja, o aluno acaba se questionando (e se dando conta) que este modelo não é a melhor solução para o doente mental. Expressa, também, sua noção de atendimento em outros serviços, como os CAPS, onde se trabalha os aspectos sociais do portador de sofrimento psíquico, sem esquecer de sua doença, mas não deixando que ela se torne o foco principal da relação.

(...) no hospital tratando mais a doença, e o CAPS é mais na reabilitação e também na prevenção da doença. Mais na reabilitação para incentivar a socialização(E4)

(...), porque é na rede básica de saúde que o enfermeiro consegue ver uma dimensão do que acontece na sua casa, no seu ambiente, tudo o que interfere na sua saúde mental e ver o integral como um todo(...)(E1).

Outro ponto de discussão foi quanto à época histórica em que a Reforma começou, bem como seus principais personagens. Os entrevistados não souberam precisar décadas, ou quem iniciou este movimento, como vemos nas falas abaixo:

Na verdade eu acho que tem alguns pensadores franceses, ingleses, eu me lembro(...)(E1).

Começou logo, digamos assim, que eles deram um grito, não me lembro se eram os franceses ou ingleses. (...) Eu acredito que seja recente (no Brasil), agora não me lembro, se foi na década de 70/80, mas então se a gente for ver, eu acho que é no período histórico recente esta proposta de reforma (...) nome de quem aqui

no Brasil, eu não me lembro. Mas eu sei que Amarante, por exemplo, os livros dele falam muito sobre isto. Eu li bastante sobre Amarante (E1).

Foi na Europa, eu lembro algumas coisas das aulas, daquele negócio de desacorrentar os loucos; os franceses foram os pioneiros, vários pensadores...(E3)

Noventa e alguma coisa (eu acho). Sei que começou no RS com o movimento dos trabalhadores daqui e foi um movimento daqui que começaram com isso. Tem alguma coisa a ver com a Itália, de alguma coisa que foi feita lá, mas eu não sei (E2).

As falas nos mostram que os acadêmicos lembram vagamente sobre personagens e épocas histórias. Conseguem se lembrar de que começou na Europa, no Brasil sabem que é um movimento recente, porém sem detalhar datas ou nomes. Apesar dessa imprecisão em relação a datas e nomes, percebe-se que os entrevistados tem clara noção de que trata-se de um movimento social histórico, com repercussões em diversos países.

5.2 Espaços de construção do conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica

A universidade é um dos espaços onde o conhecimento é construído, bem como, na sociedade em que nos inserimos. Sendo assim, vários espaços podem ser considerados como contribuintes na formação do acadêmico. Esta formação também depende do interesse do próprio acadêmico e dos digamos assim, responsáveis institucionais pela transmissão deste conhecimento – os professores.

Quando questionados em relação ao papel das disciplinas na formação acadêmica voltada para a Reforma Psiquiátrica, manifestam que pouco entraram em contato com o tema nesse espaço. Relatam que seu estudo acabou sendo feito “por conta própria”, para a realização de trabalhos finais das disciplinas:

Eu estudei sobre isto para fazer o trabalho final da disciplina de saúde mental II (E1).

A universidade brasileira tem como base de seu ensino a Reforma Universitária de 1968, que promoveu a separação entre curso e departamento, passando o departamento a congregar uma série de especialistas de determinada área e a ser a unidade básica da universidade, e o curso, por sua vez pode ser definido pelo elenco de disciplinas que congrega, estas divididas entre obrigatórias, optativas e eletivas(SAVIANI, 1987).

Com esta fragmentação, a discussão acabou se tornando ausente, ou seja, não foram estabelecidos espaços de discussão nos interiores das áreas e dos cursos pensando nos conteúdos, abordagens e metodologias necessárias para proporcionar um ensino adequado ao aluno. (KANTORSKI, 2001).

A autora, ao estudar ensino e reforma psiquiátrica na graduação, em sua tese de doutorado, considera que a ausência de discussão na área tem contribuído para uma aparente unidade do grupo de docentes, já que cada um ministra sua aula, avalia o conteúdo que ministrou e tem um grupo definido com quem inicia e finda o estágio. Este processo que acontece com escassos intercâmbios evita a explicitação de interesses divergentes, formas opostas de entender a loucura e alternativas de intervenção e tratamento. Não que não existam diferenças internas no grupo, mas elas permanecem ocultadas reforçando uma unidade ilusória que as mascara. A ocultação das diferenças contribui para que a ideologia da segregação e da exclusão da loucura continue a perpassar o programa convencional das disciplinas, dificultando que a explicitação das contradições da prática de ensino e das visões dos atores deste processo possa emergir a necessidade de mudanças (KANTORSKI, 2001).

Na Escola de Enfermagem da UFRGS, esta ausência de discussão pode ser sentida pelos acadêmicos, que se expressam nas seguintes colocações:

Eu acho que a Reforma Psiquiátrica deveria ser trabalhada na primeira saúde mental⁵. Por que o que aconteceu? Eu fui para

⁵ Disciplina Enfermagem em Saúde Mental I, ministrada no 4º semestre.

Mental II⁶ (campo de estágio) sem ter nenhuma aula sobre reforma (...). Teve uma aula sobre isto em Saúde Mental II, só que eu não assimilei, porque eu não tinha o conhecimento prévio(...) (E1).

Essa fala exemplifica o que a autora coloca: uma aparente unidade entre os docentes é mantida às custas de uma total dicotomia entre as duas disciplinas realizadas pelo aluno. A proposta de seqüência explicitada no nome da disciplina não ocorre de fato, e essa divisão evita que emergjam os conflitos e contradições que permeiam o grupo de docentes. O não enfrentamento dessas contradições impossibilita a troca e interlocução e a construção de um projeto conjunto de ensino.

Outra questão que aparece é relativa às possibilidades e limitações dos espaços de prática no sentido de desenvolver o conhecimento do aluno sobre a reforma. Na fala seguinte, o aluno afirma que os estágios fora do hospital (rede básica) são mais ricos no que se refere à discussão da reforma e que isso aparece retratado nos trabalhos de conclusão de disciplina. Já os estágios no hospital não favorecem um olhar “mais amplo”:

Eu fiz estágio na rede básica e tive mais uma noção assim do que era, do que os estágios de quem ficou nas instituições⁷, onde não foi falado tanto sobre isto. Nossos trabalhos falavam mais na Reforma. Quem fez na instituição ficou mais restrito a instituição mesmo, sem ter o olhar mais amplo, assim.(E3)

A proposta da Universidade é formar cidadãos para atuar em sociedade, com base nas novas tendências de atenção à saúde. Para tanto, o desenvolvimento de práticas deve contemplar essas mudanças. A continuidade de uma formação centrada no hospital limita que, tanto o aluno como o professor, possam experienciar a integração de uma proposta de ensino à uma proposta assistencial centrada na constituição de uma rede substitutiva. Apesar de identificarmos que a EENF está se adequando, na medida em que oferece a seus

⁶ Disciplina Enfermagem em Saúde mental II, ministrada no 5º semestre.

⁷ O aluno, quando fala de instituições, se refere ao estágio no hospital.

alunos práticas disciplinares em Unidades Básicas, Programas de Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial, são iniciativas pontuais de alguns docentes que ainda não se desdobraram em um processo de transformação mais geral.

Eu acho que sim, porque se a proposta da UFRGS, dentro da área de SM, eu acho que ia de encontro a Reforma. Porque se a gente estava indo para um PSF, já saindo aqui do Clínicas para realizar o estágio, eu acho que isto já é uma proposta, e se o posto estava nos acolhendo é uma proposta de mudança, de acolhimento ao nosso trabalho, que é a atenção em SM num PSF (E1).

O fato de um serviço não especializado (Posto de Saúde) acolher uma proposta de estágio em saúde mental é percebido como um indicativo de que há acolhimento ao trabalho e a proposta de inserção da saúde mental na atenção básica. Outro aspecto entendido como positivo é a integração teórico/prática com a equipe, através da participação dos agentes comunitários nos seminários teóricos:

Nós (alunos) realizamos seminários explicando TAB, Afetivo, Esquizofrenia. Eu acho que isso foi uma oportunidade para gente amadurecer, sempre estudando e para eles (agentes comunitários) também. Eu achei bem positivo (E1).

A problematização dessas práticas na atenção básica exige que o aluno busque conhecimentos e informações por outros meios que não no espaço da disciplina:

*Pouco na faculdade e o resto foi nos livros e em jornais (E4).
Nessa aula que a gente teve e depois pra fazer o trabalho de conclusão da disciplina de SM II. A gente teve que fundamentar nosso trabalho, aí tivemos que procurar sobre isto, na literatura, Internet, livros; mas com os professores também...(...) (E3)*

Eu li artigos da Scielo, da Bireme, eu fui por vontade(...) e por eu achar que para fazer um trabalho sobre a minha proposta dentro de uma UBS eu teria que entender a Reforma, sem isto como é que eu iria fazer uma reflexão sobre o que está acontecendo na história. Então eu estudei por conta. Fiz uma boa busca para mim ler, por interesse meu(...). (E1)

Nesta fala se vê a preocupação da aluna em procurar sobre o tema para entender o porquê de estar se fazendo um estágio numa Unidade Básica de Saúde. A importância de se refletir sobre o tema e compreender a história e o papel dela, como acadêmica e o da universidade, como disseminadores de conhecimento.

Apesar de alguns espaços de prática ocorrerem na atenção básica, os conteúdos teóricos da disciplina a que o aluno se refere (Enfermagem em Saúde Mental II) ainda estão centrados na psicopatologia. Os docentes precisariam estar aptos a oferecer para seus alunos conteúdos que pudessem aumentar a capacidade de análise e intervenção nesses novos espaços de cuidado e que os façam refletir sobre as novas concepções em saúde mental. O que acontece é que como, muitas vezes, não há discussão nas áreas e as aulas são dadas sem que se faça uma reflexão sobre elas, os docentes “imaginam” que estão ensinando o suficiente e o principal. Porém nem sempre é assim, e os alunos carecem de temas mais atuais (como a Reforma Psiquiátrica) que os oriente nas novas práticas de assistência e os permita refletir sobre a sociedade atual.

No entanto, como fica claro na fala anterior, o aluno não se constitui um mero depositário de saber, mas um sujeito ativo que não estabelece como seus os limites da disciplina, mas vai além, ampliando e buscando respostas para os problemas e situações com os quais se depara no espaço das práticas.

Em relação ao papel e preparo dos docentes, o aluno identifica a importância do estímulo e orientação, quando esses ocorreram. Por outro lado, percebe que, em relação ao movimento da Reforma Psiquiátrica, não existe uma posição homogênea dos docentes, sendo que nem todos concordam com a proposta, o que impede que a formação os prepare para esse desafio:

(...) eu tive uma ótima orientadora no meu estágio (5º semestre), uma pessoa que sempre estimulou a reflexão. Por estímulo desta orientadora (...) (E1)

(...) e os professores, inclusive, não estão preparados para isto e passam para os seus alunos, esta lógica contra a Reforma, sendo que os profissionais que estão sendo formados não estão preparados para a Reforma (E2)

O espaço da academia, historicamente, é muito conservador e lento em acompanhar as mudanças propostas no campo da saúde mental. Isso contribui para que a formação do enfermeiro ainda esteja muito voltada para o modelo psiquiátrico tradicional.

Espaços extracurriculares sempre foram locais de construção de conhecimentos. Nestes locais, os acadêmicos têm contato com outras realidades, outras vivências as quais não poderiam ter no meio acadêmico formal. Esses espaços são os mais diversos, entre eles, locais onde os acadêmicos se reúnem, sejam da mesma instituição ou de diferentes instituições, cursos, estágios extracurriculares, eventos, etc.

Alguns destes espaços foram citados nas entrevistas como contribuintes na construção do conhecimento a cerca da Reforma:

Mas daí me interessei e procurei saber mais, através de projetos como o VerSUS⁸ que participei, a gente discutiu bastante sobre isto, do Coletivo Saúdes⁹ que tem bastante discussão a respeito e do Movimento Estudantil fiquei sabendo mais a respeito. Mas na faculdade eu tive coisas a respeito (E2).

Eu discuti com alguns outros colegas de outros cursos, de outras faculdades de enfermagem e que eles não tem nada sobre este tema, sobre este processo, esta reforma (...) É uma pena os outros cursos não terem, porque a gente tem que saber em que chão a

⁸ Projeto desenvolvido junto ao Ministério da Saúde com vistas à maior articulação dos acadêmicos dos cursos da área da saúde ao SUS. Um grupo de alunos se reúnem durante duas semanas para conhecer a realidade local de saúde de um determinado município.

⁹ Acadêmicos que se reúnem para discutir as propostas de ensino na área de saúde.

gente está pisando e saber como estão acontecendo as coisas, quais as possibilidades (E2).

Nesta fala pode-se ver que em outros cursos, como diz a acadêmica, não há discussão sobre o tema da Reforma Psiquiátrica, o que nos faz pensar e até mesmo criticar, que tipo de profissional está sendo formado nessa instituição.

5.3 Limites na concretização do projeto da Reforma Psiquiátrica

A Reforma Psiquiátrica, sendo um novo conceito de atenção e atendimento ao portador de sofrimento psíquico, acaba por sofrer limitações na sua implantação. Isto se deve a inúmeros fatores, muitos deles inerentes a uma série de mecanismos sociais incorporados que reforçam a exclusão do louco. É algo inovador, o que causa medo, estranheza, apreensões, por se tratar de um assunto tão polêmico e culturalmente negligenciado pela sociedade.

A loucura sempre foi “esquecida” pela sociedade em geral, por despertar sentimentos ambíguos e atitudes preconceituosas. Não podemos esquecer que isto ocorre desde que a sociedade começou a se desenvolver, na antiguidade, e que somente agora, passou-se a ver a doença mental como outra doença qualquer, e que seu portador é um ser humano que só necessita de atenção e cuidados, como qualquer paciente. Porém fica difícil impor conceitos e vontades a sociedade, num mundo cheio de medos e preconceitos.

A Lei da Reforma Psiquiátrica é algo recente, se tomarmos como base sua aprovação em 2001, por isso muitos dos atores envolvidos neste universo da Saúde Mental ainda estão com a “cabeça” nas práticas convencionais de atenção.

Porém, os profissionais que militaram pelas mudanças, que puderam experimentar transformações institucionais e / ou participaram das discussões políticas do setor, provavelmente conseguem traduzir os princípios da reforma para as práticas cotidianas. Mas o que fazer com a outra grande maioria representada pelos que não tiveram oportunidade de aprender com o antiexemplo de alguns manicômios ou não tiveram contato

com a militância e os movimentos pró-reforma? Além disso, devemos considerar que as instituições de formação assimilaram muito pouco das discussões trazidas pela reforma e vem oferecendo ainda tímidas contribuições em termos de avaliação e propostas para o seu desenvolvimento (FURTADO e CAMPOS, 2005).

Isto pode ser visto nas seguintes falas dos alunos:

Só que o problema disto tudo, é que nem sempre a desinstitucionalização, hoje em dia, significa um atendimento, um acolhimento na rede básica de saúde. (...) E a própria instrumentalização dos profissionais, porque os profissionais que existem muitos deles na rede básica, são aqueles que viveram no período da Reforma e continuam com os mesmos pensamentos e não se reciclaram né. E este é o problema que enfrentei, também, quando fiz estágio na área de SM (E1).

O que acaba acontecendo, também, é uma falha na formação dos profissionais que atuam na saúde mental, seja ele de nível médio ou superior. As escolas de formação não estão preparadas para formar profissionais que possam, não somente fazer procedimentos técnicos impecáveis, mas que consigam ver o portador de sofrimento psíquico como um ser que precisa, muitas vezes, de um suporte emocional e social.

Os profissionais de saúde ainda têm a sua formação voltada para as especialidades e a proposta de atendimento dos problemas relacionados ao campo da saúde mental em serviço não especializados ainda não foi incorporada e exige que o profissional atue em uma abordagem voltada para a integralidade do cuidado em saúde, em um enfoque interdisciplinar.

Este profissional acaba “caindo” na saúde mental sem um preparo, com pré-conceitos que acabam por interferir no seu atendimento e cuidado. Portanto a formação de profissionais em serviços é uma alternativa importante e necessária.

No entanto, nossa prática cotidiana tem evidenciado que a “formação permanente” ainda que imprescindível é insuficiente na geração de novas posturas éticas, de um novo posicionamento a abertura diante daquele que padece de grande sofrimento psíquico. E aqui

tocamos em um dos dilemas da reforma psiquiátrica: a decodificação cotidiana dos princípios políticos, ideológicos e éticos da Reforma Psiquiátrica pelos atores que a realizam na ponta, ou seja, no contato direto com o usuário (FURTADO e CAMPOS, 2005).

Isto pode ser expresso pela fala:

O que eu vi foi uma dificuldade destas pessoas, uma (...) falta de conhecimento em relação aos transtornos mentais. Eu vi que os agentes de saúde, eles são muito efetivos para gente estar rastreando as pessoas, mas às vezes eles deviam ser melhor capacitados, melhor informados (E1).

Ao mesmo tempo eu acho que é um processo difícil, assim porque a sociedade ainda não ta preparada para aceitar a loucura do jeito que ela é, ainda tem muito preconceito, eu acho que tem um caminho longo a ser percorrido ainda pra tudo isto, mas eu acho que é uma coisa muito interessante (E2).

A gente vê muita resistência, principalmente dos funcionários mais antigos, porque eles têm uma dificuldade de lidar com esta nova lógica de dar mais liberdade para o paciente, de saber que o paciente tem direito de deixar de ser paciente e ser usuário do serviço (E2).

Outro ponto controverso da Reforma é a atuação política dos governos. Não adianta mudarmos a concepção cultural da população, seus conceitos e atitudes frente à doença mental, quando não há políticas públicas que efetivem a Reforma como programa público de atenção à saúde mental.

Sabemos que não há um único caminho possível ou um só esforço capaz de fazer frente à extensa tarefa de transpor os princípios da reforma psiquiátrica para o plano das práticas.

Assim sendo, a educação permanente dos trabalhadores, a avaliação das novas praticas, a inclusão dos usuários no processo, dentre outras são vias importantes e

necessárias ao estabelecimento dos novos referenciais na prática cotidiana de atenção a saúde mental.

Conforme Furtado e Campos, parece-nos que a gerência e as formas de gestão nos serviços podem contribuir de maneira significativa na decodificação de diretrizes gerais em práticas alinhadas ética e ideologicamente as premissas da reforma.

Lá na UBS onde a gente fez, até proporcionava a valorização do paciente, mas aí tu saía dali e via que não tinha o profissional para dar continuidade daquele trabalho ali, que o médico ia continuar prescrevendo as mesmas medicações, muitas vezes sem dava um outro ambiente e não tinha confirmação diagnóstica. Tinha que dar uma continuidade em nível de atenção (E1).

(...) tem pouca estrutura para atender, tem poucos serviços e que nem nos postos de saúde os profissionais não são voltados pra área da Saúde Mental, porque é mais geral, mais clínico, não é olhado para este lado, não tem um preparo da equipe para rastrear estes casos. Muitas vezes as receitas não só copiadas por muito tempo, porque não tem um médico especialista para fazer uma avaliação, ou um enfermeiro pra ver como está reagindo (E3).

A falta de serviços substitutivos, de equipes preparadas e incentivos públicos são outros problemas enfrentados pelos portadores de sofrimento psíquico. A hospitalização em casos agudos é outro ponto que causa polêmica, quando após este período o doente não consegue um acompanhamento em sua comunidade, onde possa se ressocializar. A medicação que muitas vezes falta nos postos, a não orientação para serviços comunitários, e a ineficiência dos serviços existentes são outros exemplos:

(...) não tenho dinheiro para pagar, preciso de um lugar público que me acompanhe(...) (E3)

(...) ao mesmo tempo os serviços substitutivos que nós temos, como os CAPS, eles estão em alguns casos, reproduzindo a lógica dos manicômios dentro do próprio CAPS. Eu tenho um amigo meu que fala uma frase muito interessante: “depois que a gente acabar com os manicômios nós vamos ter que acabar com os CAPS” (E2).

(...) Falta isto assim, uma assistência fora da instituição; porque vem aqui, no hospital, faz um tratamento intensivo e vai embora, e depois? Acaba o medicamento, a pessoa não tem mais com quem conversar, por exemplo, o que ta sentindo, o que não ta, se ta precisando de uma coisa. Falta fora da instituição, lugares onde as pessoas têm mais assistência, com pessoas que saibam dar este cuidado e como prestar este cuidado.(E3)

A Reforma Psiquiátrica é um forte aliado da Saúde Mental e de seu usuário. Necessita, porém de mais atenção da sociedade, governos e órgãos de ensino.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira desperta sentimentos e ideologias diversas na sociedade. Por ser um tema que mexe com o “mundo da loucura”, algo que sempre despertou medo e curiosidade, faz com que pensemos a seu respeito, seja a favor ou contra.

Este estudo mostra o que os acadêmicos pensam sobre esse Movimento, seus pré-conceitos, opiniões e como vêem a Reforma Psiquiátrica na sociedade brasileira.

Os acadêmicos, apesar de vivenciarem experiências diferentes em sua trajetória, dentro e fora da academia, compartilham de idéias semelhantes. Pode-se ver que conhecem os princípios desse movimento, suas repercussões no mundo e no Brasil, bem como constroem conceitos próprios sobre o tema.

Conceitos como a desinstitucionalização são conhecidos pelos acadêmicos, mesmo que algumas vezes, possa ser entendido em sua essência mais simples, como sendo somente a desospitalização dos doentes mentais. Contudo, percebe-se que compartilham da visão de que a saúde mental deva ser vista de uma maneira mais ampla, levando em consideração o ambiente em que está inserido o portador de sofrimento psíquico, e não somente sua “doença física”.

Percebem que, alguns docentes das disciplinas de Saúde Mental, procuram proporcionar espaços alternativos para a realização das práticas disciplinares, como Unidades Básicas de Saúde, Postos de Programa de Saúde da Família, Centro de Atenção Psicossocial diferentemente do modelo hospitalar que se tem atualmente. Que esses mesmos docentes estimulam o aluno a estudar sobre esse Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Apesar de conhecerem esse movimento, pouco sabem sobre seus idealizadores, bem como suas origens e repercussões atuais na sociedade e na saúde.

Demonstram procurar conhecimentos fora dos espaços acadêmicos formais, ou seja, acabam por construir sua formação em espaços como os eventos sociais, eventos organizados por órgãos públicos e privados, bem como buscam “por conta própria” esse conhecimento.

Criticam o modelo de ensino, pois não vêem uma articulação entre as disciplinas na área da Saúde Mental, o que acaba por dificultar seu aprendizado e sua formação.

Quando se falou na atenção que as equipes de saúde e organizações públicas dão à Reforma, se pode visualizar o olhar crítico que o acadêmico possui, pois percebe que são poucas as equipes que efetivamente se encontram preparadas para atuar junto ao portador de sofrimento psíquico, quer seja pela falta de conhecimento ou pelos “pré-conceitos” que tem a respeito da doença mental.

Essa atenção, segundo o acadêmico, pode-se entender por um cuidado integral a esse usuário do serviço de saúde mental, tratando somente sua doença física, mas sabendo que o local em que está inserido acaba por influenciar esse sujeito.

Reconhecem a importância desse tema para a formação profissional, pois trabalhando em hospitais ou na rede básica de saúde, terão, em algum momento, contato com portador de sofrimento psíquico.

Este estudo nos mostra o quanto ainda falta evoluir em relação à Reforma Psiquiátrica, pois além de ser tema que atualmente se discute muito, faz parte da sociedade como um todo. O portador de sofrimento psíquico deve ter seus direitos reconhecidos, bem como garantia de acesso a uma rede de serviços em Saúde Mental que o reabilite a vida social.

Algumas mudanças podem já ser vistas, porém ainda muito lentamente e com grande resistência. Deve-se cobrar dos responsáveis que esse projeto se torne realidade, para que possamos conviver sem preconceitos e respeitando o direito à cidadania do portador de sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

AMARANTE,P. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a Loucura e a Psiquiatria.**Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

_____**Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

_____**Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** . Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, P. (orgs). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

BASAGLIA, F. **A instituição negada.** 2ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1991.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W. (Org.). **Saúde e sociedade no Brasil:** anos 80. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994. p. 171-191.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990 – 2004.** 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conselho Nacional de Saúde. **Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Resolução nº 196/96 – CNS. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva.** Buenos Aires, Paidós, 1966.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. 2ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1991.

COSTA, N. R. (orgs). **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. 3ª ed. Rio de Janeiro, Vozes, 1992.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

DERRIDA, J. **Cogito e história da loucura**. In: Três tempos sobre a história da loucura. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 2001.

FURTADO,J.P; CAMPOS,R.O. A transposição das políticas de Saúde Mental no Brasil para as práticas nos novos serviços. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia**. Fundação VIII, nº I, pág 109-122, 2005.

KANTORSKI,L.P; SILVA,G.B. **Ensino de Enfermagem e Reforma Psiquiátrica**. Pelotas: Universitária/UFPel, 2001.

LINCOLN, Yvonna S.; GUBA, Egon G. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park: Sage Publications. 1985.

LUDKE,M; ANDRÉ,M.E.D.A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: E.P.U, 1986.

MINAYO,M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª edição.São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MINAYO,C et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MIRON, V. L. **Organização do trabalho em saúde mental em um serviço ambulatorial público de saúde**. Ribeirão Preto, 1993. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA,A.G.B; ALESSI,N.P. **Superando o Manicômio? Desafios na construção da reforma psiquiátrica**. Cuiabá: UFMT, 2005.

POLIT,D.F; HUNGLER,B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MACHADO,K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? **RADIS – Comunicação em Saúde**. nº 38. Ediouro Gráfica e Editora S/A, 2005

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS S. A.; COSTA N. R. (orgs). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 3ª ed. Rio de Janeiro, Vozes, 1992.

ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁRIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo, HUCITEC, 1990.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (orgs). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

SAVIANI, D. Ensino Público e algumas falas sobre Universidade. Coleção Polêmicas do Nosso Tempo 10. 4ª edição. São Paulo: Cortez / Autores Associados, 1987.

SERRANO, A. I. **O que é psiquiatria alternativa**. São Paulo, Brasiliense, 1982.

SILVA FILHO, J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S. A.;

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. Porto alegre, Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERTZMAN, J. et al. Psicoterapia institucional: uma revisão. In: BEZERRA JR., B.; AMARANTE, P. (orgs). **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

APÊNDICE A – Instrumento de Pesquisa

INSTRUMENTO DE PESQUISA

- 1) Fale o que tu sabes sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.
- 2) Acha importante que o curso de graduação, dentro das disciplinas de saúde mental, proporcione o ensino deste tema aos seus alunos?
- 3) Onde e como adquiriste o conhecimento a respeito deste tema?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar do presente estudo, sob o título de Reforma Psiquiátrica Brasileira no Ensino de graduação em Enfermagem, de autoria da acadêmica de enfermagem Micaela Koch Schmitt sob a orientação da Prof^a Dr^a Christine Wetzel, ambas da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com a finalidade de analisar o conhecimento do aluno de graduação em enfermagem sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para a coleta de dados será realizada uma entrevista semi-estruturada, com duração média de 30 minutos, a qual será gravada para posterior transcrição e análise.

Declaro que fui informado e esclarecido de forma clara e objetiva sobre o presente estudo, tendo aceitado participar de forma livre, sem constrangimentos ou pressões. Fui igualmente informado:

- da garantia de desistência a qualquer momento, caso seja minha vontade;
- da segurança de que não serei identificado e que será mantido sigilo sobre minhas informações, sendo as mesmas usadas unicamente para fins de estudo desta pesquisa. Além disso, que após a análise dos dados, as fitas gravadas bem como sua transcrição, serão guardadas por cinco anos pela pesquisadora e após destruídas;
- de que as informações aqui prestadas não interferirão no meu desempenho acadêmico.

A pesquisadora responsável é Micaela Koch Schmitt (telefone: 91175853; e-mail: mikacolorada@yahoo.com.br), estando sob orientação da Prof^a Dr^a Christine Wetzel (telefone:99336957; e-mail: cwetzel@ibest.com.br).

Data: ____/____/____

Nome do entrevistado: _____

Assinatura de entrevistado: _____

Christine Wetzel
Professora orientadora
Fone: 99336957

Micaela Koch Schmitt
Acadêmica de Enfermagem
Fone: 91175853

ANEXO I – Carta de Aprovação do Comitê de Ética

ANEXO II – Plano de Ensino da Disciplina de Saúde Mental I

ANEXO III – Plano de Ensino da Disciplina de Saúde Mental II

ANEXO IV – Plano de Ensino da Disciplina de Saúde Mental III