**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA INTERUNIDADES DE DOUTORAMENTO EM
ENFERMAGEM**

**O ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA NO PARANÁ**

MARILUCI ALVES MAFTUM

**RIBEIRÃO PRETO
2004**

MARILUCI ALVES MAFTUM

**O ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA NO PARANÁ**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem das Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de pesquisa intitulada: **Enfermagem enquanto Prática Social/Profissional**, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: *Prof^ª Dr^a Marcia Bucchi Alencastre*

Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

**RIBEIRÃO PRETO
2004**

FOLHA DE APROVAÇÃO

MARILUCI ALVES MAFTUM

O ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NO PARANÁ

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem das Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na linha de pesquisa intitulada: **Enfermagem enquanto Prática Social/Profissional**, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Marcia Bucchi Alencastre

Universidade de São Paulo (USP) Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^ª. Daisy Leslie Steagall Gomes

Universidade de São Paulo (USP) Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^ª. Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

Universidade de São Paulo (USP) Assinatura: _____

Prof. Dr. David Roberto do Carmo

Universidade Estadual de Londrina (UEL) Assinatura: _____

Prof^ª. Dr^ª. Liliana Maria Labronici

Universidade Federal do Paraná (UFPR) Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

O que, no começo, parecia tarefa solitária e exclusivamente pessoal, aos poucos, a cada etapa, foi ganhando novos atores, sujeitos, co-partícipes da realização de um sonho que aqui se materializa nesta pesquisa. A soma de colaboração gradativa e inúmera impossibilita-me agradecer a todos os que, de uma forma ou de outra, adicionaram sua valiosa contribuição.

Com vocês dividi a alegria da aprovação no teste seletivo, as tristezas, as satisfações e insatisfações, as certezas e incertezas, o medo e a ousadia. Agora, quero dividir a felicidade do ponto chegado. Em nome de todos os que aqui se fizeram presentes, registro a seguir alguns agradecimentos que não poderei deixar de destacar.

Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, por proporcionar oportunidade de qualificação extensiva a profissionais de outras instituições e localidades.

Professora Marcia Bucchi Alencastre, que dizer a você, que poderia ter desempenhado somente o papel de orientadora? Multiplicou-se como amiga, exemplo profissional, humildade, sorriso, braços abertos, compreensão, afabilidade, ternura.

Professores entrevistados, sujeitos principais dessa pesquisa, pelo apoio, compreensão e confiança, ao aceitar revelar o seu fazer cotidiano para compartilhar com outros colegas.

Portadores de sofrimento mental, pacientes psiquiátricos que têm sido o sustentáculo do meu aprendizado profissional. Nos livros busco o conhecimento científico e com eles o empírico, no concernente às suas sofridas e exaustivas vivências do ser portador de transtorno mental.

Coordenadores de curso e/ ou responsáveis outros das instituições de ensino superior, cenário da pesquisa, pela permissão de reunir documentos e acesso aos professores para coleta de dados.

Professora Maria Lêda Vieira que, por sua competência no ensinar e demonstração incondicional de respeito à pessoa com sofrimento mental, me despertou, durante a graduação, o interesse para a prática e o estudo dessa área.

Professores da disciplina Seminário de Pesquisa, Daisy Leslie Steagall Gomes, Emília Luigia Saporiti Angerami, Geraldo Garcia Duarte mábile Rodrigues Xavier Manço que, de forma tão leve e competente, colaboraram dando 'pistas', 'dicas' e diretrizes para caminhar rumo a mais esse aprendizado.

Doutor Paulo Duarte de Carvalho Amarante, pelo carinho da leitura e das valiosas sugestões que muito contribuíram para a qualidade desta pesquisa.

Professora Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza, colega com disponibilidade interna de cooperação, que me ajudou com seu incentivo e apoio, fazendo leitura crítica de todo o material.

Professora Liliana Maria Labronici, pela demonstração de profissionalismo, coleguismo e prontidão ao realizar diversas leituras brindando-me com valiosas contribuições na organização da pesquisa.

Professora Maria de Fátima Mantovani, pela colaboração com leituras e sugestões que enriqueceram esta pesquisa.

Professora Lilia Bueno de Magalhães, responsável pelos meus primeiros passos rumo à pesquisa em enfermagem.

Erotildes, mestra terrena da minha caminhada espiritual, pela sabedoria dos ensinamentos que têm sustentado o meu espírito.

Manoel de Oliveira e Geni Alves de Oliveira, meus pais que ensejaram a minha chegada a esse plano para mais um passo de evolução.

Ubiracy Jorge Maftum, meu companheiro de caminhada no plano terrestre, pelo seu amor, carinho e compreensão nas longas ausências do recanto familiar.

Gustavo, Marina e Alexandre, meus bens maiores que, pela existência ao meu lado, me dão força para alçar vôo e vencer desafios que nem acreditava fosse possível.

Professores, colegas da Escola Técnica e Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, pelo apoio e compreensão na hora de distribuir os trabalhos rotineiros.

Professor Alípio Santos Leal Neto, diretor da Escola Técnica da UFPR, pelo apoio no uso de equipamentos (microcomputador, telefone, máquina copiadora) e também nas intervenções junto a Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação para viabilização de passagens por via terrestre para a coleta de dados com docentes de diversas instituições de ensino superior do Estado do Paraná.

Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Federal do Paraná (PRPPG-UFPR), pelo custeio de minhas passagens de ônibus.

Virgílio Ballestro, que de maneira tão especial, com competência e dedicação realizou as correções da língua portuguesa nesta pesquisa.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Universidade de São Paulo!

Quem és tu, oh! Entidade que externas os sentimentos de amor, compaixão, solidariedade, na pessoa de cada um dos trabalhadores e pesquisadores que abrigas em teus campi?

Não fora a tua benevolência, como teriam sido os muitos profissionais de todos os cantos do Brasil, cunhados com a herança de tua cultura? Estes de todas as áreas, incluindo a da enfermagem, como obteriam o honroso título de especialista, mestre e doutor?

Abrindo teu coração para acolher todos os filhos da pátria, sem discriminação de credo, raça ou cultura, perdes um pouco a tua identidade regional, mas ganhas identidade nacional.

Chegar aos teus campi, depois de longa jornada percorrida, o cheiro do saber, da cultura, do amor e do acolhimento que de ti emana, dissipava toda a névoa de saudade, incerteza, cansaço, oriundos da culpa de deixar tão distante os entes mais queridos e alguns com tão pouca idade.

Como agradecer-te? Não sei. Só consigo dizer Obrigada! Pois, de agora em diante, mais um discipulado fizeste, no Paraná.

Mariluci Alves Maftum

Encontramo-nos a trabalhar sobre um terreno para o qual a velha cultura, da qual ainda estamos impregnados, pouco serve, e a nova só pode surgir da transformação da realidade social e dos relacionamentos, do emergir das necessidades, do nascer de uma nova solidariedade capaz de dar respostas, do confronto da disciplina e dos profissionais com a realidade que se transforma e com os novos direitos que expressa.

Franca Ongaro Basaglia

VIDA ¹

A vida passa lentamente
Ando pelas ruas sufocada
Nesse marasmo de agressões terrestres
Caminho, caminho, caminho...
Não encontro nada, ninguém
Só espinhos que ferem minh'alma
E abutres que devoram minhas entranhas
Sinto-me presa, cercada de seres não identificados
Que emitem mensagem de amor
Dando-me esperança de um futuro melhor
Muito melhor, onde só há relvas, pomares, brisas...
Isto me dá um estado de satisfação
Que supera todo o meu amargo gosto de viver.

¹Poesia escrita em 1984 por Verônica Vieira Abreu, durante um período de internamento em Hospital Psiquiátrico de Curitiba. Entre outras, ofertou-a a mim em 1996, quando supervisionava estágios de alunos do curso Técnico em Enfermagem, coincidindo com outro internamento da autora. Publicada em 2000 no livro Arte de viver: poesias e pinturas, p.76.

O ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA NO PARANÁ

RESUMO: Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória e descritiva, cujo objetivo foi conhecer como acontece o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica nos cursos de graduação em enfermagem do Paraná. Estudos de enfermeiros e outros profissionais que focalizaram o ensino de enfermagem e enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, eis a sustentação teórica dessa pesquisa que envolveu 23 cursos de graduação em enfermagem de 19 instituições de ensino superior do Estado segundo informações do Ministério da Educação em setembro de 2002 e que concordaram em participar, independentemente do caráter institucional, público, privado ou filantrópico e do tempo de criação dos cursos. Os sujeitos foram 19 docentes da disciplina da área. Constatou-se que, no momento atual, os currículos estão sendo discutidos e reorganizados em função da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação e Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em enfermagem. O ensino da área da saúde mental e psiquiátrica, além de estar sendo influenciado pela legislação federal do ensino, pauta-se também pela atual Reforma Psiquiátrica. Os docentes reconhecem que a Reforma Psiquiátrica é necessária e passível de ser implantada. Vêm a necessidade premente de re-significar os conceitos de saúde e doença mental e propor formas alternativas de tratamento à pessoa com sofrimento mental que não tenham o foco principal na hospitalização, mas valorizem o potencial sadio de cada um, visando à prevenção e promoção da saúde e resgate da cidadania pela ressocialização dessas pessoas. Eles externaram descontentamento com o descompasso e a morosidade na efetiva implantação do Programa de Saúde Mental Estadual e dos seus municípios, o que acarreta entraves nas transformações da formação dos enfermeiros que vão atuar na área, devido à escassez ou até à inexistência de serviços em sistema de rede para a realização da prática do futuro profissional.

UNITERMOS: Enfermagem psiquiátrica - ensino; Saúde Mental.

THE NURSING TEACHING OF MENTAL AND PSYCHIATRIC HEALTH IN PARANÁ

ABSTRACT: It is a descriptive exploratory research, qualitative in nature, aiming to unveil nursing teaching of mental and psychiatric health in nursing graduation courses in Paraná State/Brazil. It is grounded on nurses' studies and other professionals who focused on nursing teaching and mental and psychiatric health as well as on the Process for Psychiatric Reform in Brazil. The investigation took up 23 nursing graduation courses from 19 superior level schools, according to data by the Ministry of Education from September/2002 which agreed to participate, disregarding their institutional status, public, private, philanthropic, or the time such courses have been set up. Nineteen (19) teachers of this area were the subjects. It was evidenced that, nowadays, curricula have been discussed and reorganized due to the new Law of Guidelines and Grounds for Education and Curricula Guidelines for nursing graduation courses. Teaching in the area of mental and psychiatric health has been influenced by the federal legislation of teaching as well as the current Psychiatric Reform. Teachers recognize that the Psychiatric Reform is necessary and should be implemented. They realize the urgent need to redefine concepts of mental health and mental disease and come up with alternative forms of treatment for the individual undergoing psychic suffering, which are not only focused on hospitalization but also value each individual's healthy potential, objectifying prevention and health promotion and rescue citizenship through individual's re-socialization. Faculty members manifested their dissatisfaction with the contradicting and slow pace to effect the implementation of the State Mental Health Program for its municipalities. Such delay hinders the necessary changes to educate nurses for the area due to the lack or inexistence of services under a network system in order to carry out the training of future professionals.

UNITERMS: psychiatric nursing - teaching; mental health.

LA ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y PSIQUIÁTRICA DE PARANÁ

RESUMEN: Se trata de investigación cualitativa exploratoria y descriptiva cuyo objeto ha sido conocer cómo ocurre la enseñanza de enfermería en salud mental y psiquiátrica en las carreras de licenciatura en enfermería de Paraná. Estudios de enfermeros y otros profesionales que enfocaron la enseñanza de enfermería y enfermería en salud mental y psiquiátrica y el Movimiento de Reforma Psiquiátrica en Brasil, constituyeron la sustentación teórica de esa investigación. El estudio involucró 23 cursos de licenciatura en enfermería del 19 instituciones según datos del Ministerio de Educación en septiembre de 2002 y que han estado de acuerdo en participar, independientemente del carácter institucional, público, privado o filantrópico y del tiempo de fundación de los cursos. Los sujetos fueron diecinueve docentes de la asignatura del área. Se constató que en el momento actual, los currículos están siendo discutidos y reordenados en función de la nueva Ley de Directrices y Bases de la Educación y Directrices curriculares para las carreras de licenciatura en enfermería. La enseñanza del área de la salud mental y psiquiátrica, además de estar siendo influida por la legislación federal de enseñanza, se regula también por la actual Reforma Psiquiátrica. Los docentes reconocen que la Reforma Psiquiátrica es necesaria y susceptible de implantarse. Ven la necesidad urgente de resemantificar los conceptos de salud y enfermedad mental y proponer formas alternativas de tratamiento al individuo en sufrimiento psíquico que no tengan como foco principal la hospitalización, pero revaloricen el potencial sano de cada uno, teniendo por fin la prevención y desarrollo de la salud y rescate de la ciudadanía por la resocialización de esas personas. Ellos manifestaron disgusto con el descompás y la lentitud en la efectiva implantación del Programa de Salud Mental Estadual y de sus municipios, lo cual acarrea obstáculos en las transformaciones de la formación de los enfermeros que van a actuar en el área, debido a la escasez o incluso a la inexistencia de servicios en sistema de red para la realización de la práctica del futuro profesional.

PALABRAS CLAVES: Enfermería psiquiátrica - enseñanza; Salud Mental.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Distribuição dos cursos de graduação de enfermagem de acordo com os municípios do Paraná – 2002..... 55
- Figura 2 - Fluxograma de atendimento em Saúde Mental. Curitiba - 100 2002..

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Caracterização dos docentes de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica segundo a idade, sexo, tempo de formação na graduação, pós-graduação, tempo na docência e/ ou na assistência na área pesquisada no Paraná - 2003.....	67
Quadro 2 -	Caracterização das instituições de ensino do Paraná que possuem cursos de graduação de enfermagem, segundo o sistema institucional e contratação de docentes - 2002.....	75
Quadro 3 -	Caracterização dos cursos de graduação em enfermagem do Paraná quanto ao ano de funcionamento, reconhecimento, carga horária mínima, duração em anos, regime letivo, vagas autorizadas e turno de oferta - 2002.....	77
Quadro 4 -	Número de cursos de graduação em Enfermagem. Paraná 1954–2003.....	80
Quadro 5 -	Panorama geral do crescimento de matrículas nas universidades do Brasil - 1993–2001.....	81
Quadro 6 -	Caracterização dos cursos de graduação em enfermagem do Paraná quanto ao número de docentes no curso e na área, docentes afastados, programas de pós-graduação e projetos de extensão na área. Paraná - 2003.....	82
Quadro 7 -	Caracterização da disciplina enfermagem em saúde mental e psiquiátrica segundo a denominação, carga horária teórico-prática, estágio e ano de oferta. Paraná – 2003.....	85
Quadro 8	Ementas das disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica dos cursos de graduação de enfermagem do Paraná – 2003.....	86
Quadro 9	Atividades desenvolvidas durante os estágios supervisionados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná – 2003.....	91
Quadro 10 -	Locais/campos de desenvolvimento de estágios supervisionados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná – 2003.	95
Quadro 11 -	Projetos de Extensão desenvolvidos pelos cursos de graduação de enfermagem do Paraná – 2003.....	107

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

1	INTRODUÇÃO.....	01
1.1	PRESSUPOSTOS.....	13
1.2	OBJETIVO.....	15
2	O ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA E A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL E NO PARANÁ	16
2.1	O ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA NO BRASIL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES.....	17
2.2	O ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA NO PARANÁ.....	30
2.3	A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL E NO PARANÁ	34
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	51
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
4.1	CONTEXTO REGIONAL DO ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA: O ESTADO DO PARANÁ	63
4.2	SUJEITOS DO ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA NO PARANÁ	66
4.3	ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA NO PARANÁ	75
4.4	A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA COM SOFRIMENTO MENTAL, A ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM E A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL E NO PARANÁ	09
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
	REFERÊNCIAS	133

REFERÊNCIAS CONSULTADAS	143
APÊNDICES.....	144

FICHA CATALOGRÁFICA

Maftum, Mariluci Alves

O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica
no Paraná. Ribeirão Preto, 2004

168 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Programa
Interunidades.

Orientadora: Alencastre, Marcia Bucchi.

1. Enfermagem psiquiátrica - ensino. 2. Saúde Mental.

1 INTRODUÇÃO

O estudo da temática ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica é algo por mim almejado há pelo menos dez anos. Foram várias as motivações que me conduziram a essa tomada de decisão, e advieram de diversas situações e épocas, mas foram tomando proporção, à medida que se foi definindo a minha prática profissional voltada para o processo educativo do profissional de enfermagem.

“A natureza não dá saltos”, antes segue seu curso em ordem natural, da mesma maneira que para chegar ao topo de uma escada com firmeza e segurança é necessário escalar cada degrau sucessivamente. Essa frase, cujo autor minha memória não consegue trazer à baila, no momento tem para mim muito sentido. Na construção de uma história, na realização de um objetivo ou sonho, nenhum detalhe é desprezível. O que acabo de dizer está diretamente ligado aos motivos de realização dessa pesquisa.

Desenvolvê-la naquela época teria sido bem menos trabalhoso, pois os cursos ofertados eram poucos em relação aos de hoje. Sendo assim, qual seria a justificativa para que não a tenha realizado, tendo em vista que poderia ter contribuído com a discussão entre os docentes da área? Talvez eu ainda não tivesse o amadurecimento profissional necessário para arcar com tamanha responsabilidade, envolvendo profissionais e instituições que devem ser tratados com ética e respeito. Talvez me faltasse coragem para corresponder a esse desafio. Percebo que não existe apenas um motivo, mas vários.

Em 1998 fui aceita no Programa de Mestrado Interinstitucional da Universidade Federal de Santa Catarina. Uma das instituições receptoras foi a Universidade Federal do Paraná (UFPR), na qual sou docente da carreira de ensino de primeiro e segundo grau, lotada na Escola Técnica desde 1994.

Obtive o título de Mestre em Assistência de Enfermagem em julho de 2000, com a defesa da dissertação “A comunicação terapêutica vivenciada por alunos do curso Técnico em Enfermagem”. Esse trabalho foi fruto de crescente preocupação com o ensino de assuntos que colaborassem com o desenvolvimento, no aluno, de competência para o relacionamento interpessoal com paciente, equipe, colegas e docentes (MAFTUM, 2000).

O tema desenvolvido na dissertação de mestrado, por ter contribuído no estudo das práticas de enfermagem, é atualmente parte integrante da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, que ministro há dez anos, além de ter-se tornado objeto de estudo para aprimoramento pessoal e profissional no contexto de todas minhas relações interpessoais e profissionais.

Tais proposições têm como objetivo explicitar meu envolvimento com a educação na enfermagem e também tangenciar que minha intenção inicial era realizar a presente proposta no mestrado. Por questões pontuais, que acredito não ser necessário expor aqui, dediquei-me na ocasião a outro tema apaixonante e essencial, tanto no âmbito da academia como na prática assistencial.

Creio ter chegado agora ao “degrau” especialmente preparado para desenvolver essa experiência profissional, isto é, a pesquisa proposta. Não quero dizer com isso que atribuo os acontecimentos de vida ao determinismo, mas que algumas coisas parecem ter seu momento e lugar para acontecer. Parafraseio Kantorski (1998, p.4): “...não tenho nenhuma dúvida sobre onde eu devo estar, onde eu me reconheço.

Tenho muitas dúvidas sobre o processo, sobre como pode ser construído e até sobre o que vamos conseguir efetivamente modificar nos saberes e nas práticas...” mas é aqui que devo estar, e é essa certeza que me move a dar o primeiro passo. Dessa forma, projeto-me com um misto de vontade, preocupação, alegria e desejo de ver materializado, em forma de tese, um sonho que ficou latente durante todos esses anos.

Faço uso ainda desse espaço inicial para apresentar um pouco do meu ser de enfermeira, pois alguns momentos da minha história pessoal colaboraram para sustentar as motivações de opção profissional e, principalmente, para a área da Saúde Mental.

Em momentos de revivescências, percebi que a minha aproximação com a Saúde Mental de maneira não formal, deu-se a partir dos doze anos de idade. Como as lembranças me mostravam muitas lacunas, precisei recorrer à ajuda das lembranças remotas de minha mãe, hoje com 70 anos. Contou-me, que em meados de 1972, bateu em sua porta uma senhora de estatura média, pele parda, magra e com muitas marcas de sofrimento no rosto. A senhora pediu-lhe que enchesse de água a garrafa que portava nas mãos; minha mãe o fez. Ao perceber minha mãe grávida e lavando roupa, ofereceu-se para lavá-la em troca do favor recebido. A partir daí "Dona Joana" que assim se apresentou, mas cujo nome completo e onde estará não sei, passou a frequentar a nossa casa. Em troca de um cantinho para dormir, banho e comida, fazia os serviços domésticos com perfeição e limpeza que dava gosto de ver. Fomos nos acostumando ao seu jeito de ser. As suas interrupções da atividade que estava fazendo para discutir, negociar, ameaçar ao contatar com seus "amigos", "inimigos", "algozes" invisíveis não mais nos assustavam. As intervenções às vezes eram acompanhadas de gargalhadas ou ameaças que podiam ser ouvidas de longe.

Retomava as atividades sem qualquer prejuízo na qualidade. Às vezes, ausentava-se dizendo precisar ir ao Palácio do Governo para soltar as mulheres

"direitas" e prender as "mulheres da vida", as primeiras presas por equívoco das autoridades e as segundas por merecimento pelas traições com os maridos... Em uma dessas saídas não mais retornou. Onde estará a senhora que inspira minhas aulas de transtornos psíquicos, de ressocialização? Será uma das moradoras esquecidas em hospitais psiquiátricos asilares da cidade capital ecológica?

O retorno ao passado continua e descubro que a maioria das leituras que fizera, algumas antes mesmo de ingressar na universidade, de uma forma ou de outra relacionavam-se à saúde mental e à psiquiatria. Como leitura complementar, indico ainda hoje aos alunos muitos dos livros que li ainda na adolescência, entre os quais: **Tim**, história de um rapaz portador de Síndrome de Down; **Moll Flanders**, que narra o sofrimento de uma mulher com comportamento cleptomaníaco; **Rosinha Minha Canoa**, um clássico da literatura brasileira, cujo personagem principal vivia na roça e conversava com sua canoa e, principalmente por esse motivo, foi levado por um “doutor da cidade” e internado em um hospício; **Dibs em Busca de Si Mesmo**, história de um menino cuja gravidez ocorreu em momento não desejado pelos pais e que apresentou manifestações de distúrbios de comportamento até os cinco anos, sendo tratado e curado com ludoterapia; **Canto dos Malditos**, que retrata a experiência de um adolescente que se envolveu com drogas na década de setenta e, após ser descoberto pelo pai, passou por vários internamentos em hospitais psiquiátricos; **Uma mente inquieta**, relato verídico de trajetória de vida e profissional de uma jovem psicóloga, norte-americana, portadora do transtorno de humor; **Nunca lhe prometi um jardim de rosas**, conta as experiências de tratamento e internação de uma jovem de dezesseis anos portadora de transtorno esquizofrênico, entre outros.

Funcionária da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) de 1978 a 1992, trabalhei durante minha graduação em enfermagem naquela mesma

Instituição. Após concluir o curso em 1985 fui lotada no Centro de Saúde “Enfermeira Irmã Eunice Benato”, dando início a minha trajetória profissional. Este Centro de Saúde, além de constituir campo de estágio para os alunos dos cursos da área da saúde, atendia moradores da Vila Pinto, funcionários da PUC-PR e seus dependentes e as crianças que freqüentavam a Creche da PUC-PR, algumas residentes na vila.

1986, ocorreu uma modificação na grade curricular de enfermagem da PUC-PR. O período em que algumas disciplinas eram ministradas foi alterado, o que acarretou acúmulo de trabalho para alguns docentes. Fui então convidada a acompanhar aulas teórico-práticas e estágios supervisionados da disciplina de enfermagem psiquiátrica junto com as duas docentes da área, ao mesmo tempo que deveria submeter-me a um estágio de no mínimo dois meses no hospital psiquiátrico, campo de estágio para os alunos da Universidade. Foi naquele momento que realmente iniciei meu caminho na enfermagem psiquiátrica, que ainda trilho.

Desenvolvi e desenvolvo outras atividades, como autoridade sanitária junto ao Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde, Coordenadora do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Técnica da UFPR, mas meu interesse, atualmente, está voltado para o ensino e a pesquisa de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Muito se discutem as transformações que o mundo está sofrendo; disso decorre a crença de que a vida ou o que a cerca, de maneira geral, irá melhorar. Isso pode ser verdade, afinal novos projetos levam a novos caminhos e, conseqüentemente, ao crescimento. Os profissionais de enfermagem não são indiferentes às transformações do mundo à sua volta, o que é revelado pela inquietação que demonstram quanto a sua prática. Isso leva a pensar sobre quais mudanças estarão acontecendo no trinômio Educação, Saúde e Assistência, elementos que, juntamente com a pesquisa, são a base

da prática de enfermagem.

Em 1996 foi publicada a Nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), que estabelece uma série de alterações na organização curricular e convoca os professores a considerarem, além do conhecimento prévio do aluno, trazido por ele em sua bagagem de vida, seus valores culturais, religiosos e estilo de vida. Essa lei enfatiza que o aluno deve ser preparado para atuar na prática, consciente da realidade em que está inserido, como agente de transformação social (BRASIL, 1996).

A proposta da nova LDB parece vir ao encontro das necessidades da formação de enfermeiros, pois a prática desses profissionais se dá no âmbito do ensino, das ações de saúde e assistência ao ser humano e da pesquisa, justificando as ponderações feitas sobre o trinômio Educação, Saúde e Assistência.

Como docente de enfermagem na área da saúde mental e psiquiátrica, inquieto-me quanto aos avanços curriculares dessa temática. Apesar de observar no mundo o processo da reforma psiquiátrica, pouco se tem falado, discutido ou pesquisado sobre esse assunto entre os docentes do Estado do Paraná.

Dessa realidade resultou meu objetivo de pesquisa. Com auxílio de colegas, por meio de contatos informais, reuni trabalhos de mestrado e doutorado produzidos por enfermeiros do Estado do Paraná: Carmo (1981, 2002), Gil-Merlos (1985), Falleiros (1996), Koga (1997, 2003), Schneider (1995, 1999), Waidman (1998), Correia (1998), Dias (1999), Maftum (2000), Durman (2000), Machado (2000), Leite (2002). A referida produção representa o início de um movimento de estudo da assistência ao doente mental e psiquiátrico no Estado.

Com o objetivo de investigar como tem ocorrido a reintegração do doente mental na família após alta hospitalar, Carmo (1981) realizou um estudo com pacientes de dois hospitais psiquiátricos do Estado do Paraná, no período de um ano. Concluiu

que os principais problemas sentidos por pacientes e familiares são estes: conflito entre ambos, fator econômico e dificuldades de ser ou ter um doente mental na família em face da sociedade. Verificou ainda que, naquela época, tanto os pacientes como familiares não recebiam orientações de pós-alta por parte da equipe de saúde e, quando recebiam, não correspondiam às suas expectativas.

Em 2002, Carmo defendeu a tese "Avaliação de um programa de alcoolismo em universidade pública: enfoque na satisfação dos usuários enquanto medida de uma referência terapêutica". Utilizou a Escala para Avaliação da Satisfação com o Serviço de Saúde Mental – VSSS, adaptada para avaliar um programa de atenção ao alcoolismo. Participaram 50 pacientes, 50 familiares e 38 chefias. Os resultados apontaram uma predominância de satisfação com o programa. Já as chefias apresentaram várias questões, indicando menos satisfação – eficácia do programa em ajudar a melhorar a produtividade no trabalho, recaídas, custo do tratamento para o setor entre outros.

Gil-Merlos (1985), objetivando trabalhar o estigma e a rejeição ao paciente alcoolista, realizou uma pesquisa junto a alunos de graduação em enfermagem do último período de uma Universidade Estadual do Paraná. Por meio de teste sociométrico, colheu, entre os alunos, impressões de aceitação e rejeição das principais patologias psiquiátricas encontradas em pacientes internados. O resultado evidenciou maior rejeição ao alcoolismo pelos futuros enfermeiros.

Em “Travessia para o amanhã: relacionamento interpessoal terapêutico com o doente mental crônico”, Falleiros (1996) busca desvendar caminhos que possam tornar terapêutico o relacionamento diário entre enfermeiro e paciente institucionalizado, em hospital de moldes asilares. A autora desenvolveu relacionamento terapêutico com duas pacientes institucionalizadas consideradas

"crônicas" e concluiu que é possível estimular a parte sadia da mente que esses pacientes possuem e proporcionar-lhes alguma qualidade de vida.

Koga (1997), em seu trabalho “Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar” entrevistou vinte familiares de pacientes com diagnóstico médico de esquizofrenia, inscritos em um Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM) de um município do Estado do Paraná, objetivando identificar as dificuldades decorrentes do convívio com o doente. A autora apresentou três fatores influenciadores: financeiro, rotina familiar e presença da doença física e emocional. Além desses, também foi citada a influência em atividades de lazer e nas relações sociais.

Em sua tese cujo propósito foi conhecer que tipo de atuação em saúde mental é oferecido aos usuários do Programa Saúde da Família (PSF) do município de Maringá, Koga (2003) entrevistou profissionais das equipes do PSF e famílias usuárias desse Programa. Percebeu que os membros das equipes têm dificuldade para trabalhar no domicílio as questões relativas à saúde mental, por não se sentirem preparados. As famílias avaliaram a atuação da equipe como boa; por outro lado, demonstraram insatisfação pela ausência de suporte, como número insuficiente de atendimentos que prejudicam a continuidade de tratamentos iniciados. A autora conclui que existe necessidade de preparo dos profissionais das equipes do PSF para realizar assistência em saúde mental.

Em sua dissertação “A temporalidade do ser denominado esquizofrênico, fora de suas crises”, Schneider (1995) fez um estudo junto a pacientes internados em hospital psiquiátrico na região oeste do Paraná e observou:

a temporalidade permite a esses indivíduos alcançar outros espaços além daquele do hospital psiquiátrico, como em suas recordações quando vão até seus lares e às famílias, ou nos momentos em que fazem projetos de vida para trabalhar em determinado lugar, manifestando seus desejos e sonhos (p.4).

Essa experiência motivou o autor a aprofundar o conhecimento desse assunto, realizando posteriormente estudo de doutorado junto a familiares dos referidos pacientes, cujo tema foi “Ser-família de esquizofrênico – hermenêutica de discursos fundamentada em Martin Heidegger”, com a proposta de desvelar o significado de ser familiar de esquizofrênico (SCHNEIDER, 1999).

Waidman (1998) desenvolveu uma pesquisa junto a famílias de pacientes psiquiátricos, com o objetivo de compartilhar os problemas que enfrentam em decorrência da reinserção social do paciente e de ajudá-las a encontrar subsídios para a ressocialização do doente na comunidade.

Correia (1998), com o intuito de conhecer a população efetiva dos doentes mentais da cidade de Ribeirão Preto e outros municípios próximos a ela durante o período de 1989 a 1993, realizou um estudo epidemiológico, mediante registros de pacientes psiquiátricos egressos de quatro hospitais públicos e conveniados. Em seu trabalho identificou causa, diagnóstico e tempo de internação, bem como as características desses pacientes.

O interesse pelas questões relacionadas à saúde mental dos profissionais de enfermagem impulsionou Dias (1999) a desenvolver um estudo com enfermeiros de um Hospital Geral Público Estadual no Paraná, com o propósito de identificar fatores determinantes de satisfação e insatisfação nas relações de trabalho e coletar sugestões para aumentar a satisfação.

A preocupação com o relacionamento entre alunos de curso técnico de enfermagem e pacientes psiquiátricos motivou Maftum (2000) a realizar um trabalho no qual o aluno, após receber conteúdos de comunicação humana e terapêutica, utilizava tais conhecimentos na interação com o doente mental internado em um hospital

psiquiátrico de Curitiba, durante o estágio da disciplina Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Após um programa de educação continuada em hospital geral do oeste do Paraná e interessada na qualidade da relação interpessoal do enfermeiro e paciente, Durman (2000), em sua dissertação "Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em Hospital Geral", descreveu como esses profissionais vivenciam a relação de ajuda com o paciente internado nesse tipo de instituição.

Com o objetivo de conhecer a qualidade de vida da população em geral de uma cidade do Paraná, nos aspectos sociodemográficos, Machado (2000) realizou o trabalho de mestrado "Validação do índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers para a população geral do município de Londrina". Entrevistou 300 pessoas, levando em consideração o censo demográfico local. Concluiu ser o instrumento adequado para o conhecimento de uma população em relação aos aspectos propostos.

Na investigação "Equipe de enfermagem: percepções sobre o paciente psiquiátrico, a doença mental e a assistência de enfermagem", Leite (2002) obteve resultados que mostraram a importância do cuidado, do preparo do pessoal e a necessidade da participação da família no processo terapêutico do paciente. O trabalho ainda revelou a evidente dificuldade de os profissionais estabelecerem diálogo com o paciente, bem como a necessidade de utilizarem maior nível de escuta, embora tenham demonstrado, como sujeitos da investigação, que entendem a necessidade dessa prática junto aos pacientes e suas famílias.

Dentre as pesquisas encontradas, não houve nenhuma que explicitasse como acontece o Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica no Estado do Paraná. Essa lacuna foi mais uma motivação e ao mesmo tempo uma justificativa da relevância da proposta em tela.

Por outro lado, pesquisadores de vários Estados do Brasil, como Fernandes (1982); Braga (1993, 1998); Miranda (1994); Souza (1995, 1999); Barros (1996); Kantorski (1998); Alencastre et al. (2000), têm-se dedicado ao estudo dessa temática.

Esse número é muito limitado, se considerarmos a extensão territorial e populacional do nosso país, o elevado número de pessoas que procuram os serviços de atenção à saúde mental, a precariedade de atendimentos à saúde em geral, a miséria, a pobreza e a falta da educação que avassalam a maior parte da população. Não obstante, na assistência oferecida no Brasil ao doente mental predomina a visão hospitalocêntrica, o que, segundo Foucault (1984), concretiza a exclusão da diferença. Esses estudos, sem dúvida alguma, têm contribuído para a formação, entre os profissionais, de uma “massa crítica” disposta a transformar a realidade por meio de sua prática, quer na esfera acadêmica, quer na assistência direta. Isso, no entanto, ainda é pouco para que se possam verificar mudanças reais na assistência ao doente mental.

Em todos os trabalhos aqui citados, foi possível observar que o ensino sobre assistência ao doente mental nos cursos de enfermagem se tem conformado ao modelo hegemônico biomédico, cuja tônica é a cura ou remissão dos sintomas, com ênfase hospitalocêntrica, isto é, na assistência aos pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Verifica-se, também, uma contradição entre os discursos dos docentes humanistas; eles propõem alternativas ao modelo predominante de internação e a prática que acontece na maioria dos hospitais psiquiátricos.

Em 1996, docentes integrantes do Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (DEPCH/EERP/USP), representantes dos Estados de São Paulo, Goiás, Rio Grande do Sul e Ceará, realizaram estudo sobre o ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde

Mental no Brasil, com o intuito de conhecer a prática cotidiana de colegas em outros Estados brasileiros, como também trocar idéias, experiências, decepções e sucessos referentes ao ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

Para facilitar o trabalho elegeu-se um coordenador por região: Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro-oeste que ficou incumbido do envio de formulários de pesquisa a serem respondidos pelos coordenadores das disciplinas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental dos cursos de graduação em enfermagem das Universidades de cada Estado, além do recebimento e tratamento dos dados. O resultado serviu como base de discussão e intercâmbio de experiências na Reunião Nacional Sobre Ensino de Enfermagem Psiquiátrica no V Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e IV Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica, realizado em 1998 na cidade de Ribeirão Preto (ALENCASTRE et al., 2000).

Naquela época, o Paraná contava com sete cursos de graduação em enfermagem: em Curitiba, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) e na Universidade Federal do Paraná (UFPR); em Londrina, no Centro de Estudos Superiores (CESULON), atualmente Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL) e na Universidade Estadual de Londrina (UEL); em Paranavaí, na Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR); em Maringá, na Universidade Estadual de Maringá (UEM); em Cascavel, na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Três dos sete cursos devolveram os formulários de pesquisa respondidos e tiveram seus dados tabulados juntamente com os dos Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul (MIRON et al., 2000).

Acredito que esta pesquisa contribuirá, com dados locais atualizados na continuidade dos estudos referenciados anteriormente, porquanto, como afirma Alencastre et al. (2000), essa primeira iniciativa não poderia

estabelecer com exatidão a real situação do ensino de enfermagem psiquiátrica no Brasil, tarefa extremamente complexa e necessária, mas sim, de realizar uma primeira aproximação entre os cursos de graduação no que se refere ao ensino dessa área e buscar formas de operar em conjunto para fortalecer e ampliar o campo de atuação (p.7).

A problemática que envolve a assistência ao doente mental merece todo esse empenho, que não se pode restringir a uma determinada esfera, mas deve estender-se à academia, à administração pública, às instituições prestadoras de serviços de saúde, aos profissionais de saúde e educação e também aos familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Emerge, portanto, a seguinte questão: *Como ocorre atualmente o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná?* Na tentativa de responder a essa pergunta, surgem outros questionamentos, como: Que conhecimentos são concebidos por meio dos currículos e planos de disciplina? De que forma esse ensino tem sido avaliado ou modificado em resposta às políticas públicas de saúde mental vigentes? Que mudanças curriculares terão ocorrido além da alteração do título e carga horária? Quem são os sujeitos envolvidos no ensino dessa disciplina? Em que contexto ocorre a prática docente e discente? A interdisciplinaridade esta contemplada no ensino dessa área?

Essas questões preliminares de reflexão fazem-me reavaliar crenças enraizadas no meu íntimo ao longo da minha existência e vivência profissional, que confluíram nos pressupostos que sustentaram a trajetória percorrida nessa investigação.

1.1 PRESSUPOSTOS

- 1.1.1. O educador desempenha importante papel na formação do profissional que desenvolverá a assistência à saúde, como também na melhoria da qualidade

do ensino; deve, portanto, desenvolver e fazer evoluir as formas de tratamento e compreensão da pessoa com sofrimento mental, antes de tudo um ser humano.

- 1.1.2. O ensino de enfermagem reflete-se na qualidade da assistência de enfermagem prestada ao indivíduo com sofrimento mental.
- 1.1.3. O desenvolvimento de programas curriculares deve propiciar a formação de profissionais de enfermagem que ultrapassem os muros dos hospitais e as condições de institucionalização.
- 1.1.4. Uma assistência mais humanizada à pessoa com sofrimento mental só acontecerá na medida em que também se processem reformulações nas bases curriculares, para que estas ocorram em consonância com a prática assistencial, ambas tendo como meta o cuidado ao sujeito com sofrimento mental.
- 1.1.5. O avanço na qualidade da assistência depende da inter-relação de escolas, instituições prestadoras de serviços, administração pública e usuários dos serviços de saúde.
- 1.1.6. A pessoa com sofrimento mental, ainda que “crônico” ou “cronificado” em internação prolongada, é, perante as leis da criação, um ser humano. Enquanto nele se detecte um mínimo de respostas afetivas, seja uma simples expressão do olhar, um sorriso, um gesto ou qualquer outro sinal de existência de vida, ele deve ser respeitado como ser humano. Nessa condição, merece que os profissionais que o assistem invistam no aprimoramento de métodos e técnicas a serem utilizadas no tratamento, contribuindo para minimizar seu sofrimento.

Com base no exposto, foi realizada a presente investigação sobre “O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná”, tendo como sujeitos os docentes que ministram essa disciplina nos cursos de graduação em enfermagem do referido Estado.

1.2 OBJETIVO

Conhecer como acontece o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica nos cursos de graduação em enfermagem do Paraná.

Para percorrer esse caminho, me vali da literatura com o intuito de conhecer a conformação da prática e do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, e o modelo vigente de saúde mental no país e no Estado, na perspectiva do Movimento da Reforma Psiquiátrica ora em andamento. Esses apontamentos compuseram o capítulo seguinte, que se destinou à base teórica de sustentação dessa investigação.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A escolha do tipo de pesquisa a ser adotado foi marcado por momentos de muita reflexão que me levaram a optar pela pesquisa qualitativa, porque segundo Polit e Hungler (1995) ela

envolve a coleta e análise sistemáticas de materiais narrativos mais subjetivos, utilizando procedimentos nos quais a tendência é um mínimo de controle imposto pelo pesquisador. Seus pesquisadores tendem a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, tentando apreender tais aspectos em sua totalidade, no contexto daqueles que os estão vivenciando (p.18).

A pesquisa qualitativa para Minayo (1995, p.25), “é um labor artesanal, que não prescinde da criatividade, mas se realiza fundamentalmente por uma linguagem fundada nos conceitos, proposições, métodos e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular”. Ainda para a autora essa abordagem

responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, 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 (p.21).

O método utilizado foi o descritivo e exploratório, porquanto a pesquisa descritiva permite ao pesquisador conhecer a realidade histórico-social da comunidade onde ocorre o fenômeno, seus traços característicos, seus problemas e as pessoas envolvidas, evidenciar e revelar experiências vivenciadas, seus valores e preparação para o trabalho de forma a aprofundar a descrição de determinada realidade, permitindo

o uso de uma linguagem mais acessível à leitura dos que se interessam pelo tema em estudo (TRIVIÑOS, 1987). Ela tem o propósito de observar, descrever e explorar as dimensões de um fenômeno da maneira pela qual ele se manifesta, define objetivos e reúne informações sobre o assunto a ser estudado, visto que trabalha com os acontecimentos da realidade, para ampliar a compreensão do que se está estudando (POLIT e HUNGLER, 1995; TRIVIÑOS, 1987).

A pesquisa abrangeu docentes que ministram a disciplina Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, nos cursos de graduação em enfermagem do Paraná, que concordaram em participar, independentemente do caráter institucional público, privado ou filantrópico e do tempo de existência dos cursos. Essa opção foi sustentada na intenção de realizar um diagnóstico de maior abrangência, que possibilitasse o conhecimento do cenário atual do ensino da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica no Estado.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A) e registros contidos nos planos de disciplinas e projetos de curso como fonte secundária. Estes são úteis na obtenção de dados objetivos e representam fonte estável e rica, podendo ser consultados várias vezes, além de servir de base para outros estudos. Eles podem conter evidências que fundamentem declarações e afirmações do pesquisador e representam fonte natural de dados que surjam em determinado contexto (LÜDKE e ANDRÉ, 1986; CRUZ NETO, 1995).

A entrevista é, segundo Cruz Neto (1995), o meio mais costumeiro no trabalho de campo; inserindo-se ela como modo de obtenção das informações dos sujeitos, não se trata de diálogo neutro e despretensioso. Mediante esse procedimento é possível obter dados objetivos e subjetivos, motivo pelo qual essas colocações corroboram uma das premissas da pesquisa qualitativa que, segundo Polit e Hungler

(1995, p.270), “conhecimentos a respeito das pessoas somente são possíveis com a descrição da experiência humana, do modo como é vivida e como ela é definida por eles”. No que diz respeito à entrevista semi-estruturada, ela reúne condições que a individualizam em relação à entrevista estruturada e possibilita obter resultados valiosos quanto ao enfoque do estudo e da teoria que orienta seus passos. Esse recurso, ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece liberdade e espontaneidade necessárias para o informante, enriquecendo a investigação (TRIVIÑOS, 1987) e oferece liberdade ao entrevistado para incluir relato de situações e fatos que julgue importantes no contexto do seu discurso (CRUZ NETO, 1995).

Antes de iniciar a coleta de dados, testei as entrevistas semi-estruturadas com quatro docentes da instituição na qual trabalho. Em seguida, fiz os ajustes necessários de acordo com a contribuição advinda dos participantes e da minha observação durante o procedimento. A entrevista contém uma folha de rosto que apresenta questões fechadas, cujo objetivo foi coletar dados essenciais para caracterizar e identificar a instituição, o curso e os sujeitos. Contém também uma questão aberta, com temas ou tópicos orientadores, relacionados à prática dos docentes na área do ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, sua trajetória, concepções, expectativas, dificuldades e perspectivas em face do Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Para ter idéia do universo a ser pesquisado, primeiramente solicitei à Associação Brasileira de Enfermagem do Paraná (ABEn-PR) a lista dos cursos de graduação em enfermagem existentes no Estado. Como tinha conhecimento informal, por meio de colegas, da existência de cursos não contemplados na lista fornecida, contatei-os por telefone, complementando-a; assim, cheguei ao total de 21 cursos. Concomitantemente, cursava uma disciplina do programa de doutorado. Em discussão

sobre o projeto, uma das professoras sugeriu pesquisa junto ao Ministério da Educação (ME), com o objetivo de listar os cursos de enfermagem autorizados. Em consulta à *internet* encontrei na página do Ministério da Educação uma lista com 26 cursos autorizados e optei por utilizá-la (BRASIL, 2002).

Os cursos de graduação em enfermagem pertencem a dezenove instituições de ensino e estão distribuídos em treze dos 399 municípios do Paraná. São eles: Universidade Federal do Paraná (UFPR), Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Universidade Tuiuti do Paraná (TUIUTI), Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR), Centro Universitário Campos de Andrade (UNIANDRADE), Universidade Estadual de Londrina (UEL), Centro Universitário Filadélfia (UNIFIL), Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), Universidade Estadual de Maringá (UEM), Faculdade Ingá (UNINGÁ), Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Universidade Paranaense (UNIPAR), Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Faculdade de Enfermagem dos Campos Gerais (CESCAGE), Faculdade União das Américas (UNIAMÉRICA), Faculdade Estadual de Educação Ciências e Letras de Paranavaí (FAFIPA), Faculdade Educacional do Sudoeste do Paraná (FADEP), Faculdade de Apucarana (FAP), Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde de União da Vitória (UNIGUAÇU) (Figura 1, p.55).

Três dessas instituições, a UNOPAR, a UNIOESTE e a UNIPAR, desdobram-se em dois *campi*, localizados em cidades distintas. Na lista de cursos autorizados do MEC, a UNOPAR e a UNIOESTE apresentavam a repetição do mesmo curso em um mesmo município; mas quanto à primeira constava a informação de extinção de um deles e à segunda a extinção de ambos. O mesmo ocorria com a UNIPAR. Diferentemente das duas anteriores, a repetição acontecia nos dois

municípios; porém o turno dos cursos era diverso, um integral e outro noturno sem a ressalva de extinção, fazendo com que o número de cursos fosse 26.

Antes de mencionar como ocorreu o meu ingresso no campo de estudo, considero importante explanar mais a respeito das informações que interferiram na delimitação do objeto da pesquisa. Assim, durante a fase de coleta de dados, por ocasião das visitas a essas instituições para a entrevista com os docentes, foi possível dirimir as dúvidas que envolviam as situações citadas acima. Fui esclarecida de que alguns desses cursos que aconteciam no período diurno seriam extintos; mas a instituição já entrara com projetos semelhantes no Ministério da Educação para funcionar no noturno.

Figura 1 - Distribuição dos cursos de graduação em enfermagem de acordo com os municípios do Paraná – 2002

*Cursos da mesma instituição com data de autorização e turnos de funcionamento diferentes (ME, 2002).

**Cursos com informação de extinção em 2002.

Considerando as dezenove instituições que possuem cursos de graduação em enfermagem mais os três *campi* em outras cidades, incluindo os repetidos, mas excluindo os que constam em extinção tem-se um total de 23 cursos em funcionamento. Dos 23, oito foram criados recentemente, a partir de 2001, e em contato por correio e por telefone, os coordenadores desses últimos cursos informaram que ainda não fora ministrada nenhuma disciplina da área em estudo, como também não se efetivou a contratação de docentes. Tal situação inviabilizou a entrevista com os docentes, mas foi mantida a coleta dos dados de caracterização da instituição e do curso. Ocorreu a impossibilidade em marcar a entrevista com docentes de dois cursos. Assim, foram treze os que tiveram os dados de caracterização dos docentes tratados. O tempo de existência dos cursos não foi critério que determinou os participantes da entrevista, mas a ocorrência ou não do ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, disciplina contemplada em diferentes anos ou períodos.

O meu ingresso no campo de pesquisa se deu primeiramente por meio de solicitações formais para a permissão de coleta de dados de cada uma das instituições que constava na lista de cursos autorizados pelo Ministério da Educação, mediante ofício que relatou, resumidamente, o interesse da pesquisadora no estudo do Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica no Paraná, além da necessidade de reunir dados de todos os cursos de graduação de enfermagem do Estado. Para tanto era necessário ter acesso a documentos, bem como a entrevista com docentes da disciplina (APÊNDICE B, C). Os documentos foram enviados para algumas delas ao coordenador de curso de enfermagem; para outras, os coordenadores orientaram a qual responsável deveria ser encaminhado o ofício. De maneira geral, todos os coordenadores acompanharam a tramitação do documento dentro da instituição. Todas as instituições devolveram o termo de autorização assinado. De posse dos termos de consentimento

assinados, o projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP e aprovado em sua 46ª Reunião Ordinária, realizada em 19 de dezembro de 2002.

O convite aos sujeitos da pesquisa foi feito após a realização de um levantamento informal, junto aos coordenadores de curso quanto ao número de professores da área em cada instituição. Os dados fornecidos indicaram 25 docentes, dos quais dois tinham duplo vínculo de trabalho. Nessa situação optei pela caracterização do docente em relação ao vínculo de maior tempo. Dessa forma, o contingente a ser convidado apontava 23 sujeitos. Ocorreu que, durante os contatos para agendar as entrevistas, os números iniciais sofreram alteração para menos. Houve uma aposentadoria e uma transferência para outro Estado. Por dificuldade de marcar um horário para entrevista, dois docentes não puderam participar, limitando, dessa forma, o número de dezenove entrevistados. O critério de participação foi o de estar desenvolvendo a prática na referida área, independentemente de tempo e experiências anteriores como professor.

Os aspectos éticos foram salvaguardados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), elaborado de acordo com a Resolução 196/96, que trata de pesquisa que envolve seres humanos. Foi fornecido um termo para cada docente participante do trabalho, que assinou, depois de esclarecido a respeito do estudo e informado de que a participação não implicaria ônus financeiro para o participante, tampouco remuneração de qualquer espécie, sendo os ganhos subjetivos. Da mesma forma, foi garantido sigilo quanto ao uso das informações, tanto documentais quanto das entrevistas (BRASIL, 1996).

As entrevistas com os docentes foram realizadas no período de março a junho de 2003, em locais e horários previamente agendados. Há que se ressaltar que o

rigor no cumprimento do agendamento é uma atitude que denota respeito para com os entrevistados (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

O tempo de entrevista variou de vinte e cinco minutos a uma hora e trinta minutos e todos concordaram com a gravação. As transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora. A entrevistadora teve o cuidado de transcrever e registrar as suas impressões, antes de proceder à entrevista seguinte. Esta estratégia foi adotada, levando em consideração as recomendações de Richardson et al. (1999): terminada a entrevista, essa deve ser transcrita e analisada; o entrevistador deve ocupar pelo menos o mesmo tempo que usou para efetuar a entrevista no estudo e análise do material, imediatamente após a realização do encontro. Esse procedimento é necessário, pois podem surgir imprevistos como, por exemplo, a não compreensão de alguns aspectos da gravação, ou ainda uma gravação danificada que exija o retorno para uma nova entrevista com o mesmo sujeito.

Para facilitar a transcrição do conteúdo das entrevistas foi elaborado em computador – *microsoft word* - um instrumento com a identificação do docente, data, tempo de entrevista e transcrição. Conforme recomendado por Bardin (1977), esse instrumento tem três colunas, uma à direita e uma à esquerda com aproximadamente três centímetros das margens e uma central em torno de doze centímetros. Na coluna central foi registrado o relato dos docentes na íntegra; na coluna esquerda, os temas emergentes ou categorias de acordo com os tópicos orientadores da questão central; na coluna direita, o registro das impressões verbais e não verbais do entrevistador durante a entrevista.

Antes de efetuar a leitura flutuante, “exaustiva e repetida dos textos, prolongando uma relação interrogativa com eles”, para tentar apreender o aparente e o inaparente na fala dos sujeitos, como enfatiza Minayo (1994, p.235-237); considerei

prioritário tratar os dados objetivos, oriundos dos documentos, e da folha de rosto da entrevista semi-estruturada, utilizados na coleta de dados. Segundo Triviños (1987, p.111) a “análise documental é um tipo de estudo descritivo que fornece ao investigador a possibilidade de reunir grande quantidade de informação” sobre um tema, por meio de consulta a documentos, como atas, anais, planos de curso e leis.

Atentando aos aspectos éticos e no tangente ao sigilo e anonimato, a partir dessa etapa, os municípios, as instituições, os cursos e os docentes foram identificados pelas letras do alfabeto, por números de ordem e símbolos. Os números ou letras sequenciais de um quadro não necessariamente corresponderão às informações de outro, pois os dados tratados variam de acordo com a finalidade.

Para Polit e Hungler (1995)

o propósito da análise dos dados, independentemente do tipo de dado que se possui e da tradição que tenha orientado sua coleta, é o de impor alguma ordem sobre um corpo grande de informações, de modo que possam ser tiradas algumas conclusões gerais e comunicadas através de relatório (p.272).

As autoras afirmam, ainda, que a meta geral da pesquisa qualitativa é organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados da pesquisa e que “a coleta dos dados e sua análise ocorrem normalmente de modo simultâneo” (POLIT e HUNGLER, 1995, p.272). A fase de análise dos dados segundo Gomes (1995), fundamentado em Minayo, tem três finalidades:

estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o com o contexto cultural da qual faz parte (p.69).

O procedimento utilizado para a realização da análise dos dados foi o proposto por Minayo (1994, p.234-238), seguindo-se os passos: 1) *Ordenação dos*

dados, que engloba entrevistas, conjunto de material de observação e documentos referentes ao tema. 2) *Classificação dos dados*, feita a partir do material recolhido com base em uma fundamentação teórica. 3) *Análise final*, que estabelece um movimento entre o empírico e o teórico, o concreto e o abstrato, o particular e o geral. Para a autora, o produto final deve ser visto como provisório e aproximativo. Complementando, Gomes (1995, p.79) explica que esta postura "se baseia no fato de que, em se tratando de ciência, as afirmações podem superar conclusões prévias a elas e podem ser superadas por outras afirmações futuras".

Na primeira fase, reuni os documentos que continham informações gerais das instituições e dos cursos: planos de cursos e disciplinas e a folha de rosto da entrevista semi-estruturada, que constituíram os dados objetivos. Constou ainda dessa fase a ordenação das dezenove transcrições das entrevistas, identificando-as por Docente A, B, C, para facilitar os repetidos retornos às leituras. Os documentos, juntamente com as transcrições, foram identificados de modo que se pudesse fazer a correlação entre curso, plano de disciplina e docente de uma mesma instituição. Esse critério serviu para as recorrências aos documentos, não correspondendo à identificação que se apresenta nessa investigação; haja vista a pesquisa não ter o objetivo de analisar os dados por instituição, mas dos cursos de graduação de Enfermagem do Paraná.

Na segunda fase, me ocupei em constituir um *corpus* de dados a serem trabalhados, estabelecendo uma seqüência de apresentação que fornecesse ao leitor um panorama de como transcorre atualmente o Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica no Paraná. E, na fase final, estão apresentados os dados que foi possível apreender durante o processo.

Ao desenvolver essa pesquisa, muitas dúvidas, medo e insegurança me sondaram durante quase todo o processo antecedente e concomitante à coleta de dados.

Mas a cada contato com os sujeitos, a cada entrevista realizada e transcrita, o meu otimismo e entusiasmo com a pesquisa foi aumentando. Dado o farto material coletado, a riqueza em quantidade e qualidade que emergia dos relatos dos docentes levou-me delimitar o que trabalharia nesse momento, com a certeza de que sobre esse tema no Paraná há muito mais que explorar.

No capítulo seguinte serão apresentados e discutidos os dados obtidos por meio dos planos de disciplinas e entrevistas semi-estruturas realizadas junto aos docentes dos cursos de graduação de enfermagem do Paraná.

Primeiramente me detive na caracterização das instituições quanto ao sistema institucional (público, filantrópico ou particular) e regime de contratação de docentes. Segue-se a dos 23 cursos encontrados no Estado do Paraná quanto ao ano de funcionamento e reconhecimento, carga horária mínima, duração em anos, regime letivo, vagas autorizadas/época de ingresso dos alunos e turno de oferta. A situação de não oferta da disciplina na área em estudo em oito cursos, por ocasião da coleta de dados, juntamente com a impossibilidade de participação de docentes de dois outros, limitou o número a treze, que foram caracterizados no tocante ao número de docentes de enfermagem no curso e na área, docentes afastados, programa de pós-graduação e projeto de extensão na área.

Na etapa seguinte me ocupei do tratamento dos dados dos docentes quanto à idade, sexo, tempo de docência na área, na assistência, formação de graduação e pós-graduação. Seqüencialmente evidenciei a disciplina quanto à denominação, carga horária teórica e prática, período em que é ministrada, ementa e principais temas abordados.

A etapa final destinou-se à organização temática dos dados coletados por meio das entrevistas com os professores. Desses relatos emergiram conteúdos que foram

consubstanciados nos dados objetivos apresentados nos Quadros 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11, e agrupados nos seguintes itens:

- Contexto regional do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, no Estado do Paraná.
- Sujeitos do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná.
- Ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná.
- A assistência à saúde da pessoa com sofrimento mental, a atuação de enfermagem e a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Paraná.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de iniciar a apresentação e discussão dos dados, faço a seguir breve relato histórico do Estado, para se ter uma idéia do contexto onde se deu a presente pesquisa.

4.1 CONTEXTO REGIONAL DO ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA: O ESTADO DO PARANÁ

Curitiba e Paraná são nomes oriundos da língua indígena; significam, respectivamente, “muito pinhão” ou “reunião de pinheiros” e “rio de braço caudaloso”.

Integrando a menor região do Brasil, a Região Sul, o Paraná, cuja capital é Curitiba, reúne 399 municípios, possui uma extensão territorial de 199.575 km² e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000), conta com uma população de 9.563.458 habitantes, sendo 4.737.420 homens e 4.826.038 mulheres. Destes habitantes, 7.786.084 vivem em zona urbana e 1.777.374 em zona rural. O Estado possui clima predominantemente subtropical, com grandes variações climáticas. Da variedade de vegetação existente, muito prejudicada pelo extrativismo indiscriminado ao longo da história, não se pode deixar de mencionar a Mata de Araucária constituída de pinheiro-do-paraná, árvore frondosa, cujo fruto, o pinhão, é saboreado, dentre outras formas, cozido, assado ou em forma de sopa. A gralha azul, pássaro símbolo do Paraná, tem o hábito de enterrar pinhões para comê-los mais tarde. Como quase sempre esquece onde enterrou, muitos pinheiros nascem sem intervenção

humana (CURITIBA, 1994)

Muitos são os povos que habitam o Estado do Paraná e isso tem contribuído para a diversidade de hábitos e cultura. Os franceses, alemães, poloneses, suíços e italianos foram os primeiros a chegar, mas outros povos, como os japoneses, espanhóis, árabes, também participaram da construção do Estado.

Os habitantes primitivos do Paraná foram guaranis e caingangues. Com o desenvolvimento da pecuária, o interesse dos brancos pelas terras dos índios aumentou, fazendo com que estes se retirassem para lugares mais distantes e fossem perdendo qualidade de vida. Para se ter uma idéia da influência da colonização sobre esses povos, da população indígena estimada em aproximadamente 200 mil no Estado na época do descobrimento do Brasil, hoje restam apenas em torno de 958 índios da tribo Guarani e 4.236 da Caingang (TUMA, 1992).

Quando o rei de Portugal recebeu a notícia de que havia ouro em Paranaguá, oficializou a primeira vila do Paraná, a Vila Nossa Senhora do Rosário de Paranaguá, em 1646. Em 1668, Gabriel de Lara mandou erguer o pelourinho em um povoado de além da serra do mar, habitado por dezessete chefes de família que, em 1693, já contando com mais de noventa famílias, foi elevado a vila e recebeu o nome de Nossa Senhora da Luz dos Pinhais de Curitiba. Essa vila originou a atual capital do Paraná (TUMA, 1992).

Durante vários anos, século XVIII e metade do século XIX, o Paraná foi parte da rota do tropeirismo e, pela abundância de seus campos gerais, servia de pastagem para que os muare se recompusessem das perdas do trajeto percorrido desde o Rio Grande Sul até Sorocaba, em São Paulo, onde deviam chegar. As paradas feitas em terra paranaense, que duravam meses, facilitaram o surgimento do comércio e de alguns municípios como Ponta Grossa e Lapa (SCHMIDT, 1996).

Após a época do tropeirismo, o Paraná continuou crescendo economicamente na pecuária, na agricultura, no extrativismo e até nas indústrias. Não tinha, no entanto, autonomia política, porque nessa época fazia parte da província de São Paulo e todas as decisões importantes referentes ao Paraná eram tomadas naquela província. O isolamento devido à distância de São Paulo e às estradas ruins, os altos impostos e os poucos benefícios desagradavam ao povo paranaense que, por diversas vezes, pediu que a comarca de Curitiba, ou 5ª Comarca da província de São Paulo fosse transformada em província. Em 29 de agosto de 1853, após 42 anos de luta para que o Paraná tivesse governo próprio, por meio do artigo primeiro da Lei 704, sancionada pelo Imperador Dom Pedro II, finalmente, o Paraná tornou-se província (TUMA, 1992).

Paraná é grande produtor agrícola e seus produtos servem tanto à exportação como para atender interesses internos das indústrias. Sua produção é muito variada. Destacam-se cana-de-açúcar, café, algodão, milho, soja, trigo, rami e hortaliças diversas. As indústrias químicas e de alimentos são as mais importantes do Paraná. No extrativismo, o Estado se destaca como maior produtor de talco do Brasil e por ter o talco mais puro do mundo. Entre outros metais, é também um dos maiores produtores de prata do país (TUMA, 1992).

No Estado existe abundância de rios perenes, impróprios para navegação, por apresentarem muitas quedas e corredeiras, acidentes que facilitam a construção de usinas hidrelétricas como Itaipu, Governador Parigot de Souza, Júlio de Mesquita Filho, Salto Osório, Salto Santiago e Salto Segredo. Localizado no município de Paranaguá está o Porto D. Pedro II, que transporta grande volume de mercadorias para outros Estados e para fora do país (TUMA, 1992).

4.2 SUJEITOS DO ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NO PARANÁ

Conhecer os sujeitos que atuam no ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica nos cursos de graduação de enfermagem no Estado, qual a formação, a qualificação e como ocorreu a sua aproximação com essa área, faz parte do objetivo desta pesquisa. Para levantar alguns dos aspectos mencionados, me vali dos dados de caracterização da entrevista semi-estruturada realizada com 19 docentes, os quais organizei no Quadro 1 a seguir, bem como dos seus relatos durante a entrevista.

Quadro 1 - Caracterização dos docentes de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica segundo a idade, sexo, tempo de formação na graduação, pós-graduação, tempo na docência e/ ou na assistência na área pesquisada no Paraná - 2003

Docente	Idade	Sexo	Tempo de formação de graduação/anos	Pós-graduação	Tempo de docência/anos	Tempo de assistência/anos
1	43	F	21	Mestrado/Especialização	19	5
2	52	M	29	Doutorado/Mestrado/Aperfeiçoamento	27	1,5
3	38	F	15	Mestrado/Especialização	13	8*
4	52	F	26	Mestrado/Residência/Especialização	23	5
5	31	F	10	Especialização	2	7
6	43	F	17	Mestrado/Especialização	11	6
7	46	F	24	Mestrado/Especialização	15	9
8	42	M	19	Doutorado/Mestrado/Especialização	13	2
9	39	F	17	Especialização	6	13*
10	37	F	16	Especialização	5	16*
11	58	F	12	Especialização	9	-
12	37	F	15	Mestrado/Especialização	10	5
13	43	F	22	Doutorado/Mestrado/Especialização	20	4 meses
14	39	F	16	Mestrado/Residência/Especialização	5	15*
15	40	F	18	Especialização	3	3
16	42	F	19	Mestrado/Especialização	7	6
17	28	F	5	Mestrado/Aprimoramento	2	-
18	33	F	7	Residência/Especialização/Aperfeiçoamento	4	6*
19	42	F	20	Especialização	1	13*

*Profissionais que atuam na assistência e na docência na área da saúde mental e psiquiatria.

Quando solicitei aos entrevistados que fornecessem informações da sua qualificação profissional, percebi a importância que atribuem a essa formação. Manifestaram insatisfação por haver pouca disponibilidade de cursos de pós-graduação no Estado ou, quando existe, é de especialização e mestrado, insuficiente para atender à demanda e nenhum específico de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

Os docentes que fizeram ou estão fazendo pós-graduação relataram dificuldade em relação à distância dos cursos e a sobrecarga de trabalho, porque a maioria deles não têm ou não tiveram afastamento para cursá-la, tendo de ajustar seus horários e dias de atividades com os de outros colegas. Não obstante, os dados mostram que os 19 docentes entrevistados possuem algum curso de pós-graduação, sendo que 13 possuem mais de uma qualificação.

Observei que 17 possuem curso de especialização; um deles possui duas e outro três, dando um total de 20 especializações. Desse número, cinco foram na área de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica e as demais em Saúde Pública, Saúde do Trabalhador, Saúde do Adulto, Fundamental e Cirúrgica. Encontrei dois docentes que fizeram residência em Enfermagem Psiquiátrica; um deles cursara anteriormente especialização em Saúde Pública e outro em Enfermagem Psiquiátrica. Dos dezenove docentes entrevistados 12 são mestres. Destes, seis cursaram mestrado na área em estudo, cinco na área de concentração em enfermagem e um em educação. Dos seis títulos de mestre de outras áreas de pós-graduação, cinco dissertações foram realizadas com o enfoque da saúde mental e psiquiatria.

Os dados atuais mostram mais dois docentes com mestrado em andamento, um em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e um em enfermagem, porém a dissertação está sendo desenvolvida com o enfoque da ressocialização junto ao portador de transtorno psíquico e família. Em relação à qualificação em doutorado, observei três

doutores, sendo dois na área em estudo e um em Enfermagem, mas com enfoque em saúde mental e psiquiátrica. Há também um docente fazendo doutorado em enfermagem; a sua tese está direcionada à área pesquisada. Para exemplificar o que acabo de colocar, utilizo o relato seguinte.

Nós temos carência nos aspectos da formação. Não temos aqui um curso de especialização em enfermagem psiquiátrica, mestrado. Doutorado nem pensar. Então para você fazer uma especialização em enfermagem psiquiátrica é preciso sair do Estado, nós não temos. Então acho que nesse sentido ainda é muito carente (Doc. A).

O desejo, necessidade e motivo de não estarem qualificando-se ou de tê-lo feito em outras áreas são aspectos que apareceram de várias formas, em todas as entrevistas. Os docentes falaram de sua preocupação em se qualificar para estarem atualizados e corresponder às exigências da nova LDB e aos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Mencionaram a vontade de prosseguir a formação na área da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Porém, a ausência de oferta no Paraná leva-os a procurar outras áreas ou a se deslocarem para outros Estados, o que nem sempre é possível. Houve algumas iniciativas de instituições em realizar especializações com enfoque também em saúde mental, envolvendo outras áreas, como a saúde coletiva e a psicologia, mas atualmente não ocorre. Tal situação tem levado os docentes de enfermagem que atuam na área mencionada a realizar qualificação em outras áreas de concentração e linhas de pesquisa que, por vezes, não contemplam qualquer conteúdo relativo a saúde mental e enfermagem psiquiátrica. Essa situação também foi confirmada, pelo número de especializações realizadas em áreas diversificadas da enfermagem, até três especializações por um mesmo docente.

Em relação a essas colocações houve menção repetida daqueles que já possuem mestrado e doutorado, que se criem no Paraná cursos para atender à demanda

que se apresenta; o crescente aumento de cursos de graduação em enfermagem que vêm ocorrendo e o número de profissionais qualificados existentes ficam ainda aquém dessa necessidade.

Há ainda demanda de profissionais qualificados em saúde mental para compor equipes interdisciplinares nos programas de saúde dos municípios, atendendo aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica como, por exemplo, no Programa Saúde da Família (PSF). Com isso observam-se docentes atuando em mais de um curso e/ ou paralelamente na docência e assistência. Em sua tese Koga (2003) confirmou as proposições anteriores: ao entrevistar profissionais das equipes do PSF quanto às ações de saúde mental que desempenham no domicílio, constatou a necessidade de maior qualificação para a equipe nessa área. Como primeira resposta a essa demanda, iniciou-se em 2002 a primeira turma de mestrado em enfermagem em Curitiba pela UFPR e em 2003 foi aprovado o da UEM em Maringá, devendo iniciar a primeira turma em 2004.

Considero oportuno discorrer um pouco sobre o processo de qualificação em pós-graduação no Brasil e no Paraná na enfermagem como um todo, pois o mencionado acima pelos docentes encontra sustentação na realidade que se esboça nessa área.

Os programas de pós-graduação em enfermagem são relativamente recentes, se comparados à institucionalização dessa profissão. A primeira tese de cátedra de enfermagem de que tive conhecimento é a de Gleite de Alcântara, com o título "A Enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira", defendida em 30 de maio de 1963, no concurso à Cátedra de História de Enfermagem e Ética da Escola de Enfermagem, anexa à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ALCÂNTARA, 1966).

O impulso para a qualificação de pós-graduação na enfermagem ocorreu

após a Lei da Reforma Universitária n.º 5540, de 28 de novembro de 1968, que fixa as normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com o ensino médio. Em seu artigo 2º, prevê que "o ensino superior, indissociável da pesquisa, será ministrado nas universidades e, excepcionalmente, em estabelecimentos isolados". A partir daí, implantou-se a pós-graduação no Brasil, bem como o incremento da pesquisa universitária. Devido à escassa oferta de cursos de pós-graduação *stricto sensu*, até aquela época eram raros os docentes universitários que tinham essa formação. Os poucos professores que conseguiam qualificar-se faziam-no fora do país (FERNANDES, 1982; BAPTISTA e BARREIRA, 1997).

A implantação dos cursos de mestrado em enfermagem decorreu da exigência de preparo do corpo docente nos níveis de mestrado, doutorado ou livre docência. Em 1972 implantou-se o primeiro curso de mestrado em enfermagem na Escola Anna Nery (UFRJ) e, em 1973, o segundo na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP/SP) (BAPTISTA e BARREIRA, 1997). Pioneiro na área de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, o terceiro curso de pós-graduação de mestrado foi criado em 1975 pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (DEPCH-EERPUSP). Ainda nesta área, a mesma Escola criou o curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica, em 1978 (SOUZA, 1999).

Na década de oitenta iniciaram-se os cursos de doutoramento em enfermagem, sendo o primeiro em 1981 pela USP. Ao me reportar às primeiras produções de dissertações e teses de enfermeiros, observei que, até a década de 80, a maior parte foi realizada junto a programas de pós-graduação em psicologia, medicina e educação, sendo orientadas por psicólogos e/ou médicos. Atualmente existem vários cursos de mestrado e doutorado no país; esse movimento tem sido reforçado a partir da

nova LDB (Brasil, 1996), regulamentada pela Lei nº 9.536, de 11 de dezembro de 1997, que reza em seu art. 52:

as universidades são instituições pluridisciplinares de formação dos quadros profissionais de nível superior, de pesquisa, de extensão e de domínio e cultivo do saber humano, que se caracteriza por:

I – produção intelectual institucionalizada mediante o estudo sistemático dos temas e problemas mais relevantes, tanto do ponto de vista científico e cultural, quanto regional e nacional;

II – um terço do corpo docente, pelo menos, com titulação acadêmica de mestrado ou doutorado;

III – um terço do corpo docente em regime de tempo integral.

Os parágrafos I, II e III dão a idéia da necessidade de qualificação, produção científica bem como de maior permanência do docente na instituição universitária. Ressalto que a existência de qualificação em especialização, mestrado e doutorado na área de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica de que tenho conhecimento por meio de pesquisa na *Internet* pelo *site google* em janeiro de 2003, se restringe aos cursos de especialização das Escolas de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) em Ribeirão Preto e capital, da Faculdade de Saúde Pública (FESP) do Rio de Janeiro, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), da Universidade de Santos (UNISANTOS) e do Conselho Federal de Enfermagem. Cursos de mestrado e doutorado das Escolas de Enfermagem da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto e capital.

Ressalto que os dados do Quadro 1, p.67, relativos ao gênero e à idade foram coletados para delinear o perfil dos sujeitos da prática do ensino da área em estudo. Visualizando-os, constatei que o maior contingente dos trabalhadores de enfermagem é do gênero feminino. Esses achados corroboram vários estudos realizados ao longo da trajetória da profissão no mundo e no país, como o de Magalhães e Carzino (2002).

Na seqüência apresento como ocorreu a aproximação dos docentes entrevistados no ensino, destacando também o exercício na assistência na área. Observo que a realidade encontrada mostra que os sujeitos têm de cinco a 29 anos de formação e de um a 27 na docência na área.

Ao solicitar-lhes que relatassem como aconteceu o seu ingresso na docência, as respostas vieram de várias formas, permitindo perceber que os itinerários foram diversificados. Contudo, evidenciei o seguinte: dos 19 entrevistados, dez trabalharam em hospitais psiquiátricos antes de ingressarem na docência. Três deles iniciaram esse exercício na formação de Auxiliares e Técnicos em enfermagem, sendo que a maioria relatou que o interesse pelos estudos da área antecedeu o início das atividades de professor, havendo o despertar durante a graduação ou logo após o término dela; porém a oportunidade de lecionar para alguns ocorreu após o ingresso em programa de mestrado, e para outros na abertura de vagas para substitutos de docentes afastados para qualificações, sendo posteriormente efetivados por concurso ou contratação. Também houve a prática anterior como secretário municipal de saúde, coordenação de programa escolar pela secretaria municipal de educação, assistência em nefrologia e unidade de terapia intensiva (UTI), docência na disciplina de administração em enfermagem e centro cirúrgico.

Como pode ser observado no Quadro 1, p.67, seis professores exercem paralelamente a prática assistencial e docente na enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Outros se voltaram exclusivamente para a docência. Os relatos abaixo demonstram como ocorreu a aproximação deles com o exercício da formação.

Quando fiz enfermagem psiquiátrica durante o estágio me encontrei na profissão. Ao terminar o estágio de saúde mental no hospital, continuei trabalhando lá como atendente psiquiátrica (Doc. B).

Acabei entrando na psiquiatria por acaso, [...] o que me levou a ser docente foi o meu trabalho de 12 anos de prática em hospital psiquiátrico como enfermeira. Comecei como docente no curso de auxiliar e técnico de enfermagem há nove anos (Doc. C).

Quando terminei a faculdade, uma das professoras da Instituição chamou-me para trabalhar no hospital campo de estágio. Fiz os dois anos de residência em enfermagem psiquiátrica. Quando terminei, passei a atuar como enfermeira. [...] depois assumi a disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica (Doc. E).

Em sua pesquisa sobre o Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul, Kantorski (1998) observou um traço comum na formação dos 15 docentes entrevistados, referindo-se passagem deles como aluno ou docente em instituições como Hospital Psiquiátrico e Clínica Pinel, por ocasião da realização de especialização em enfermagem psiquiátrica. Considera relevante essa questão devido à orientação histórica que essas instituições têm assumido na formação de conceitos quanto à saúde e doença mental e modos de tratamento. Outra constatação foi que a maioria possuía em torno de dez anos de experiência assistencial, anterior ou concomitante à docência, em serviços como os acima mencionados. Ressalta que essas experiências foram enfatizadas pelos entrevistados como importantes para o exercício da docência.

Situado o objeto de estudo no cenário Federal e Estadual e a caracterização dos sujeitos dessa investigação, sigo com a apresentação e discussão dos dados sobre o ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica no Estado (Quadros, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11), com o intuito de apresentar como o processo educativo dessa área se mostra na realidade paranaense atual, decorridos quarenta e nove anos do surgimento da primeira escola de graduação no Estado.

4.3 ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA NO PARANÁ

Início com a caracterização das instituições quanto ao sistema institucional e forma de contratação de docentes, conforme Quadro 2 abaixo, podendo observar que do total de 19 instituições, dez são particulares, seis públicas e três filantrópicas. Segue-se a caracterização dos cursos de graduação de enfermagem dessas instituições.

Quadro 2 - Caracterização das instituições de ensino do Paraná que possuem cursos de graduação de enfermagem, segundo o sistema institucional e contratação de docentes - 2002

Instituição	Sistema Institucional	Sistema de contratação de docentes
1	Filantrópica	Horista
2	Pública Estadual	TIDE/20h/Temporário
3	Pública federal	DE/ 40h/20h
4	Pública estadual	40h
5	Filantrópica	Horista
6	Pública estadual	40h
7	Pública estadual	TIDE
8	Particular	TI/20h/ horista
9	Particular	40h/20h
10	Particular	40h/Horista
11	Pública estadual	40h/Horista
12	Particular	Horista
13	Particular	Horista
14	Filantrópica	Horista
15	Particular	TI/20h/Horista
16	Particular	40h/Horista
17	Particular	40h/20h
18	Particular	TI/20h/Horista
19	Particular	20h

Tempo Integral e Dedicção Exclusiva (TIDE); Dedicção Exclusiva (DE); Tempo Integral (TI).

Aponta-se a inversão que ocorreu no modelo institucional, após o movimento de federalização do ensino no país, no final da década de 60, período em

que predominava o ensino público, seguido das filantropias pertencentes a ordens religiosas, porém sob a orientação e fiscalização do poder público federal. Hoje a representatividade dessa modalidade é inexpressiva, se comparada ao número de cursos particulares existentes. Isso preocupa na medida em que vimos percebendo a crescente falta de compromisso das esferas governamentais com o ensino público, que se traduz em um sucateamento nas questões organizacionais, políticas e de recursos humanos.

Constantino e Gois (2003) relatam que no início da coleta do censo do ensino superior em 31 de outubro de 2001, o MEC indicava a existência de 1.392 instituições. Destas, 1.208 privadas (86,8%) e 184 públicas (13,2%). Gois (2003) informou que em 2003 o total elevou-se para 1.960, sendo 1.752 particulares (89,4%) e 208 públicas (10,6%) e que o crescimento no número de instituições privadas de ensino superior autorizadas pelo MEC se relaciona com o período de gestão (1995 a 2002) do ex-ministro e hoje consultor educacional Paulo Renato Souza. O autor considera que o crescimento pode ser explicado por uma série de mudanças ocorridas no setor a partir de 1995, como decretos, portarias e resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE), que permitem, por exemplo, que as instituições de ensino possam ter fins lucrativos. Outro fator que agrega como contribuinte foi a implementação de um sistema de avaliação e a criação de instituições com novos perfis, como os Centros Universitários, entidades com autonomia para criar cursos superiores, mas sem a obrigatoriedade de investimento em pesquisa como as Universidades.

O comentário anterior, no que diz respeito aos cursos, confirma os achados apresentados no Quadro 3 a seguir e os intensificam, devido à oferta de um ou mais cursos pela mesma instituição. Assim, dos 23 cursos encontrados nessa pesquisa, 14 pertencem a instituições particulares, seis à rede pública estadual e federal e três a filantrópicas.

Quadro 3 - Caracterização dos cursos de graduação em enfermagem do Paraná quanto ao ano de funcionamento, reconhecimento, carga horária mínima, duração em anos, regime letivo, vagas autorizadas e turno de oferta - 2002

Curso	Início de funcionamento	Reconhecimento	Carga horária mínima	Duração /anos	Regime letivo	Vagas autorizadas	Turno de oferta
1	1954	1957	4.014	4	semestral	120	diurno
2	1972	1976	4402	4	anual	60	integral
3	1975	1980	3600	5	semestral	55	diurno
4	1979	1979	4140	4	anual	40	diurno
5	1980	1986	3780	4	semestral	100	diurno
6	1981	1987	4240	5	anual	40	integral
7	1981	1987	4017	4	anual	44	integral
8	1997	2002	3672	4	anual	60	integral
9	1997	2001	3920	4	semestral	100	diurno
10	1998	2002	3580	4	anual	50	noturno
11	1998	2002	4000	4	anual	80	integral
12	1998	-	4658	4	anual	40	diurno
13	1999	-	-	4	anual	100	diurno
14	2000	-	3298	4	semestral	100	diurno
15	2000	-	3840	4	anual	60	diurno
16*	2001	-	4000	5	anual	80	noturno
17*	2001	-	4000	5	semestral	-	noturno
18*	2001	-	4248	4	anual	60	diurno
19*	2001	-	3680	4	anual	75	diurno
20*	2001	-	3636	4	semestral	100	integral
21*	2002	-	-	4	semestral	80	diurno
22*	2002	-	-	4	anual	-	diurno
23*	2002	-	3995	4,5	semestral	100	diurno

Fonte: http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp – disponível em 20/09/2002, complementado com dados fornecidos pelos docentes, coordenadores das instituições.

* Cursos que ainda não ofertaram disciplina na área de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica durante a coleta de dados e não possuem o docente para a área.

Evidencia-se o exacerbado crescimento no número de cursos no Paraná, da mesma forma como tem ocorrido no Brasil. Até 1996 havia apenas sete cursos de graduação em Enfermagem no Estado. Destes, cinco públicos federais e estaduais, um filantrópico e um particular. Esses dados foram apontados no trabalho desenvolvido por docentes integrantes do Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (DEPCH/EERP/USP) sobre o Ensino de Enfermagem nessa área no Brasil (ALENCASTRE et al., 2000).

Chamou-me a atenção a oferta de cursos em diferentes turnos e municípios por uma única instituição e relacionada às particulares. Observa-se que nos últimos anos essa forma de organização do ensino superior de enfermagem tem crescido em quantidade e turno, incluindo o noturno de maneira jamais vista no último decênio.

Os cursos da área da saúde, como os de enfermagem, surgiram no período diurno, condições freqüentemente justificadas pelos enfermeiros docentes e assistenciais de que a rotina de assistência à saúde no Brasil oferece mais e melhores situações de aprendizado na prática, no turno da manhã nas diversas modalidades: ambulatorial, unidades de saúde e hospitalar. No turno da tarde diminuem as atividades e no noturno, restringem-se aos atendimentos de emergências, os partos e a manutenção ou seqüência da terapêutica e cuidados, de acordo com a necessidade de cada paciente.

Coordenadores informaram-me que, embora alguns cursos constem como noturno pela autorização do Ministério da Educação, as práticas supervisionadas ocorrem em sua maioria no período da manhã e da tarde e que alguns desses cursos duram em média cinco anos, devido ao menor tempo de aulas diárias no período da noite. Há também os que compensam essa carga horária incluindo aulas nos sábados, nos períodos da manhã e da tarde.

Gois (2003) afirma que todas essas mudanças vêm acarretando novo perfil do estudante universitário nos estabelecimentos de ensino privado quanto à classe econômica. Destaca que o ex-ministro Paulo Renato Souza considera que 60% dos estudantes de ensino superior até 2008 corresponderá à classe C, mais carente.

Magalhães e Carzino (2002) alertam ainda para outro aspecto no perfil do estudante de ensino superior no que diz respeito à idade de ingresso nos cursos, estado civil e experiência. Dizem que até a década de noventa a predominância de entrada e permanência nos cursos universitários era de pessoas entre 17 e 22 anos, chamados estudantes tradicionais. Em um estudo realizado junto a alunos do curso de graduação em enfermagem de uma instituição de ensino privado da cidade de Curitiba encontraram que em torno de 60% se incluíam acima dessa faixa etária, portanto estudantes não tradicionais. As autoras referem que conhecer essas características dos alunos permite a construção de um projeto pedagógico coerente com a realidade dos educandos bem como a adoção de tecnologias de aprendizagem inovadoras.

Somam-se novas informações a esses dados. Em abril de 2003 em consulta nas páginas do Ministério da Educação na *Web* observamos a criação de mais seis cursos de graduação em Enfermagem no Paraná, sendo na Faculdade de Agronomia Luiz Meneghel (FFALM) em Bandeirantes, Universidade Paranaense (UNIPAR) em Francisco Beltrão, Faculdade Intermunicipal do Noroeste do Paraná (FACINOR) em Loanda, Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) e Centro Universitário de Maringá (CEUMAR) em Maringá. Também a permanência de um Curso da Universidade do Oeste do Paraná (UNIOESTE) em Foz do Iguaçu com menção de extinção na listagem da consulta anterior. Isso perfaz atualmente o total de 29 cursos de graduação em Enfermagem autorizados pelo Ministério da Educação no Paraná.

Ressaltamos que neste trabalho os dados utilizados foram os da consulta anterior, realizada em 2002, que mostrou 23 cursos.

Quadro 4 – Número de cursos de graduação em Enfermagem no Paraná - 1954-03

Período	1954 a 1963	1964 a 1973	1974 a 1983	1984 a 1993	1994 a 2003	Total
Cursos criados	1	1	5	0	23	30

O total de 30 cursos inclui um criado em 1998, mas com menção de extinção pelo Ministério da Educação desde 2002.

Os dados do Quadro acima sobre o crescimento do número de cursos de graduação, embora específicos da enfermagem paranaense, acredito refletir o que vem ocorrendo no cenário nacional, porquanto, ao longo do estabelecimento da enfermagem como profissão, esta tem acompanhado e sofrido os impactos dos movimentos sociais do Brasil e do mundo; portando é presumível que essa realidade se coaduna à da educação superior em todas as áreas no país.

Fernandes (1982) ressalta que, apesar de o ensino de enfermagem ter surgido sob a égide do movimento sanitaria, a sua consolidação legal concorre com o desenvolvimento do capitalismo que veio ocasionar mudanças nas diretrizes econômicas, na mobilização de classes populares sociais e no poder, consolidação de uma sociedade urbano-industrial, levando a esfera estatal a se envolver nos vários setores da sociedade, incluindo a educação em enfermagem.

A evidência dos movimentos sociais das classes populares de trabalhadores, Sindicatos, Associações de Classe, por meio dos quais os trabalhadores de enfermagem lutam pelo reconhecimento de sua profissão, defesa de seus interesses políticos e

econômicos, no desejo de melhor qualidade de vida, juntamente com a necessidade de profissionais de enfermagem para atender à demanda decorrente da expansão do setor produtivo e empresarial na área da saúde, incluindo a expansão da rede de hospitais, impulsionaram o Estado a investir na ampliação do número de escolas de enfermagem.

Fernandes (1982), em seu trabalho sobre o Ensino de Enfermagem Psiquiátrica no Brasil, refere a existência de trinta escolas de enfermagem no período de 1916 até 1956 em todo o território nacional. Embora não dispusesse de dados como os mencionados pela autora a respeito do quantitativo atual de cursos de graduação em Enfermagem no Brasil, Strauss (2003) em reportagem na Folha de São Paulo, traz o panorama dos últimos nove anos, (1993-01) de matrículas efetuadas nos cursos superiores no Brasil, conforme Quadro 5 abaixo. Acreditamos que a evolução das matrículas nos cursos de graduação em Enfermagem no Paraná acompanhou esses dados.

Quadro 5 – Panorama geral do crescimento de matrículas nas universidades do Brasil - 1993-01

Ano	Privadas	Públicas
1993	941152	653516
1994	970584	690450
1995	1.059163	700540
1996	1.133102	735427
1997	1.186433	759182
1998	1.321229	804729
1999	1.537923	832022
2000	1.807219	887026
2001	2.091529	939225
Crescimento	122%	44%

Folha de São Paulo, p. C1. São Paulo, ago. 2003.

Na sequência apresento a caracterização dos cursos de Enfermagem no Paraná que já ofertaram a disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Devido à diversidade de denominação de contrato de professores para período determinado (substituto, colaborador, horista, contratado, temporário), nesse estudo serão denominados substitutos, conforme Quadro 6 a seguir.

Quadro 6 - Caracterização dos cursos de graduação em Enfermagem do Paraná quanto ao número de docentes no curso e na área, docentes afastados, programas de pós-graduação e projetos de extensão na área. Paraná - 2003

Curso	N.º de docentes de enfermagem no curso	N.º de docentes de enfermagem na área	Docentes da área afastados	Programa de pós-graduação	Projeto de extensão na área
1	24 efetivos	1	não	não	Não
2	50 efetivos 5 substitutos	*3	não	não	Sim
3	18 efetivos 5 substitutos	1 efetivo 1 substituto	não	não	Sim
4	34 efetivos 3 substitutos	*4	não	não	Sim
5	30 efetivos	*2	1	não	Não
6	12 efetivos 2 substitutos	1	não	não	Não
7	47 efetivos	2	1	não	2
8	19 efetivos	1	não	não	Sim
9	5 efetivos 6 substitutos	1	não	não	Não
10	21 efetivos 7 substitutos	1	não	não	Não
11	24 efetivos	1	não	não	Não
12	33 efetivos	1	não	não	Não
13	3 efetivos 10 substitutos	1	não	não	2

*Cursos em que um dos professores atua em duas instituições de ensino.

Quanto ao número de docentes de enfermagem dos 13 cursos, observa-se o total de 359, sendo que 39 são substitutos, enquanto na área pesquisada dos 19 entrevistados apenas um é substituto. Esses dados nos levam a acreditar que a

efetividade no quadro de docente contribui positivamente nas discussões sobre a importância desse corpo de conhecimento na formação do enfermeiro e na sustentação destes na organização curricular. Em contraposição, a predominância de apenas um docente, quando as disciplinas poderiam absorver mais, confirmam as dificuldades em promover discussões e negociações dentro dos colegiados de curso, externadas pela maioria deles durante as entrevistas de que a solidão, segundo alguns depoentes, concorre muitas vezes como fator de baixa motivação no desempenho das atividades, como se observa nos relatos abaixo.

Sinto-me sozinha, não tenho com quem planejar a disciplina, preciso me atualizar, gostaria de fazer um mestrado na área, mas aqui não há (Doc. H).

Sinto muita falta de apoio meu [...] me falou que achava melhor eu fazer uma terapia, porque eu ficava buscando quem quisesse discutir comigo, trocar idéias, tentar propor coisas mínimas para modificar a realidade da assistência e do ensino (Doc. R).

Ao estudar os aspectos destacados anteriormente em quatro cursos de graduação em Enfermagem de instituições públicas de ensino do Rio Grande do Sul, Kantorski (1998) levantou que de 4,3 a 33% do quadro de docente era de substituto. A autora atribuiu a situação ao afastamento de docentes efetivos para fins de titulação e para suprir vagas de aposentadorias. Entretanto destacou que essa situação comporta a discussão de dois aspectos que se contrapõem: o primeiro se refere à abertura de espaços e possibilidades de mudanças influenciadas pela participação desses docentes; o segundo, ao caráter de provisoriedade dos contratos. Quanto aos pontos positivos, ela ressaltou que os docentes entrevistados viam as possibilidades de aberturas de novos campos de estágio, pois alguns destes docentes substitutos possuíam vínculos empregatícios em outras instituições de serviços de saúde. Se nos reportarmos ao

Quadro 1, p.67, veremos essas ponderações sendo confirmadas nesta pesquisa, visto que sete dos 19 entrevistados possuem tempo de atuação na assistência igual ou superior ao de docência. Ressalvando ainda que há aqueles que, após algum tempo de exercício duplo, optaram pela docência, ocorrendo que, posteriormente o tempo de prática assistencial venha evidenciar-se menor. Nos aspectos negativos, a autora ressaltou a situação incerta que resulta em rotatividade de pessoal.

Além das situações explicitadas pela autora, os relatos dos docentes me permitiram visualizar outro aspecto positivo, que é a possibilidade de o enfermeiro se aproximar da docência, já que alguns colocaram que, antes de pertencerem ao quadro permanente, iniciaram como substitutos na área pesquisada ou em outras. Alguns até vislumbravam tal possibilidade.

No que se refere à prática dos docentes constatei pelas entrevistas realizadas e estudo dos planos de ensino (área ou disciplina) que o momento atual é de transição para muitos cursos, no que diz respeito à organização curricular. Disso decorre que, em alguns deles, o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica esteja inserido em outras áreas de ensino, como nos casos dos currículos integrados. Há, em outros, a manutenção da modalidade disciplina, como pode ser observado nos Quadros 7 e 8 que se segue. Para facilitar a descrição, optei por denominar o ensino da área, em disciplina. Nos casos em que os temas de saúde mental e psiquiatria são contemplados juntamente com os de outras áreas, relacionamos somente a carga horária da teoria e do estágio referentes ao tema dessa pesquisa.

Quadro 7 - Caracterização da disciplina enfermagem em saúde mental e psiquiátrica segundo a denominação, carga horária teórico-prática, estágio e ano de oferta no Paraná - 2003

Curso	Denominação	Carga horária teórico-prática e estágio supervisionado	Ano de oferta
1	Programa de aprendizagem – prevenção de acidentes e agravos a saúde física e mental.	54 Teórico-prática 36 Estágio	1º
	Programa de aprendizagem – assistência de enfermagem individual e coletiva ao adulto e idoso.	144 Teórico-prática	3º
	Programa de aprendizagem – clínica de enfermagem do adulto e idoso na saúde individual e coletiva	36 Estágio	3º, 4º
2	Módulos 4, 5 e 6 – Saúde mental e enfermagem psiquiátrica	54 Teórico-prática 102 Estágio	1º, 2º, 4º
3	Assistência de enfermagem II – Saúde do adulto (clínica médica, cirúrgica, saúde mental e psiquiatria)	60 Teórico-prática 61 Estágio	2º
4	Psicologia aplicada à enfermagem	60 Teórico-prática	2º
	Dinâmica das relações humanas na enfermagem	60 Teórico-prática	2º
	Assistência de enfermagem IV – Enfermagem psiquiátrica e saúde mental	60 Teórico-prática 90 Estágio	3º
5	Enfermagem em psiquiatria e saúde mental	35 Teórico-prática 70 Estágio	2º
6	Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica	68 Teórico-prática	4º
	Estágio supervisionado em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica	68 Estágio	5º
7	Saúde mental e enfermagem psiquiátrica	46 Teórico-prática 90 Estágio	4º
8	Saúde mental	36 Teórico-prática	1º
	Enfermagem psiquiátrica I	36 Teórico-prática	2º
	Enfermagem psiquiátrica II	36 Teórico-prática 36 Estágio	2º
9	Assistência de enfermagem psiquiátrica e saúde mental	64 Teórico-prática 64 Estágio	4º
10	Enfermagem psiquiátrica e saúde mental	64 Teórico-prática	4º
	Práticas supervisionadas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental	64 Estágio	
11	Assistência de enfermagem II	67 Teórico-prática 60 Estágio	3º
12	Enfermagem em saúde mental	72 Teórico-prática 72 Estágio	3º
13	Saúde mental	36 Teórico-prática 72 Estágio	3º

Quadro 8 – Ementas das disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica dos cursos de graduação de enfermagem do Paraná - 2003

Curso	Ementa	Curso	Ementa
1	Atuação do enfermeiro na prevenção de risco e agravos a saúde física e mental. Suporte básico de vida. Epidemiologia dos transtornos mentais. Crises evolutivas. Agravos individuais e coletivos de maior incidência na população. Ações planejadas e programadas em saúde nas áreas de doenças infecto-contagiosas, doenças crônico-degenerativas, saúde do trabalhador. Enfermagem psiquiátrica e enfermagem em saúde coletiva. Aprendizagem clínica na saúde individual e coletiva. Desenvolvimento de ações planejadas e programadas em unidades de assistência à saúde.	5	Introdução à saúde mental. Psiquiatria em nível secundário e terciário. Noções de estrutura de personalidade. Psicopatologias mais comuns. Deficiência mental, visual e auditiva. Assistência de enfermagem da criança, adolescente, adulto e idoso sadio e portadores de problemas mentais. Estágio supervisionado, prestando atendimento a indivíduos portadores de problemas psiquiátricos na comunidade, ambulatório e hospital.
2	Ações de enfermagem para a assistência ao indivíduo com transtornos mentais, considerando sua singularidade, os determinantes do processo saúde/doença, os princípios de bioética, a organização dos serviços de saúde, o processo de trabalho em enfermagem e os preceitos éticos e legais que regem a profissão, utilizando as habilidades técnicas do relacionamento interpessoal. Busca de recursos e alternativas para propor soluções diante de novos problemas, assumindo a responsabilidade pelo seu aprendizado.	6	Instrumentos básicos para a enfermagem psiquiátrica e saúde mental, durante as diferentes fases do ciclo vital. Características psicológicas e psiquiátricas da criança e do adolescente sadio e hospitalizado nos diversos níveis de atendimento. Entrevista e relação enfermeiro e paciente. Percepção de papéis. Relacionamento multiprofissional na assistência dos diferentes pacientes, jovens, adultos e idosos normais e com distúrbios psicológicos e psiquiátricos. Consulta de Enfermagem a pacientes psiquiátricos. Funções mentais normais e alteradas. Distúrbios de comportamento e psicopatológicos. Relacionamento de ajuda. Execução da assistência de enfermagem sob a forma de estágio supervisionado a pacientes portadores de características psicológicas alteradas, nos diferentes níveis de atendimento em todas as faixas etárias. Elaboração e execução do processo de enfermagem.
3	Assistência de enfermagem ao adulto com problemas e ao idoso com problemas clínicos e psiquiátrico dentro do processo saúde/doença de baixa e média complexidade, segundo os níveis de prevenção e incidência epidemiológica.	7	Atuação da enfermagem na terapêutica psiquiátrica através da utilização do relacionamento /comunicação terapêutica com doentes mentais e seus familiares.
4	Psicologia na enfermagem. Psicologia nas instituições de saúde. Desenvolvimento da personalidade. Ciclo vital. Conflitos e mecanismos de defesa. Funções psíquicas. Medidas de prevenção da enfermidade mental. Origem, evolução histórica e tipos de comunicação. Relacionamento interpessoal e seus determinantes. O indivíduo e o grupo. Tipos de grupo. Problemas de comunicação em grupo. Tensões intragrupais e intergrupais. Aprendizagem da autenticidade. Evolução histórica, visão atual e tendências da enfermagem em psiquiatria. Políticas de saúde mental e medidas preventivas de saúde mental. Princípios fundamentais e éticos em enfermagem psiquiátrica. Assistência de enfermagem nas diversas reações psicopatológicas em situações de crise e à família de indivíduos em sofrimento psíquico.	8	Definição de saúde mental e sua importância nas diversas etapas do desenvolvimento do indivíduo. Conceitos de saúde e doença mental e os fatores desencadeantes da doença mental. O papel do enfermeiro na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. A evolução da história da psiquiatria até os dias de hoje, enfatizando a assistência psiquiátrica no Brasil. Definições sobre comunicação e relação terapêutica e a importância de ambas na atuação do enfermeiro. Avaliação das funções psíquicas e suas principais alterações na doença mental. Dados epidemiológicos dos transtornos mentais. Estudo dos principais transtornos mentais e os cuidados de enfermagem no atendimento do indivíduo acometido por tal patologia.

Quadro 8 – Ementas das disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica dos cursos de graduação de enfermagem do Paraná - 2003
continuação

Curso	Ementa	Curso	Ementa
9	Evolução histórica da psiquiatria. Políticas de saúde mental. Promoção, tratamento e reabilitação dos transtornos psiquiátricos. Visão atual e tendências da enfermagem psiquiátrica. Assistência de enfermagem nas diferentes reações psicopatológicas, em situações de crise e à família de indivíduos em sofrimento psíquico.	12	Noções básicas de saúde mental. Fundamentos da relação pessoa-a-pessoa. Cuidado de enfermagem ao doente mental. Práticas alternativas na assistência psiquiátrica. Terapêutica. Política de saúde mental.
10	Evolução histórica, políticas e medidas preventivas de saúde mental. Visão atual e tendências da enfermagem psiquiátrica. Assistência de enfermagem nas situações de crise à família e ao indivíduo em sofrimento psíquico. Assistência de enfermagem psiquiátrica e em saúde mental nas diferentes reações psicopatológicas e à família de indivíduos em sofrimentos psíquico. Processo de saúde mental/doença mental. Promoção e prevenção em saúde mental. Evolução da enfermagem psiquiátrica e de saúde mental.	13	Introdução à saúde mental. Psiquiatria em nível secundário e terciário. Processo de cuidar na saúde mental da criança, adolescente. Processo de cuidar de portadores de distúrbios mentais.
11	Saúde da mulher. Estudo do ciclo vital feminino e do processo reprodutivo. Planejamento, execução e avaliação da assistência da enfermagem a gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido. Aspectos preventivos. O atendimento integral à saúde da mulher desde a primeira infância até a terceira idade. Enfermagem psiquiátrica e em saúde mental. Embasamento teórico para ações de enfermagem. Fatores que predis põem a distúrbios mentais e os desencadeiam. Patologias mais comuns; participação da enfermagem no diagnóstico e tratamento. Conhecimento dos recursos que a comunidade oferece para atendimento da saúde mental. Vivência de relacionamento terapêutico nas ações integradas de enfermagem. Ações preventivas e assistências nas doenças mentais, com ensino clínico. Saúde da criança: aspectos epidemiológicos, influências do desenvolvimento físico e biológico, alterações fisiológicas, estudo do desenvolvimento da personalidade, atendimento integral da criança hospitalizada e nos programas de saúde da rede pública através de ensino clínico.		

Percebe-se, pelo relato dos docentes, que na maioria dos cursos está se discutindo e reorganizando o ensino, seja para atender às exigências da nova LDB Brasil (1996) e diretrizes curriculares Brasil (2001a) ou por demanda interna do corpo docente e discente. O mesmo vem acontecendo com o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica que, além dos aspectos citados, também vem sofrendo as influências do processo da Reforma Psiquiátrica. Assim, com o objetivo de conhecer como ocorre a organização do ensino dessa área, procurei apreender dos relatos dos docentes quais os determinantes políticos que influenciam esse momento da formação dos profissionais de saúde.

Foi possível observar que, dos 19 docentes entrevistados, 11 colocaram que a Reforma Psiquiátrica é o motivo primordial de discussão, organização e reorganização da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná. Seguem-se das suas experiências provindas da prática assistencial e docente, da exigência das diretrizes curriculares, do perfil epidemiológico do Município e do Estado e das necessidades de discussão interna dos docentes em cada curso.

É com a Reforma Psiquiátrica, que fizemos as discussões com relação aos conteúdos. Quando eu assumi a disciplina, era basicamente técnica, com maior percentual dos conteúdos relacionados à psicopatologia. Os cuidados de enfermagem ficavam restritos à patologia psiquiátrica, visto que o enfoque era mais curativo do que preventivo, reabilitatório. Hoje temos um plano de ensino que contempla conteúdos desde política de saúde mental, a reforma psiquiátrica, a relação de ajuda terapêutica (Doc. O).

As diretrizes colocam alguns pontos chaves que devam ser trabalhados em relação a conteúdos dentro do curso e a experiência mostra-nos a necessidade de determinado conteúdo de que o aluno precisa (Doc. A).

O que é mais prevalecente, é o processo clínico epidemiológico que mais tem aparecido, não só em nível de região, mas em nível de Brasil e Reforma Psiquiátrica (Doc. M).

Observa-se que esse momento de Reforma do ensino traz também a discussão e reordenação do entendimento de prática supervisionada e estágio curricular. Juntamente a esses dados apareceu repetidamente que, no processo de reforma curricular da enfermagem, se perdeu carga horária específica para os temas da saúde mental em função das novas diretrizes. Devido encontrar as duas denominações, prática supervisionada ou aulas práticas e estágio supervisionado para designar a prática acadêmica, que se entende como aquela em que ocorre a aproximação do aluno com o paciente para realização de cuidados de enfermagem com supervisão direta do professor, neste trabalho optei por designá-la estágio.

O que chamamos de aprendizagem clínica é o antigo estágio supervisionado, com um tempo já bem reduzido, desde que eu comecei até agora; quando eu comecei a acompanhar estágio a gente acompanha um mês, trinta dias úteis de estágio; hoje nós temos sete dias úteis por grupo (Doc. A).

Não chamamos de estágio, são aulas práticas supervisionadas (APS). Temos a teoria e aulas práticas supervisionadas porque o novo projeto político-pedagógico que está sendo implantado vai ter estágio curricular só no último ano, em que o aluno poderá optar, por exemplo, por uma carga horária desse estágio na enfermagem em saúde mental e psiquiátrica (Doc.O).

A análise dos planos de disciplinas permitiu observar que na maioria das ementas e nos desdobramentos dos conteúdos contemplados nos referidos planos durante as aulas teórico-práticas bem como nos estágios supervisionados, são enfatizados os temas relativos ao relacionamento interpessoal e terapêutico, comunicação, políticas de saúde mental e o processo da Reforma Psiquiátrica, com enfoque nas alternativas de tratamento extra-hospitalares, direitos do cidadão, cidadania, educação em saúde, crises evolutivas e acidentais em todo o ciclo vital humano e envolvimento da família no processo de tratamento, conforme se pode visualizar no

Quadro 9, p.91. Pode-se perceber diminuição na ênfase dos sintomas e patologias psiquiátricas tradicionais e a inclusão de novos temas, como, por exemplo, o estresse, doenças transmissíveis, principalmente a aids e aos concernentes à saúde do trabalhador.

Esses dados foram reafirmados durante os relatos dos docentes nas entrevistas, pois trouxeram a experiência profissional de alguns iniciada mesmo em prática assistencial asilar; as qualificações realizadas em todos os níveis; a compreensão e engajamento no Movimento da Reforma, com as mudanças dos paradigmas da exclusão e incapacidade da pessoa com sofrimento mental para os da humanização do cuidado, do estímulo ao potencial individual de cada pessoa. Esses aspectos, que alguns autores denominam currículo oculto, se fazem presentes no dia-a-dia de cada docente, influenciando a sua prática.

Os achados também apontaram ampliação dos conhecimentos teóricos da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica em andamento no país e no Estado.

A partir de 2005 a gente vai diminuir um pouco o enfoque da patologia, porque hoje, queira ou não, trabalhamos em cima de diagnóstico, mas na nossa nova proposta, temos que aprender a trabalhar com diagnóstico de enfermagem (Doc. P).

Quadro 9 – Atividades desenvolvidas durante os estágios supervisionados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná - 2003

curso	Atividades desenvolvidas durante os estágios	curso	Atividades desenvolvidas durante os estágios
1	Relacionamento interpessoal aluno-cliente Estudo de caso Atividades de higiene e conforto Administração de medicamentos	2	Visitas domiciliares Estudo de caso Consulta de enfermagem Participação em grupos operativos, educativos para pacientes e familiares. Anamnese/ entrevista Orientações gerais – patologia, higiene, direitos.
3	Relacionamento terapêutico Estudo de caso Atividades de higiene e conforto Atividades externas (passeios, caminhadas, visitas a lugares históricos). Atividades manuais	4	Relação de ajuda terapêutica Visitas domiciliares Estudo de caso Processo de enfermagem
5	Relacionamento interpessoal Visitas domiciliares Estudo de caso clínico Consulta de enfermagem Administração de medicamentos Atividades externas (passeio, caminhadas, visitas a lugares históricos) Acompanhamento do paciente pelo auxílio transporte do município Participação em grupos operativos Orientações gerais – patologia, higiene, direitos. Realização do mini exame de saúde mental (pacientes neurológicos)	6	Relacionamento terapêutico com paciente e familiar Visitas domiciliares Consulta de enfermagem
7	Comunicação terapêutica Visitas domiciliares Discussão de prontuários	8	Relacionamento terapêutico Seminários do conhecimento (realizados pelos alunos) Participação em atividades esportivas, terapia ocupacional.
9	Relacionamento terapêutico Visitas domiciliares Orientações gerais – patologia, higiene, direitos. Atividades de higiene e conforto Administração de medicamentos	10	Interação com o paciente Visitas domiciliares Entrevista de ajuda Plano de cuidado considerando as necessidades humanas básicas levantadas
11	Relacionamento interpessoal Visitas domiciliares Estudo de caso Orientações gerais – patologia, higiene, direitos. Atividades de higiene e conforto Administração de medicamentos	12	Entrevista Orientações gerais – patologia, higiene, direitos. Administração de medicamentos
13	Comunicação terapêutica Visitas domiciliares Estudo de caso Atividades manuais		

O explicitado anteriormente corrobora a pesquisa realizada por Barros (1996) com enfermeiras docentes de uma Escola de Enfermagem de São Paulo que ministravam a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, Preventiva e Comunitária. Ela observou que nessas disciplinas era contemplado prioritariamente o ensino do cuidado de enfermagem por meio do relacionamento terapêutico enfermeiro e paciente.

Braga (1998) enfoca que a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica vivencia um processo de mudança influenciado pela Reforma Psiquiátrica, com reorganização de seu conteúdo teórico-prático; embora já tenham sido introduzidos novos campos de atuação, como o hospital geral, sente que é preciso ainda adequar melhor a prática à teoria.

Kantorski (1998), ao analisar o conjunto das disciplinas de quatro cursos de Graduação em Enfermagem no Rio Grande do Sul, destacou a visibilidade dos conteúdos e conceitos relacionados ao Movimento Preventivista, como, por exemplo, saúde mental, sua promoção e prevenção da doença, crises evolutivas e acidentais, bem-estar psicossocial. Esse modelo trabalha com o referencial da história natural da doença e atribui-lhe múltiplos fatores causais, incluindo o social. Nesta perspectiva inclui-se a preocupação com a reintegração do doente que, no caso da saúde mental, fazem-se necessárias intervenções para reduzir os transtornos mentais, a sua duração e a deterioração resultante, mediante estratégias como programas de prevenção primária, secundária e terciária.

Importa salientar que essa forma de conceber e tratar a doença mental ampliou os espaços de intervenção para unidades sanitárias, escolas, centros comunitários, clínicas, ambulatórios, porém sem se contrapor aos manicômios. Por outro lado, a análise da autora em relação ao ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, na perspectiva da Reforma vigente, mostrou que, embora esta se tenha

mostrado influenciada pelos movimentos Preventivista e Psicodinâmico, não contemplava conteúdos e paradigmas da Reforma Psiquiátrica atual.

Miron et al. (2000) acreditam que todas as mudanças que vêm ocorrendo na área da assistência psiquiátrica também se refletem no ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental no país. Referem que certamente as salas de aula se tornaram espaços em que discussões podem ser travadas e que houve ampliação dos locais e modificação nas formas de intervenção de enfermagem, durante as atividades práticas das disciplinas da área, não se restringindo ao aprendizado em hospitais psiquiátricos.

No capítulo inicial dessa pesquisa, ponderei que ousava observar com cautela tal crença das autoras, porque estudos como os de Fernandes (1982); Stefanelli (1993); Barros (1996); Braga (1998); Kantorski (1998) e Souza (1999) mostraram que as atividades práticas das disciplinas de enfermagem psiquiátrica eram realizadas predominantemente em hospitais psiquiátricos convencionais, nos modos de tratamento asilar, restringindo-se mais aos cuidados de higiene, administração de medicamento e manutenção da ordem.

As autoras ressaltaram a discrepância que ocorre entre os discursos acadêmicos e a organização curricular em relação ao cuidado de enfermagem e de saúde como um todo que os portadores de transtornos mentais recebem nos serviços de saúde. Os primeiros, dando ênfase ao enfoque humanístico com assistência integral e interdisciplinar, calcados no relacionamento terapêutico, têm a pessoa como o centro do atendimento. Contemplam também conteúdos sobre a Reforma Psiquiátrica com o enfoque em outras maneiras de assistir a pessoa com sofrimento mental durante o internamento, quando for inevitável, e em rede social de serviços na comunidade, em dissonância ao que acontece na realidade da assistência para essas pessoas. A realidade

por mim pesquisada confirmou a manutenção dessa situação, embora já se observem iniciativas promissoras de humanização no tratamento, como as que acontecem em Curitiba com a Casa de Progressão e Residências Terapêuticas com interligação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (US), Hospital Dia (HD) e Hospitais Psiquiátricos. Esse estudo evidenciou também uma ampliação nos locais de desenvolvimento da prática acadêmica supervisionada, conforme se ilustra no Quadro 10.

Quadro 10 – Locais/campos de desenvolvimento de estágios supervisionados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná - 2003

curso	Locais/campos de estágios supervisionados	curso	Locais/campos de estágios supervisionados
1	Hospital psiquiátrico de internação integral Unidade Básica de Saúde (US)	2	Hospital psiquiátrico de internação integral Ambulatório Hospital dia Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
3	Hospital psiquiátrico de internação integral Unidade Básica de Saúde (US) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Grupos de auto-ajuda - Alcoólicos Anônimos (A.A.), Família de Alcoólicos anônimos (ALANON) Pronto Atendimento (P.A.)	4	Hospital psiquiátrico de internação integral Grupos de auto-ajuda - Alcoólicos Anônimos (A.A.) Ambulatório Programas na comunidade - egressos de internamentos e familiares Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Colônia de reabilitação a dependentes químicos
5	Hospital psiquiátrico de internação integral Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Hospital dia (H.D.) Asilo / casa de idosos Associação de Proteção a Deficientes Mentais (APAE)	6	Hospital psiquiátrico de internação integral Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Ambulatório Grupos de auto-ajuda - Alcoólicos Anônimos (A.A.) e Amor Exigente Associação de Proteção a Deficientes Mentais (APAE)
7	Hospital psiquiátrico de internação integral Unidade Básica de Saúde (US) Programas na comunidade - egressos de internamentos e familiares Programa da Saúde da Família (PSF)	8	Hospital psiquiátrico de internação integral Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Grupos de auto-ajuda Asilo / lar de idosos Hospital de oncologia
9	Hospital psiquiátrico de internação integral Unidade Básica de Saúde (US)	10	Hospital psiquiátrico de internação integral Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Programas na comunidade - egressos de internamentos e familiares
11	Hospital psiquiátrico de internação integral	12	Hospital psiquiátrico de internação integral
13	Hospital psiquiátrico de internação integral Ambulatório Pronto Atendimento (P.A.)		

Evidenciei que houve avanços na qualidade da assistência da pessoa com sofrimento mental, conquanto os docentes tenham apontado muitas dificuldades em formar enfermeiros no enfoque da Reforma Psiquiátrica, devido à ausência ou escassez de serviços alternativos, impossibilitando o aluno de entender o sistema de atenção em rede. Alguns municípios possuem apenas um CAPS, outros hospital de internação integral e/ ou um ou mais dos serviços preconizados pela Reforma. Há descompasso na implementação das políticas públicas de saúde mental. Isso contribui para que, na maioria das vezes, essa política não seja compreendida e aceita pelos usuários, comunidade, profissionais e alunos, como se pode perceber pelos relatos seguintes.

É difícil você desenvolver algum outro tipo de trabalho com o aluno porque você não tem a Reforma Psiquiátrica aqui. Não temos hospital dia, CAPS para dar continuidade no tratamento (Doc. D)..

A gente tem muita angústia. Essa dificuldade de ser coerente naquilo que a gente fala e o que faz. Eu sinto isso porque em sala de aula você fala do conteúdo da reforma psiquiátrica, de dar vida digna para eles, dar cidadania e aí vai para prática e os espaços que temos para mostrar... [...] então de repente tu levas os alunos para lugares aonde disseste que é último lugar que deveria levar. Essa realidade está tão difícil. Isso me deixa muito triste (Doc. P).

Eu tenho que seguir uma série de regras que a instituição coloca; então é difícil para desenvolver aquilo que eu acredito em um local em que não tenho espaço para isso. [...] o que meus alunos mais escutam de mim é, não é bem assim que funciona, o ideal não é isso. Eles estão aprendendo muito bem o que não se deve fazer em psiquiatria, mas o ideal está muito longe da realidade daqui [...] atendimento de saúde pública é inexistente na cidade. Nós temos um, chamado ambulatório. Eu não vejo como ambulatório, pois lá deveria ter acompanhamento de egressos do hospital. O paciente consegue uma consulta dois meses, três meses depois; às vezes ele já foi internado de novo (Doc. R).

Sempre coloquei durante as reuniões com a coordenação que havia necessidade de termos outro campo de estágio que não fosse aqui no hospital X, uma instituição fechada. Na teoria falamos muito de Reforma Psiquiátrica, de desinstitucionalização, de formas alternativas; mas na prática os alunos não têm isso (Doc. H).

No capítulo segundo, que se destinou ao embasamento teórico dessa investigação, apresentei o panorama atual do Programa de Saúde Mental do Estado. Se considerarmos os aspectos populacionais e a extensão territorial do Paraná com seus 399 municípios, é possível observar a grande quantidade de municípios que ainda não possui nenhum tipo de atendimento à saúde nessa área, quanto mais sistema completo de rede de serviços.

Atualmente no Paraná existem 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) distribuídos em 9 municípios, ou seja, sete CAPS II, três CAPS ad II, três CAPS i II, um CAPS I, um CAPS III e 44 ambulatórios de Saúde Mental. Segundo a Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), as três modalidades de CAPS cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. O que entender sobre o significado das três instâncias citadas ainda não foi definido; mas, de acordo com a referida portaria, esse será objeto de regulamentação pelo poder público federal. Enquanto não acontece, alguns CAPS definiram por conta própria que o regime de tratamento intensivo é aquele em que o paciente frequenta o CAPS por um período de quatro horas durante cinco dias da semana, de segunda a sexta-feira. O semi-intensivo três dias e o não intensivo dois dias.

Confirmando os achados dessa investigação quanto a locais de estágio, Braga (1998) explicitou que, na tentativa de oferecer um ensino prático diferenciado, os docentes que ministram essas disciplinas vêm engendrando esforço no sentido de ampliar os campos de estágio, estendendo-os à comunidade, hospital geral, grupos de auto-ajuda, Unidades Básicas de Saúde e outros.

Outro ponto considerado pelos docentes como entraves ao estabelecimento da assistência dentro dos princípios da Reforma é a falta ou o despreparo de profissionais para atender aos paradigmas da nova proposta, como evidenciam os relatos abaixo.

Na questão da saúde da família, onde o profissional que trabalha no Programa Saúde da Família precisaria estar preparado para atuar em saúde e doença mental. Acho que é ainda mais complicado, porque além de ele não se sentir preparado, ele não assume que não se sente preparado [...] o enfermeiro que está na Unidade Básica de Saúde, geralmente é o chefe dessas Unidades, das equipes de Saúde da Família. Ele é chefe, tem poder para ser chefe do médico no sentido burocrático, administrativo, mas ele não tem poder para definir, para discutir a assistência à saúde. É uma situação de subjugação (Doc. F).

A gente ainda vê as ações compartimentalizadas, o psiquiatra fazendo a sua parte, a enfermeira a sua, o psicólogo e você não percebem em nenhum momento a interdisciplinaridade. Isso é fator que você começa a discutir com o aluno. Ele coloca a preocupação; acaba não percebendo mesmo no CAPS que a gente defende tanto. Nos serviços abertos, ele não percebe o que o enfermeiro faz lá (Doc. Q).

A equipe que trabalha nesse ambulatório não é especializada, tem falta de conhecimento para atuar na área (Doc. R).

O sistema de atenção à saúde mental em rede permite que a pessoa com sofrimento mental na fase aguda seja atendido no serviço de pronto atendimento, que deverá estar instalado primordialmente nas Unidades Básicas de Saúde 24 horas, visando ao atendimento, encaminhamento ou à internação de curta permanência, quando for o caso. Se acontecer a internação, na sequência a continuidade do tratamento deverá ocorrer em Hospital Dia, local onde a pessoa permanecerá durante o dia, participando de todas as atividades do plano terapêutico e à noite retornará para sua casa. Posteriormente será encaminhado aos CAPS I, II ou III para transtornos psíquicos, CAPS ad II em caso de dependência química e CAPS i II quando se tratar de criança.

Quando o paciente receber alta do CAPS, a continuidade do plano terapêutico ocorrerá em ambulatório até a alta total, se for o caso (Brasil, 2002).

Ressalto que a porta de entrada em caso de reagudização do transtorno deverá ser a Unidade de Saúde, porém é possível que aconteça em qualquer das instâncias citadas acima. Iniciando pela US, desde que na mesma se tenha proposta de assistência à saúde mental com equipe interdisciplinar, o paciente poderá permanecer ali em tratamento por tempo indeterminado. Se houver necessidade de encaminhamento, a pessoa poderá ser atendida em todas as instâncias da rede, fazendo o caminho completo, conforme fluxograma de atendimento em saúde mental do Programa Municipal de Curitiba, que utilizamos para exemplificar um serviço em rede, apresentado a seguir (CURITIBA, 2002b, p.18).

Figura 2 – Fluxograma de atendimento em Saúde Mental de Curitiba - 2002

Quanto às atividades priorizadas na assistência à pessoa com sofrimento mental durante a aprendizagem prática, observei consonância com o enfoque da Reforma Psiquiátrica e as Diretrizes Curriculares nacionais para a graduação em enfermagem. Com base no Quadro 9, p.91, identifiquei três agrupamentos de ações que mais são desenvolvidas atualmente pelos alunos durante os períodos de estágio: relacionamento terapêutico, visitas domiciliares e educação permanente.

Relacionamento terapêutico individual e grupal, planejado ou espontâneo, durante os cuidados de enfermagem rotineiros. Rodrigues (1996, p.44) diz que "a interação terapêutica é um processo através do qual uma pessoa tenta conscientemente ajudar uma outra pessoa a aumentar sua capacidade adaptativa".

Para Stefanelli (1993) a comunicação é a base de todas as ações dos profissionais de enfermagem. Para que estes estabeleçam relacionamento terapêutico é necessário que se apropriem e se aprimorem nos conteúdos de comunicação humana e terapêutica e nos aspectos do relacionamento interpessoal.

Travelbee (1982) explicita que a enfermagem psiquiátrica constitui um processo interpessoal, mediante o qual o profissional ajuda uma pessoa, família, ou comunidade com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir ou enfrentar a experiência da enfermidade e o sofrimento mental e, se for necessário, contribui para descobrir um sentido para estas experiências.

Visita domiciliar (VD) ao paciente e família com o objetivo de interagir com eles no seu ambiente. De acordo com Reinaldo e Rocha (2002) as visitas domiciliares são instrumentos de trabalho essenciais no cuidado de enfermagem. Podem ser realizadas nas mais diversas formas de acompanhamento dos pacientes. Seus objetivos se

estendem dos cuidados de atenção primária à saúde aos de reabilitação e reintegração. Ao lançar mão dessa forma de cuidar a enfermagem psiquiátrica contribui para a ressocialização dos usuários e enfatiza a valorização da subjetividade das pessoas. Sua importância vai além do acompanhamento, já que envolve a família, unidade epidemiológica, social e administrativa de trabalho.

Reinaldo e Rocha (2002, p.1) afirmam que na área da saúde mental e psiquiatria "as VD constituem um instrumento facilitador na abordagem dos usuários e sua família, com o objetivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido ao usuário". Também acreditam que as VD após a alta atuam como contribuinte na adesão ao tratamento, evitando ou diminuindo as reinternações. As autoras citam estudos de Gamba (1998), Pereira, Labate e Farias (1998) e Rodrigues e Casagrande (1996). Eles enfatizam que, quando bem utilizadas, as visitas domiciliares diminuem gastos hospitalares; em alguns casos melhoram o prognóstico dos doentes, além de oferecer oportunidade de educação em saúde ao paciente e família e seus cuidadores. Essa forma de assistência atende às propostas da Reforma Psiquiátrica no concernente à humanização do cuidado e ressocialização do doente mental, bem como do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em relação ao Programa Saúde da Família (PSF), enfoque atual das políticas de saúde brasileira.

Educação permanente do paciente internado e em serviços extra-hospitalares, às famílias e à comunidade geral. São atividades que abrangem rotinas dos serviços, planos terapêuticos, esclarecimento sobre o processo de saúde e doença mental, direito do cidadão no contexto da enfermagem em saúde mental.

Para Ribeiro e Motta (1996), a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem como objeto de transformação o processo de trabalho orientado para a melhoria da

qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Ela parte da reflexão do que está acontecendo e sobre o que precisa ser transformado. A EPS procura identificar lacunas de conhecimento e atitudes que são parte explicativa de problemas identificados na vida cotidiana dos serviços. Ela circunscreve um espaço próprio que a diferencia das demais ações educativas, porquanto, ao considerar o trabalho para além de sua dimensão instrumental e técnica, opera no contexto dos modelos organizacionais e das formas de relação dos serviços com a sociedade.

A tônica nessa forma de cuidar é a mudança do olhar do profissional da arraigada posição vertical do domínio do saber, do detentor de respostas e receitas, para a posição/foco horizontal, na qual se inclui e inclui o outro em uma relação, que envolve os aspectos culturais, religiosos, políticos, biológicos e outros. Assim, o profissional assume o papel de agente que pode qualificar a pessoa com sofrimento mental para usar o potencial próprio, juntamente ao do agente, para redirecionar sua vida. Dessa forma, a perspectiva passa a ser a potencialidade sadia de cada um e não a doença. Muda-se o paradigma de doente mental e família desestruturada para o potencial de reestruturação.

A LDB e as Diretrizes Curriculares atuais preconizam a organização dos currículos de graduação pautados no ensino por competências e habilidades a serem desenvolvidas pelo egresso/profissional durante a realização do curso. Nelas constam ainda a obrigatoriedade de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e estágio curricular de último ano. Tais exigências somadas às novas oportunidades de formação na área da saúde mental e psiquiatria que a Reforma Psiquiátrica vem proporcionando quanto à ampliação de espaços e formas de assistir a pessoa com sofrimento mental, têm contribuído, segundo os relatos dos docentes, para o aumento do número de alunos que os procuram, a fim de receberem orientações de trabalhos e estágios nessa área.

Contudo, enfatizam que o contingente de professores para atender a essa demanda é insuficiente. Há necessidade de capacitação de mais docentes.

Há que se ressaltar que as diretrizes vigentes não mencionam nenhum aspecto da organização curricular, no que diz respeito à carga horária para as disciplinas e/ ou módulos ou outro similar. Cabe a cada escola a organização de seus cursos quanto aos conteúdos e itinerários que o aluno deve fazer, bem como a forma de distribuição de carga horária.

Em seu Art. 2º consta que as Diretrizes Curriculares "[...] definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros...", e no Art. 3º explicita o perfil do formando egresso/profissional para o curso de Graduação em Enfermagem. O Art. 4º enfoca o objetivo da formação de enfermeiro em dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais explicitadas nos parágrafos: I – **Atenção à saúde**, II – **Tomada de decisões**, III - **Comunicação**, IV – **Liderança**, V – **Administração e gerenciamento** e VI – **Educação permanente**. Essas seis "instâncias" de conhecimentos são desdobradas no Art. 5º em seus trinta e três parágrafos, mais o **Parágrafo Único**; este coloca que a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento (Brasil, 2001a). Ressalta no Art. 6º que os conteúdos devem contemplar: I – **Ciências Biológicas e da Saúde**, II – **Ciências Humanas e Sociais**, III – **Ciências da Enfermagem**, sendo que, no último parágrafo, se incluem os estudos de: **Fundamentos de Enfermagem**, **Assistência de Enfermagem**, **Administração de Enfermagem** e **Ensino de Enfermagem**. Insere-se ainda no Art. 6º, o § 1º que orienta que a organização dos conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos pelo

egresso/profissional devem considerar as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população, conforme o quadro epidemiológico do país/região (Brasil, 2001a).

Outros docentes confirmaram que houve diminuição da carga horária, mas ressaltaram os benefícios de trabalhar os temas de saúde mental integrados aos demais aspectos da saúde da criança, adolescente, mulher, adulto e idoso. Acreditam que, com essa nova abordagem esteja ocorrendo o cuidado integral e mais humanizado. Destaco que nas Diretrizes Curriculares encontrei referência aos aspectos da saúde mental somente no Art. 5º, XXXII, e restringe-se ao cuidado e à busca de bem-estar do próprio enfermeiro como profissional e cidadão (Brasil, 2001a).

O exposto acima leva-me a pensar que os cuidados de enfermagem relativos à saúde mental devem permear o projeto pedagógico, e que cabe aos docentes do curso e da área a compreensão da importância e a organização desse ensino. Permite ainda confirmar as dificuldades relatadas pelos entrevistados em sustentar discussões sobre tal assunto, devido ao pequeno número de docentes nos cursos e à falta de formação na área.

Mencionei anteriormente que o processo de formação acompanha os movimentos sociais do país e do mundo e que está correlacionado com a força política hegemônica de cada época. Destaquei também que o processo educativo atual na enfermagem está sendo influenciado pelas políticas federais que se traduzem nos Movimentos de Reforma da Saúde como um todo, mediante a implantação do SUS, da política de saúde mental pela lei 10.216 (Brasil, 2001b), da política de educação com a nova LDB (Brasil, 1996) e na enfermagem com as Diretrizes Curriculares (Brasil, 2001a) e demais portarias e resoluções. Complementam as questões políticas o perfil epidemiológico das esferas estaduais e municipais, por vezes determinando a criação de

legislações específicas, de acordo com as necessidades locais. Sem esquecer também que esse processo é acompanhado pelos movimentos sociais, por meio dos sindicatos, associações de classe, movimentos estudantis e dos usuários.

A assistência e educação em saúde são permeadas ainda pelas concepções de saúde, cultura e religião dos profissionais e usuários como também do conhecimento empírico e científico que cada profissional traz em sua bagagem de vida, traduzindo-se no currículo oculto que influencia a formação.

Na sequência, apresento outro aspecto evidenciado pela análise dos documentos e das entrevistas dos docentes, que é a extensão acadêmica, tema enfatizado na LDB em seu artigo 43, parágrafo VII, o qual ressalta que a educação superior tem por finalidade “promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição” (BRASIL, 1996).

A resolução 23/01 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPE) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) em seu artigo 11, define Projeto de Extensão Universitária como

o conjunto de ações processuais contínuas de caráter educativo, cultural, artístico, científico e tecnológico realizadas junto à comunidade e desenvolvidas de forma sistematizada, articulada ao ensino e à pesquisa, envolvendo docentes e discentes (bolsistas ou voluntários) com prazo mínimo de duração de 01 (um) ano.

Percebe-se nos últimos dois anos um impulso em relação ao desenvolvimento de Projetos de Extensão nos cursos de graduação em Enfermagem no Paraná. Dos 13 cursos que possuem as disciplinas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, seis realizam Projetos de Extensão, sendo que dois cursos possuem dois Projetos. Para que se tenha uma idéia de seu desenvolvimento, relato-os sucintamente

no Quadro a seguir.

Quadro 11 – Projetos de Extensão desenvolvidos pelos cursos de graduação em enfermagem do Paraná - 2003

Curso	Título	Início	Propostas	Atividades
2	Atuação Interdisciplinar em Saúde Mental	2002	Reabilitação dos pacientes portadores de transtornos mentais, através da adesão ao tratamento.	Visitas domiciliares, grupos terapêuticos, grupos operativos, consultas de enfermagem, discussões de casos, atividades educativas.
3	Atuação do enfermeiro no domicílio de egressos psiquiátricos: uma perspectiva de reinserção social.	2002	Capacitar os participantes do projeto para atender o egresso psiquiátrico junto a família no seu domicílio.	Visitas domiciliares, atividades sociais de reintegração à sociedade, cursos de capacitação a agentes comunitários da Unidade de Saúde.
4	Ressocialização do indivíduo usuário de drogas lícitas e ilícitas.	2001	Promover a reintegração desses usuários com a sociedade e família.	Visitas domiciliares e ações educativas
7	Promovendo a vida na Vila Esperança: um olhar para a saúde mental das famílias.	1999	Ajudar as famílias no processo de reinserção do doente mental no pós-alta.	Visitas domiciliares e orientações gerais (relacionamento interpessoal, doença, tratamento, direitos e cidadania).
	Saúde mental do aluno de enfermagem.	1996	Minimizar os problemas de Saúde Mental que interferem no processo ensino aprendizagem.	Dinâmicas de auto conhecimento e vivências.
8	Orientação psicopedagógica ao aluno do Curso de Graduação em Enfermagem	2003	Atender aos alunos encaminhados pelos docentes e ou por solicitação dos mesmos (parceria com o Departamento de Psicologia).	Escuta ativa, preceitos da relação terapêutica, acolhimento do aluno em momentos por ele considerados difíceis.
13	Pesquisa em Saúde Mental	2001	Propiciar aos alunos de graduação em Enfermagem o aprimoramento no desenvolvimento de trabalhos científicos.	Orientações no desenvolvimento de projetos de pesquisa, artigos para publicações e apresentação em eventos.
	Planejamento em saúde no contexto da Reforma Psiquiátrica	2003	Propiciar aos alunos um contato direto com pacientes psiquiátricos	Visitas domiciliares

Dos Projetos de Extensão relacionados acima, dois se destinam a cuidar do futuro cuidador. Enquanto o aluno se prepara para exercer suas atividades profissionais, aprende a cuidar e cuida de si com o auxílio de programas de extensão coordenados e desenvolvidos pelos docentes.

O cuidado com a saúde de quem cuida de pessoas vem preocupando os profissionais de enfermagem, pois a rotina de trabalho os envolve constantemente com o sofrimento de pessoas e familiares. Além disso, a necessidade de o profissional estar alerta e pronto para situações de intercorrências no estado de saúde dos pacientes e nos equipamentos técnicos. Essas situações de contínua exposição atuam como agentes estressores.

Christophoro e Waidman (2002), em estudo sobre o estresse e condições de trabalho realizado com docentes do curso de enfermagem em município do Paraná, encontraram que as pressões/tensões decorrentes do acúmulo de atividades e situações inesperadas levam à excitação e/ou angústia. Essas ocorrem também pelo fato de que é por meio do trabalho com tarefas concluídas que as pessoas encontram satisfações de suas necessidades. As autoras observaram ainda que o relacionamento interpessoal atua como gerador de estresse. Acreditam que as relações humanas podem tornar-se problemáticas no âmbito do trabalho, pois é difícil compreender, aceitar e conviver com as diferenças do outro. Os profissionais de enfermagem, em seu labor, não se absterem das situações mencionadas; haja vista que a relação interpessoal se dá em todas as ações e os ambientes de trabalhos geralmente envolvem sofrimento físico e mental. Outros estressores comuns da vida cotidiana de qualquer pessoa, como, por exemplo, os conflitos familiares, a dificuldade econômica e doenças somam-se aos específicos da profissão.

Os demais Projetos de Extensão, desenvolvidos pelos cursos de graduação

em enfermagem, focalizam o contato interpessoal do docente e discente com portadores de sofrimento psíquico e suas famílias. As atividades precípuas para essas ações são as visitas domiciliares. A visita domiciliar (VD), como estratégia de assistência à saúde, além de propiciar diversas ações, elege como primordial o contato com a pessoa em seu ambiente. Permite conhecê-la como vive no dia-a-dia, aproxima os profissionais da comunidade de modo a levar o paciente a sentir-se na condição de ser humano (TRAVELBEE, 1982).

De maneira geral evidenciei aspectos que permeiam a prática docente no tangente à organização do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Esses apontamentos serão complementados na seqüência com algumas proposições dos docentes sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Paraná, a assistência que os usuários dos serviços de saúde mental recebem, a atuação dos profissionais de enfermagem no Estado e nos municípios em que trabalham.

4.4 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA COM SOFRIMENTO MENTAL, A ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E NO PARANÁ

Destinei a última parte deste capítulo à discussão de situações que permeiam o cotidiano da prática dos docentes entrevistados. Procurei olhar e ouvir os seus relatos, considerando a história de vida de cada um, cônica da influência que ela exerce na prática profissional deles.

Aos docentes solicitei que falassem livremente sobre sua prática na docência, no processo educativo da enfermagem, explicitando como percebiam a assistência à saúde da pessoa em sofrimento mental recebe como um todo; a atuação da

enfermagem psiquiátrica no Paraná; e o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Paraná e o que pensavam a respeito da Lei Estadual de Saúde Mental, Lei Rosinha (Paraná, 1995). Os relatos mostraram o despreparo das equipes de saúde para atuar em Saúde Mental no desenvolvimento do relacionamento terapêutico com o paciente e na adesão dos profissionais à proposta interdisciplinar. Colocam que existe CAPS na cidade, mas a equipe não consegue organizar-se para o atendimento.

Descrevo a seguir alguns depoimentos que demonstram como os professores percebem atualmente a assistência à saúde mental e psiquiátrica dos usuários, passando pela qualidade do acolhimento, das propostas terapêuticas, do preparo da equipe e disponibilidade de serviços com equipes interdisciplinares qualificadas.

Quando o estágio passou a ser no hospital X por determinação da coordenação, foi um divisor de água, porque eu tinha vivenciado uma realidade desde a minha graduação que era o hospital Y. Eu lia sobre a reforma e entendia, mas o que eu via lá dentro, a concepção que eu tinha de cuidado do paciente era uma. Quando cheguei com os alunos no hospital X eu 'pirei'. Pude ver na realidade, um hospital dentro dos parâmetros da hospitalização. Lá nada funcionava [...] no ambulatório Z, o paciente chega. O psiquiatra chega às 09h00. O paciente está ali com a família, vai é beber um pouquinho, vai tomar cafezinho. Quando dá meio-dia ele tá quebrando tudo, porque ninguém atendeu, ou eles ficam ali (Doc. E).

O paciente passa a ser objeto dentro da instituição e isso gera muito sofrimento. Há uma desvalorização das características positivas e ainda intactas na saúde mental do portador de doença mental e uma supervalorização dos problemas e sintomas dele. Vários autores colocam que o poder do profissional dentro da instituição psiquiátrica é muito mais rígido. Os profissionais se apossam do poder de diagnosticar, de avaliar, de dominar e isso se torna uma coisa que, talvez, quem está lá esteja institucionalizado junto com o doente e não enxerga; mas, para quem chega de fora, isso dá grande tristeza. Exceto em alguns locais, os profissionais envolvidos com essa questão procedem ainda assim (Doc. F).

Aqui em [...] conheci uma realidade da psiquiatria que só conhecia nos livros ou nos textos que abordavam a história da psiquiatria e tudo o que eu achava era coisa muito distante. Para mim foi um choque muito grande e é até hoje. Entro em estágio com os alunos na parte prática no segundo semestre; está chegando e para mim é uma tortura porque volto para casa como se tivesse apanhado; é uma coisa assim muito angustiante (Doc. R).

Observando atentamente os relatos, chamou-me a atenção o fato de aparecer com muita evidência a discriminação na assistência que os pacientes vêm recebendo ao longo da história das internações em instituições psiquiátricas. Em seus depoimentos eles se reportaram a diferentes épocas, instituições e locais. Foi possível visualizar a insistência em repetir formas desumanas de tratar o indivíduo em sofrimento psíquico, como se houvesse pactos firmados entre instituições, pessoas e profissionais, mesmo sem se conhecerem. Por outro lado, apareceu relato de assistência tão humanizada, que dava a idéia de lugar distante dessa realidade referida sobre os maus tratos; como se fosse outro mundo, algo tão longínquo, que um nem pode imaginar o que acontece com o outro.

Essas percepções me fazem refletir sobre o porquê de certos paradigmas se instalem no ideário humano e se fixarem com tanta aderência, que parecem perpetuar-se. Tais concepções e modos de ver e pensar as coisas encontram respaldo nos diversos segmentos da sociedade de tal maneira, que dão a impressão de que aquela é a única verdade existente. Iniciam e terminam séculos e determinadas concepções parecem imutáveis ou, pelo menos, se ocorre alguma mudança, é tão inexpressiva; a ponto de não provocar novos pensamentos e novas formas de agir; ou, se provocam, é incipiente e não chega a ser percebida pela população geral. Penso que assim tem sido em relação à discriminação do doente mental.

Percebi que os docentes enfatizaram pelo menos quatro aspectos nos quais eles têm sido discriminados no tratamento recebido: quanto à ausência de registro de informações a seu respeito (nome, idade, procedência, endereço, diagnóstico, motivo de internação), à privação da satisfação de necessidades humanas básicas, principalmente as de higiene e conforto, ao impedimento de convívio com outras pessoas, pelo isolamento asilar em nome da internação para tratamento e cura e, à credibilidade da sua

fala que, após receber o rótulo da loucura, todo conteúdo que comunica é comumente interpretado como manifestação de comportamento em decorrência da doença mental.

Os relatos seguintes dão uma idéia do que acabo de colocar.

Tinha situação de colocarmos sapatos nos pés da paciente e era a primeira vez que ela calçava um. Então ela chegava no Passeio Público (local central em Curitiba onde reúne pessoas para conversar, caminhar...) 15 minutos depois estava andando descalça, segurando o sapato debaixo do braço porque não agüentava andar calçada [...] íamos ajudar no banho das pacientes "quando" era o dia do banho porque eles limitavam o dia, que normalmente era nas quartas-feiras e nos sábados. Nos outros dias o banho era só para quem precisava. Os funcionários falavam que o banho era todo dia, mas a gente sabia que isso era só para aqueles mais necessitados. Os outros tomavam nas quartas e nos sábados porque era o dia de visitas [...] tentamos nesse hospital instituir a escovação de dentes diariamente. Fizemos campanha de escova e de pasta de dente e de sabonete [...] identificávamos essas escovas e guardávamos em recipiente porque não conseguimos no primeiro momento nenhuma substância para fazer desinfecção [...] depois nos foi dito para recolhermos as escovas porque tinha risco de contaminação [...] os pacientes faziam fila e iam para o tanque, porque não podiam usar o banheiro onde tomavam banho, porquanto, os banheiros eram abertos só no dia de banho (Doc. B).

Ela tinha restrição de trabalhar com paciente grave; então direcionei-a para outro setor que não tinha esse tipo de paciente. Expliquei o que se passava e aí ouvi. - não quero esse problema aqui. Vai deprimir de novo, pegar outro atestado e ficar chorando pelos cantos (Doc. E).

Conseguí um terreno para construir CAPS, mas a população local quando soube não aceitou. Disseram que não queriam louco no meio deles (Doc. H).

Miranda (1994, p.92), referindo-se à inexistência de arquivos nos hospícios, nos chama a atenção para o “desassistir” o doente mental, ao afirmar “do louco asilado não se sabe a idade, o sexo, a profissão, as causas da internação, nem quais tratamentos estaria recebendo para alcançar a cura acenada”.

Em minha prática como docente, quando solicitamos documentos dos antigos internos das instituições e campos de estágios, nos informam que os “prontuários” nada acrescentam a algum estudo, porque, quando muito, trazem o nome

do paciente, número de registro e prescrição médica de eletrochoque, contenção física em caso de agitação psicomotora e manutenção da medicação.

Alguns profissionais engajados no processo de ressocialização dos doentes mentais asilados relataram que uma das dificuldades que vêm percebendo no preparo dessas pessoas para viver fora dos muros dos hospitais psiquiátricos é a falta de identidade. De alguns deles sequer se conhece o nome verdadeiro. Profissionais de enfermagem e outros que trabalham há mais tempo nos hospitais informam que a maioria dos pacientes foi deixado de noite nas portas dos estabelecimentos. Muitos vieram do interior do Paraná e de outros estados trazidos por transporte coletivo e depositados pelo condutor, a mando de políticos, pessoas da sociedade, alegando que tumultuavam o local onde viviam. Isso nos foi confirmado por pacientes e funcionários de um Hospital Colônia, por ocasião de visita com alunos do curso Técnico em Enfermagem. Informaram que os profissionais assistentes sociais estão se empenhando para conseguir documentos individuais como Certidão de nascimento, Registro civil (RG) e Certidão de Pessoa Física (CPF).

Quanto à privação de convívio com outras pessoas fora do hospital, em conversa informal com trabalhadores de certos hospitais do tipo asilar, relataram que muitos pacientes/moradores foram deixados na porta, quando ainda eram crianças (algumas com retardo mental, epilepsia, órfãs e outros motivos), uns cresceram e são alguns dos moradores adultos e idosos de hoje, outros já morreram dentro dos hospitais. Há os que nasceram dentro dessas instituições, filhos de mães asiladas e, quando elas morreram, continuaram na instituição. Encontramos pacientes que foram internados na época ou após o serviço militar e lá permanecem até hoje.

As concepções de humanistas como Basaglia e Rotelli vêm dando novo direcionamento à assistência do doente mental, influenciando também o cuidado de enfermagem, no qual a palavra do paciente é valorizada e não utilizada como forma de punição. A cidadania é perseguida de modo a garantir os direitos de assistência, trabalho e espaço político e social. São privilegiadas outras formas e extensões de tratamentos e prevenção além do hospital.

Braga (1998) alerta, entretanto:

apesar de a proposta de Reforma Psiquiátrica mostrar-se como momento oportuno para o repensar de questões, antigas e novas, sobre o processo saúde e doença mental e a forma de abordar e assistir os indivíduos, poucas são as mudanças observadas e frágil é o engajamento dos envolvidos, pacientes, familiares e profissionais (p.7).

Goldberg (1996, p.40) ressalta que, na nova proposta, “procura-se acolher e valorizar aquilo que é mais desvalorizado pelo entorno social dessas pessoas, que é o conteúdo de suas falas”, e que “a função mais importante é receber cada pessoa do jeito que ela é, garantir sua particularidade”.

O processo da Reforma Psiquiátrica que vem acontecendo deverá contribuir na ampliação do campo de atuação do enfermeiro nessa área; mas esse profissional precisa desenvolver competências e habilidades na abordagem e no relacionamento com o doente. Essa reforma traz uma visão diferenciada de assistência; no modelo tradicional, o tratamento se restringia à permanência do paciente em asilos, manicômios e similares. O doente era visto como ser passivo, sem direito à voz, sem razão e sem quaisquer perspectivas de resgate de sua socialização.

O enfoque atual assume o caráter humanístico e social de construção da cidadania, o doente mental sendo sujeito no processo de saúde e doença. Nessa concepção de saúde, doença e assistência, “o objeto da psiquiatria torna-se então não

mais a periculosidade e a doença, mas a ‘existência–sofrimento’ dos pacientes e sua relação com o corpo social”. O que ganha destaque é a pessoa que está sofrendo e não a doença que o faz sofrer; a doença é colocada em suspensão, ou seja, é deixada temporariamente de lado, para que se possa ver, ouvir, perceber a pessoa. Isso não significa negar a existência da enfermidade, mas ela não vem na frente, não é a principal causa de intervenção de um profissional, porque o foco de interesse é o doente (Nicácio, 1990, p.99).

Essas mudanças refletem-se diretamente na prática do enfermeiro, uma vez que suscitam um repensar em toda sua formação e atuação. Para que isso ocorra é importante haver flexibilidade e abertura, com vistas a apreender as necessidades de redimensionamento nas formas de tratamentos, com entendimento mais profundo a respeito do que se passa na vida do doente mental. Neste sentido, Barros (1996, p.52) diz que “o desenvolvimento da enfermagem psiquiátrica, como campo específico do saber, tem sido influenciado pelo movimento da enfermagem, que avança de acordo com as mudanças que acontecem na sociedade e nas ciências médicas”. Dessa forma, considera que o Movimento da Reforma Psiquiátrica, ora em andamento, imprime o desenho de novo modelo de assistência, em que a premissa fundamental é a cidadania do usuário do serviço. Ressalta também que essa proposta está assentada em princípios como democratização dos serviços, universalização e equidade, tal como a Reforma Sanitária em geral e que a necessidade de ruptura com o paradigma manicomial deve imperar.

Os relatos a seguir dos docentes entrevistados levam-me a questionar quanto nós, enfermeiros, despertamos para o cuidado humanizado do portador de sofrimento mental.

Complicado, você vê que os coitados só apagam fogueira, não se percebe que o enfermeiro aqui faça uma assistência; acaba ficando por conta dos auxiliares (Doc. Q).

Eu vejo o invisível. Falo que fazemos cuidado invisível dentro da instituição, porque está centrado na instituição e não faz um cuidado do paciente (Doc. C).

Vi o enfermeiro chegar lá e ver que aquela pessoa está apanhando ou sendo abusada sexualmente e achar que aquilo é porque ele é doente, ele é louco. Mas eu questiono como alguém pode ver tudo isso com olhos normais (Doc. E)

No hospital não há enfermeira nas enfermarias; elas respondem por outros setores do hospital, praticamente não vão até a psiquiatria. Quando digo que não vão, é um, dois meses sem aparecer. Quando tem um problema, fica em função dos auxiliares de enfermagem, que também não são treinados (Doc. R).

Finalizando essa pesquisa, passo a relatar como os docentes percebem a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Paraná. De maneira geral, eles relataram que os avanços são incipientes, mas que no Brasil têm crescido. Discorreram sobre o progresso em outros Estados como São Paulo, Ceará, Rio de Janeiro e Bahia. Por outro lado, externaram descontentamento em relação às mudanças ocorridas no Paraná. A insatisfação aumenta, quando mencionam a realidade de seus municípios.

Despertou-me a atenção evidenciar que cinco entrevistados desconheciam a Lei Estadual de Saúde Mental, dez demonstraram pouca familiaridade com o teor, um deles dizendo não se recordar daquilo que ela estabelece, e quatro falaram que a consideram importante, que representa avanço, mas que ainda não está sendo efetivamente cumprida no Estado, principalmente nos seus municípios.

Observei que a morosidade em implantar a rede de serviços de saúde mental prejudica também a proposta pedagógica de assistir o ser humano na integralidade que gostariam de realizar na formação do egresso/profissional, em consonância dos

pressupostos humanistas no cuidado ao portador de sofrimento psíquico. Descrevo a seguir, alguns de seus relatos quanto ao Movimento da Reforma Psiquiátrica e da assistência que o portador de sofrimento psíquico recebe atualmente.

Quanto à importância, acho que não há que discutir. Baseado em tipos de tratamentos que a gente conhece, onde o paciente é totalmente excluído da sociedade, ela se torna necessária. Temos ainda casos de pacientes que estão internados há 40, 50 anos em hospitais psiquiátricos (Doc. A).

No Estado do Rio de Janeiro. Parece que eles estão bem mais evoluídos. Percebi isso, quando fui participar do Congresso Brasileiro de Enfermagem (Doc. B).

Da Lei Rosinha li muito pouco, mas o conteúdo é o mesmo teor do Projeto Paulo Delgado, pelo menos do que eu pude ler; está humanizando mais o cuidado. Para mudar realmente, a gente tem que desconstruir os conceitos. Não é só reduzir leito, diminuir o tempo de permanência no hospital, mas como a gente percebe esse paciente, como a gente tem de cuidar dele de forma diferente. O olhar tem que ser diferente (Doc. C).

Não tenho nenhum dado do que é, do que as pessoas pensam da Reforma aqui no Paraná nem se está acontecendo Reforma Psiquiátrica, porque eu não vi nada no Paraná que esteja fazendo algum trabalho (Doc. D).

A assistência que prestamos é muito hostil. Algumas instituições já têm avançado, mas acho que ainda tem que melhorar muito [...] a Reforma tem que acontecer, o que foi, o que é não tem cabimento. [...] Eu vi pacientes que estavam internados há 15 anos, ir para o hospital dia e se manter. Ir e voltar de ônibus, buscar o remédio, levar o que precisava, levar o remédio para casa (Doc. E).

Eu acho que houve momento no Brasil, em que a Reforma Psiquiátrica esteve mais presente na mídia, nas discussões dos profissionais, principalmente até o ano 2000, as discussões eram maiores (Doc. F).

A lei Rosinha é um avanço porque é moldada de acordo com os parâmetros as idéias de desinstitucionalização, eu vejo que é mais um meio que nos dá uma diretriz, mas é mais uma lei que não tem sido cobrada, é uma conquista (Doc. G).

Não conheço essa Lei Estadual, mas gostaria de conhecê-la (Doc. H).

Sobre a Lei Rosinha? [pausa] sobre o que exatamente ele fala (Doc. J)?

Todos os docentes ressaltaram que a nova proposta traz esperanças de mudanças. Eles acreditam e também se inserem como coadjuvantes na transformação dessa realidade sofrida e injusta que se vem perpetuando. Desta forma, percorrido esse caminho que externou muitas das faces do Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica no Paraná e as interfaces com a assistência prestada ao portador de sofrimento psíquico, questiono os motivos da manutenção predominante da assistência com internação integral. Deve-se a fatores econômicos, tanto da família como dos donos de instituições e trabalhadores na área? À falta de conhecimento da doença mental? À comodidade da sociedade e dos profissionais? Às concepções de saúde e doença da época atual? Às dificuldades de romper paradigmas sedimentados? À necessidade de diferenciação do louco e do sadio?

Seja qual for o motivo da manutenção do paradigma institucionalização/abandono, internação/desassistência, não podemos deixar de visualizar os avanços que aconteceram na qualidade e resolutividade dos fármacos e das diversas formas de psicoterapias e da eficácia de tratamento com alternativas extra-hospitalares já avaliadas por alguns serviços que ousaram acreditar e avançar. Temos de admitir que, para o mundo moderno, esses modos de pensar a loucura e a assistência ao louco não cabem mais. Não é possível manter a venda do descaso. Creio que o preço pago por essas pessoas extrapolou o limite de tolerância, pois tiveram, ao longo de tanto tempo, cerceados os direitos mais legítimos, como o de escolher o que, como e quando vestir-se, higienizar-se, alimentar-se, trabalhar.

Rodrigues e Scóz (2003) afirmam que um dos muros a ser desconstruído pelos profissionais de saúde e comunidade geral é o arraigado "muro estigma", inerente ao nosso cotidiano. Falam que para tal desmonte precisamos olhar de maneira diferente

aquilo que rotineiramente julgamos familiar. Com novo olhar, podemos descobrir o real significado dos rótulos que criamos e utilizamos. Se transpusermos a conclusão mental imediatista e meramente subjetiva, poderemos desvendar, por trás de cada rótulo, um ser humano que clama por dignidade e respeito.

Os autores citando Remen (1998) complementam

quando vemos com novos olhos, nos surpreendemos com a bênção que descobrimos em um trabalho que estamos realizando há muito tempo. A vida pode ser vista de várias maneiras, com os olhos, com a mente, com a intuição. Porém a vida só é verdadeiramente conhecida por aqueles que falam a língua do significado, que se lembram de enxergar com o coração (p.32).

A reabilitação psicossocial é, na essência, a remoção de barreiras que impedem a plena integração da pessoa na sua comunidade, o pleno exercício dos seus direitos, da sua cidadania. Entendemo-la como “a restituição plena dos direitos, das vantagens, das posições que estas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se lhes fossem oferecidas outras condições de vida, em que as barreiras fossem atenuadas ou desaparecessem” (BERTOLOTE, 1996, p.156).

Acredito que mudanças são necessárias, mas as regras e os discursos têm de ser claros: **o que, com quem e para que mudar**. O que às vezes se observa é a tendência à generalização, de incluir tudo ou todos em um compartimento, ou seja, em um mesmo bojo, as concepções de cidadania, de honestidade, de fazer o "certo", sem atentarmos para as singularidades de cada ser e de cada época.

Quando agimos assim, corremos o risco de criar o contrário do pretendido, pela falta de informações corretas e de tato. Até chegar ao entendimento e engajamento atual, passei por fase de resistência, porque, quando as idéias da Reforma começaram a ficar mais fortes no Paraná, as primeiras informações que tive eram que os doentes tinham de ser libertados. Algo parecido com o que aconteceu na época de Pinel,

"libertados dos grilhões". Muito do que se falava sobre os tratamentos que os doentes recebiam para mim parecia ficção, porque eu só havia visto em filmes e pensava que era exagero, para deixar a história mais convincente.

Rocha (1994, p.13), em seu livro *Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?* coloca: "tivemos o privilégio de realizar o estágio curricular de graduação, e a seguir a residência, em uma instituição cujos referenciais eram a Comunidade Terapêutica e a Psicanálise. Nesta o enfermeiro atuava como agente terapêutico ..."

Corroboro a autora, porque tive formação parecida. Em uma instituição estagiei na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica durante a graduação, e depois de formada desenvolvi supervisão de estágio de alunos. Posteriormente, em outra instituição com os mesmos parâmetros de organização e filosofia de tratamento similar, venho supervisionando estágio dessa disciplina desde 1994.

Os docentes da área de enfermagem psiquiátrica da instituição de ensino pela qual me graduei em 1984, naquela época já tinham visão avançada, em se falando de tratamento ao doente mental no Brasil. Com eles aprendi que o doente mental não era uma categoria à parte, mas que apenas se encontrava fragilizado por sofrimento psíquico que poderia caracterizar-se em fase curta ou prolongada. Com isso não poderia perder a condição do ser que sente, pensa, sofre, ri, tem desejos, direitos de escolha e outros.

Porque o meu aprendizado na área começou em instituição com proposta similar à descrita pela autora, não conseguia entender quando ouvia discurso como "abaixo as portas dos hospitais psiquiátricos, temos de soltar os pacientes; eles são presos e maltratados nos manicômios; comem ração ao invés de comida; ficam presos em celas em meio a fezes; tomam banho coletivo e às vezes até com mangueiras. Não é

respeitada a sua individualidade; ficam dias inteiros nos pátios sem ter algo que fazer" e, assim por diante.

Tive, porém oportunidade de estudar, ouvir colegas, visitar e conhecer internamentos nos moldes tradicionais. Conhecendo essa realidade, entendi que a reforma vai além dessas coisas que deveriam ser asseguradas a todo e qualquer cidadão; não são benesses, mas direitos mínimos de todas as pessoas. Mas nem o que acabei de listar anteriormente acontece em algumas instituições, nem foi dado direito ao doente mental de ter.

Havemos de continuar reconstruindo, livrar-nos de velhas culturas arraigadas que não fazem nada mais que legitimar a exclusão, a diferença, o maltrato. Devemos indignar-nos, informar, propor mudanças, ousar o novo; porém com sabedoria, para não perder o fio condutor de mudanças necessárias e possíveis, com discurso coerente com a prática, para que aconteçam transformações efetivas.

Apresentados os resultados que focalizaram o Ensino de Enfermagem em Saúde Mental do Paraná, a caracterização dos docentes envolvidos nessa área, como eles vêm a assistência, a atuação da enfermagem psiquiátrica e a Reforma no Brasil, no Paraná e nos seus municípios, passo às considerações finais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso realizado no transcorrer dessa investigação se iniciou com a apresentação da minha trajetória profissional como enfermeira e docente da área da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Passou pelas explicações das motivações e justificativas da proposta, bem como por considerações teóricas sobre o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Paraná. Também foram discutidos os dados oriundos dos planos de curso e disciplinas e das entrevistas, realizadas com os docentes que ministram o ensino na área estudada no Estado, chegando finalmente às considerações finais.

As motivações que me impulsionaram a tal caminhada foram várias. Ao comprometer-me nesta construção, percebi que muitas dessas motivações vieram da infância, pela convivência com pessoas portadoras de sofrimento psíquico, das leituras de diversas obras e também da vivência profissional. Cada relato que os docentes compartilhavam, revivesciam minhas lembranças e experiências vividas, fazendo com que me sentisse também sujeito desta pesquisa.

Ao buscar conhecer como acontece o ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica nos cursos de graduação em enfermagem do Paraná, foi necessário resgatá-lo em contexto maior, ou seja, no âmbito internacional, nacional e estadual. Tentei identificar as faces intervenientes na sua conformação, a política, social e econômica, com os entendimentos próprios de cada época sobre o louco e a loucura, as formas de tratamento e como estes aspectos influenciam o ensino de enfermagem da área.

O ensino formalizado da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, denominação preponderante nos currículos vigentes, tem sua origem no ensino de enfermagem como um todo. Já era contemplado o ensino dessa área nas grades curriculares iniciais da concebida primeira Escola de Enfermagem Ana Néri, criada no Rio de Janeiro em 1923 nos moldes *nightingaleanos*. Essa disciplina vem passando por várias mudanças relacionadas ao nome, carga horária e período letivo em que é ministrada, ao longo das Reformas curriculares ocorridas no país, porém foi percebido nos estudos de autores, em que fulcrei esta investigação, a importância que atribuem aos conhecimentos sobre a saúde e doença mental na formação e na prática dos enfermeiros e demais integrantes da equipe de enfermagem. Desta forma, as considerações aqui exaradas são de caráter provisório, porque o processo educativo é dinâmico e, como tal, caminha de acordo com os movimentos sociais e concepções de cada época ou por esses é influenciado.

As informações obtidas no exame dos planos de curso e disciplinas apontam um momento de transição dos currículos dos cursos de graduação e da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, pois eles vêm simultaneamente sofrendo os impactos das mudanças ocorridas pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação e do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Tais mudanças imprimem no momento algumas incertezas, dificuldades em re-significar e redimensionar a prática profissional tanto dos docentes quanto dos demais componentes da equipe de saúde mental. Disso decorre que, em alguns currículos, o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica esteja inserto em outras áreas de ensino, como nos casos dos currículos integrados; porém há em outros a manutenção da modalidade disciplina. Há diferenciação quanto a denominação do ensino dessa área, diversificação da carga horária, períodos letivos em que é oferecida e maior ou menor integração com outras

áreas.

Destarte, pude concluir que no momento há um esforço dos docentes dos cursos de graduação de enfermagem para desvencilharem-se de currículos conteudistas, e eleger os currículos organizados por competências. Contudo, fica evidente pelos apontamentos anteriores que os planos de ensino estudados não permitiram uma análise mais profunda, devido à diversificação encontrada de carga horária, denominação, período letivo, integração com outras disciplinas, conteúdos e ainda a prática supervisionada que está acontecendo com todas esses aspectos, influenciando-a. Chamou-me a atenção que nas Diretrizes Curriculares existe referência aos aspectos da saúde mental somente no Art. 5º, XXXII, e restringe-se ao cuidado e à busca de bem-estar do próprio enfermeiro como profissional e cidadão (Brasil, 2001a). Isso me leva a pensar que os conhecimentos que embasam a prestação de cuidados de enfermagem relativos à saúde mental devem permear o projeto pedagógico do início ao fim, e que cabe aos docentes do curso e da área a compreensão da importância e a organização desse ensino no sentido de salvaguardá-lo de vieses indesejados. Permitiu ainda, confirmar as dificuldades relatadas pelos entrevistados em sustentar discussões sobre tal assunto, devido ao pequeno número de docentes nos cursos e à escassez de formação de pós-graduação na área, no Paraná.

Neste contexto, cumpre enfatizar a importância de discussões sobre a organização curricular por competências junto aos órgãos de classe e associações, como o Conselho Regional de Enfermagem (COREn) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), porque pairam ainda muitas dúvidas quanto a essa forma de organização curricular, tanto de questões conceituais e de conteúdos, quanto de questões estruturais. A nova proposta de organização curricular propõe a superação dos paradigmas de educação centrada em conteúdos, da verticalidade das disciplinas com seus pré-

requisitos, para dar lugar a uma aprendizagem flexível, com desenvolvimento de competências pautadas na interdisciplinaridade e na interface com as demais áreas de conhecimento. Conquanto, a pouca compreensão desta, por vezes, como observei nesta pesquisa, implica insegurança para identificar, delimitar e contemplar conhecimentos específicos nos currículos, como é o caso da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, para a qual docentes externaram perda de carga horária, diminuição de tempo para as atividades práticas entre outras.

Considerando os aspectos da formação, da qualificação e como ocorreu a sua aproximação com essa área, percebi que a maioria dos docentes possui cursos de especialização, preocupam-se e se interessam em cursar o mestrado e o doutorado, mas a escassez de oferta no Estado dificulta esse processo. Os docentes manifestaram que consideram necessária essa formação para estarem atualizados e corresponder às exigências da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação e aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, mas demonstraram insatisfação por não haver disponibilidade de pós-graduação específica de enfermagem em saúde mental no Estado ou, quando existe, é só de especialização e insuficiente para atender à demanda.

O maior contingente dos entrevistados é do gênero feminino e a maioria tem de dez a vinte e nove anos de formação, sem relacionar-se diretamente ao exercício da docência na área e uma parcela significativa com duplo vínculo, isto é, na assistência e na docência. Vários docentes tiveram práticas assistenciais em hospitais psiquiátricos antes de ingressarem na docência. Outros iniciaram esse exercício na formação auxiliar e técnico em enfermagem, mas nos relatos houve preponderância de que o interesse pelos estudos da área antecedeu o início das atividades de professor, havendo o despertar durante a graduação ou logo após seu término.

Ao tentar conhecer como o processo educativo dessa área se mostra na realidade paranaense atual, constatei o exacerbado crescimento do número de cursos no Paraná, da mesma forma como tem ocorrido no Brasil. Atualmente existem 29 cursos graduação em Enfermagem no Estado enquanto que, no estudo desenvolvido por Alencastre et al. (2000) encontraram apenas sete até 1996. Percebe-se também, a oferta de cursos em diferentes turnos, até mesmo no noturno, e municípios com mais de um curso oferecido por uma única instituição e relacionada às particulares.

Gois (2003) afirma que todas essas mudanças vêm acarretando novo perfil do estudante universitário nos estabelecimentos de ensino privados quanto à classe econômica, à idade de ingresso nos cursos, estado civil e experiência. Corroborando, Magalhães e Carzino (2002) relatam que até a década de noventa a predominância de entrada e permanência nos cursos universitários era de pessoas entre dezessete e vinte e dois anos, chamados estudantes tradicionais. A faixa etária predominante atual é de estudantes com idade superior a explicitada acima incluindo os da fase da velhice ou terceira idade. Chamam-nos a atenção quanto ao crescente número de estudantes de ensino superior que atendem a esse novo perfil quanto a idade e denominam-os não tradicionais. As autoras referem que conhecer essas características dos alunos permite a construção de um projeto pedagógico coerente com a realidade dos educandos, bem como a adoção de tecnologias de aprendizagem inovadoras.

O número de docentes envolvidos na área, em relação aos da enfermagem em geral, é pequeno e há predominância de apenas um, quando as disciplinas poderiam absorver mais, confirmando as dificuldades em promover discussões e negociações dentro dos colegiados de curso, externadas pela maioria durante as entrevistas. No que concerne aos aspectos da prática dos docentes, foi possível evidenciar que vivenciam dificuldades de não consonância com a reformulação do ensino pela proposta da LDB,

Diretrizes Curriculares e Reforma Psiquiátrica, para a reorganização da disciplina em função da incipiência dos avanços da Reforma em seus municípios. Colocaram que há pouco e em alguns municípios nem existem serviços alternativos equipados e com equipe interdisciplinar, atuando conforme o que apregoa a proposta vigente. Apesar de todo o Movimento que vem acontecendo e do aparato legal, os doentes mentais em sua maioria ainda recebem uma assistência que privilegia a internação em instituições integrais de tipo asilar.

Como se asseverou no início desta pesquisa, as investigações realizadas por enfermeiros no país em relação à prática assistencial e ao ensino de enfermagem psiquiátrica mostraram que há dissonância entre o que é ensinado e o que é praticado na assistência ao portador de sofrimento psíquico. Fica, contudo, um questionamento: essa situação no Paraná poderá estar ocorrendo diferentemente do afirmado, uma vez que a maioria dos enfermeiros que atuam na docência já tiveram a experiência da prática assistencial e hoje desempenham papel de formador, condição de que pode atuar contribuindo na mudança de atitudes e comportamentos dos futuros profissionais. Acredito que estudos futuros poderão responder a tal questionamento, já que o momento atual do Movimento da Reforma Psiquiátrica nos conclama a reavaliarmos, revermos e re-significarmos conceitos, modos e espaços de tratamento dessa clientela.

Constatei que houve avanços na qualidade da assistência à pessoa em sofrimento psíquico, conquanto os docentes apontem muitas dificuldades em formar enfermeiros no enfoque da Reforma Psiquiátrica, devido à ausência ou escassez de serviços alternativos, impossibilitando que o aluno entenda o sistema de atenção em rede. Alguns municípios possuem apenas um CAPS, outros, hospital de internação integral e/ ou um ou mais dos serviços preconizados pela Reforma. Há descompasso na implementação das políticas públicas de saúde mental. Isso contribui para que, na

maioria das vezes, essa política não seja compreendida e aceita pelos usuários, comunidade, profissionais e alunos.

A análise dos planos de disciplinas nos permitiu observar que na maioria das ementas e nos desdobramentos dos conteúdos contemplados nos referidos planos durante as aulas teórico-práticas bem como nos estágios supervisionados, são enfatizados os temas relativos ao relacionamento interpessoal e terapêutico, comunicação, políticas de saúde mental e Reforma Psiquiátrica com enfoque nas alternativas de tratamento extra-hospitalar, direitos do cidadão, cidadania, educação em saúde, crises evolutivas e acidentais em todo o ciclo vital humano e envolvimento da família no processo de tratamento. Pode-se perceber diminuição na ênfase dos sintomas e patologias psiquiátricas tradicionais e a inclusão de novos temas. Desta maneira, os achados apontaram ampliação dos conhecimentos teóricos da enfermagem em saúde mental e psiquiátrica em consonância com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica em andamento no país e no Estado.

Os docentes relataram que está havendo maior procura pelos alunos, a fim de receberem orientações nos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e estágio curricular de último ano para essa área. Acreditam que as novas oportunidades de atuação profissional em decorrência da ampliação de espaço de tratamento à pessoa em sofrimento mental pela Reforma Psiquiátrica atuam como fator contributivo desse interesse. Contudo enfatizam que o contingente de professores na área para atender essa demanda é insuficiente, motivo pelo qual há necessidade de capacitação de mais docentes.

Quanto às atividades priorizadas na assistência ao portador de sofrimento psíquico durante a aprendizagem prática, observei consonância com o enfoque da Reforma Psiquiátrica e as Diretrizes curriculares nacionais para a graduação em

enfermagem. Identifiquei três agrupamentos de ações que mais são desenvolvidas atualmente pelos alunos durante os períodos de estágio: relacionamento terapêutico, visitas domiciliares e educação permanente. A tônica nessa forma de cuidar é a mudança do foco do olhar do profissional, que passa da posição vertical do domínio do saber e do detentor de respostas e receitas, para a posição horizontal, na qual se inclui o outro em uma relação que envolve os aspectos culturais, religiosos, políticos, biológicos e outros. Assim, o profissional assume o papel de agente que pode qualificar a pessoa com sofrimento psíquico para usar o potencial próprio, juntamente ao do agente, para redirecionar sua vida. Dessa forma, o foco passa a ser a potencialidade sadia de cada um e não a doença. Essa nova forma de pensar a saúde mental segundo Rotelli (1990) caracteriza a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo.

Ao procurar evidenciar o que os docentes pensam sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Paraná, a assistência que os usuários dos serviços de saúde mental recebem, a atuação dos profissionais de enfermagem no Estado e nos municípios em que trabalham, em tudo, isto é, nas suas proposições emergiu a discriminação como algo muito forte na assistência que os pacientes vêm recebendo ao longo da história das internações em instituições psiquiátricas. Em seus depoimentos se reportaram a diferentes épocas, instituições e locais. Foi possível visualizar a insistência em repetir formas desumanas de tratar a pessoa com sofrimento mental. Por outro lado, houve relato de assistência tão humanizada, que dava a idéia de lugar distante dessa realidade referida sobre os maus tratos, como se fosse outro mundo.

Os docentes enfatizaram pelo menos quatro aspectos nos quais o doente mental tem sido discriminado no tratamento recebido: quanto ao registro de informações a seu respeito, à privação da satisfação de necessidades humanas básicas, ao convívio com outras pessoas e à credibilidade da sua fala. Assim, o processo da

Reforma Psiquiátrica que vem acontecendo deverá contribuir na ampliação do campo de atuação do enfermeiro nessa área; mas esse profissional precisa desenvolver competências e habilidades na abordagem e no relacionamento com o doente. Essa reforma traz uma visão diferenciada de assistência. No modelo tradicional, o tratamento se restringia à permanência do paciente em asilos, manicômios e similares. O doente era visto como ser passivo, sem direito à voz, sem razão e sem quaisquer perspectivas de resgate de sua socialização. As mudanças refletem-se diretamente na prática do enfermeiro, uma vez que suscitam um repensar em toda sua formação e atuação. Para que isso ocorra é importante haver flexibilidade e abertura: apreender as necessidades redimensionando as formas de tratamento, com compreensão mais profunda do que se passa na vida do doente mental.

Para finalizar, os docentes, de maneira geral, relataram que, apesar de os avanços da reforma psiquiátrica serem incipientes, no Brasil, têm crescido, podendo-se vislumbrar novas modalidades de assistência mais humanizada. Discorreram sobre o progresso em outros Estados, como São Paulo, Ceará, Rio de Janeiro e Bahia. Por outro lado, externaram descontentamento em relação às poucas mudanças ocorridas no Paraná. A insatisfação aumenta, quando mencionam a realidade de seus municípios. Observaram que a morosidade em implantar a rede de serviços de saúde mental prejudica também a proposta pedagógica de assistir o ser humano na integralidade que gostariam de realizar na formação do egresso/profissional. Todos ressaltaram que a nova proposta traz esperanças de mudança, mudança em que acreditam e se inserem como coadjuvantes na transformação dessa realidade sofrida e injusta que se vem perpetuando.

Cônsua da importância da formação de enfermeiros com base nos paradigmas da humanização, com entendimento e valorização da vida e do Ser,

debrucei-me nesses quase três anos em conhecer como vem transcorrendo o ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica nos cursos de graduação em enfermagem no Paraná, como os docentes desenvolvem sua prática e quais as concepções que a permeiam e como ela se relaciona com o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Estado. Encontrei sujeitos insatisfeitos com a lógica da comodidade e da banalização, conquanto sejam poucos para fazer percebíveis as mudanças em tal situação de comodismo e indiferença por que vem passando a problemática do doente mental, construída e legitimada desde há muito tempo. O despertar da Reforma psiquiátrica democrática, baseado em valores humanos, éticos, morais e amor, vem sendo demarcado no mundo, há pouco mais de quatro decênios.

Os caminhos e descaminhos da assistência do doente mental reúnem atores que lutam para que a realidade de saúde dessas pessoas seja melhorada. Todos os docentes entrevistados, de uma forma ou de outra, com os recursos disponíveis vêm-se inserindo cada vez mais nesse Movimento da Reforma Psiquiátrica. Acreditam que as mudanças evidenciadas são poucas, mas que são possíveis, desde que haja o envolvimento dos profissionais de saúde, das universidades, do setor de políticas públicas e da sociedade. Nesta óptica, reitero o que expus no início desta pesquisa: a problemática que envolve a assistência à pessoa com sofrimento mental merece todo o empenho, e não pode ser restrita a determinada esfera, mas estende-se à academia, à administração pública, às instituições prestadoras de serviços de saúde, aos profissionais de saúde e educação e aos familiares e usuários dos serviços de saúde mental.

As reflexões sobre o processo do sofrimento mental, dos seus saberes e práticas, fazem-me acreditar que a realidade que se mostra, aponta e reivindica mudanças urgentes, para começar a corrigir equívocos e aberrações nos modos de tratamentos. A dimensão da prática docente na área estudada é ampla e diversificada,

permeada pelas concepções culturais, ideológicas, políticas individuais e locais de cada município. Ao chegar a esta fase da pesquisa, percebo a complexidade do objeto que me propus investigar. Tenho a certeza de que do exposto se pode concluir e mesmo preconizar que novos estudos avancem nesta direção, somando esforços na busca de mudanças objetivas para o bem real do assistido mental.

2 O ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA E A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E NO PARANÁ

Para dar sustentação teórica a esta investigação sobre Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica nos Cursos de Graduação em Enfermagem do Paraná e, ao mesmo tempo, aproximar-me do objeto de estudo, considere importante recorrer a autores que se ocuparam em estudar tal assunto e refletir sobre a Reforma Psiquiátrica² no Brasil e no Estado.

Cumpré ressaltar que não há aqui a pretensão de se fazer um tratado sobre a história do ensino dessa temática, tampouco sobre o Movimento da Reforma Psiquiátrica, porque outros estudos mais completos sobre tais aspectos já existem; a intenção neste trabalho foi trilhar um caminho de aprendizado.

Para melhor instrumentalização sobre a Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, esta pesquisa será alicerçada nos seguintes autores enfermeiros, entre outros: Fernandes (1982) sobre o Brasil; Braga (1993, 1998), sobre o Ceará; Miranda (1994), sobre o Rio de Janeiro; Souza (1995), sobre o Brasil; Souza (1999), sobre Ribeirão Preto; Barros (1996), sobre São Paulo; Kantorski (1998), sobre o Rio Grande do Sul; Kantorski e Silva (2001), também sobre o Rio Grande do Sul; Alencastre et al. (2000) sobre algumas regiões do Brasil.

²Reforma Psiquiátrica é o termo que será utilizado, nesta pesquisa, para designar a reforma vigente com base no modelo democrático iniciado por Franco Basaglia em Trieste, província italiana.

Para as questões a respeito dos temas Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, serão referenciais teóricos os trabalhos de: Nicácio (s.d); Nicácio et al. (1990); Rotelli (1990); Basaglia (1993); Amarante et al (1994); Amarante (1998), entre outros.

2.1 O ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A profissão de enfermagem tem seu início marcado pela organização da prática e do ensino, na segunda metade do século XIX, mais precisamente em 1860, por Florence Nightingale, na Grã-Bretanha, no período da rainha Vitória. As suas idéias e práticas, consideradas em todo o mundo como verdadeira revolução na enfermagem, tornaram-na a primeira enfermeira moderna. No Brasil, a reforma iniciou no começo do século XX, em 1923, com a criação da Escola de enfermagem Ana Neri, no Rio de Janeiro, pautada nos princípios nightingaleanos (ALCÂNTARA, 1966; FERNANDES, 1982; MIRANDA, 1994; GOMES, 1991).

Desde a organização da enfermagem como profissão no Brasil até nossos dias, muitas têm sido as lutas e as conquistas dos profissionais, tanto na ampliação e no reconhecimento do espaço de atuação junto à equipe de saúde e à sociedade, como também na estruturação do currículo dos três níveis que compõem a enfermagem brasileira: graduação, técnico e auxiliar.

Fernandes (1982) estudou o ensino de Enfermagem e Enfermagem Psiquiátrica no Brasil. Concluiu que, desde a sua origem, acompanhou o conjunto de movimentos sociais, vinculando-se ao Estado e às forças hegemônicas de reconstrução do poder.

Apesar de a criação da Escola de Enfermagem Ana Neri ser considerada pela maioria dos profissionais de enfermagem o marco inicial da enfermagem brasileira, o ensino de enfermagem no Brasil foi oficialmente instituído com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, conforme o Decreto nº 791 de 27 de setembro de 1890, do Governo Provisório da Primeira República. Assim foi criada no Rio de Janeiro a primeira escola de enfermagem, posteriormente denominada Alfredo Pinto, dentro do Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro, também chamado Hospício de Alienados em 1890, quase cinquenta anos depois do surgimento do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil. Em 1943, decorridos 50 anos de sua criação, é que passou a ser dirigida por enfermeiras (ALCÂNTARA, 1966; GERMANO, 1983; GOMES, 1991).

Fundamentada no modelo francês, a escola nasceu pela preocupação em formar mão de obra qualificada para atender aos alienados daquela instituição e dentro de um programa voltado para a formação geral, era contemplada disciplina específica voltada à assistência desse tipo de paciente. Não obstante, necessário se faz ressaltar que o projeto político da medicina social do país, naquele momento histórico, contemplava a criação de hospícios para disciplinar o “louco”, ao mesmo tempo que o retirava do convívio social, pois este era considerado alguém que tumultuava e ameaçava a ordem social (GERMANO, 1983; GOMES, 1991; FOUCAULT, 1993; BRAGA, 1998; PIZANI, 1999).

Cumprir lembrar que as irmãs de caridade detinham todo o poder dentro do hospício, criado anexo à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Com a proclamação da República, aconteceu uma ruptura entre a Igreja e o Estado, resultando na separação do Hospício da Santa Casa de Misericórdia, passando a assistência aos alienados ao poder do Estado. Em decorrência, o Hospício passou a ser administrado pelos médicos, gerando incompatibilidade com as religiosas, que decidiram deixar o

hospital, por entender que suas atribuições estavam sendo muito cerceadas. A saída das irmãs de caridade provocou crise de pessoal, desencadeando a criação da escola, cujo corpo docente era formado apenas por médicos psiquiatras daquela instituição (GERMANO, 1983; GOMES, 1991, PIZANI, 1999).

Visando a atender às questões de saúde da população que ameaçavam a economia do país, principalmente a exportação do café do Estado de São Paulo, que se tornara grande pólo de produção cafeeira, surgiram as campanhas de combate às epidemias, movimento que impulsionou o surgimento do ensino sistematizado de enfermagem, fora dos hospitais, na área da saúde pública, com o propósito de formar profissionais que atuassem no saneamento dos portos (GERMANO, 1983; GOMES, 1991; BAPTISTA e BARREIRA, 1997).

Para a implantação da Escola de Enfermeiros em 1923, no Rio de Janeiro, do Departamento de Saúde Pública, dirigido por Carlos Chagas, regulamentada pelo Decreto Federal nº. 16.300/23, hoje Escola Anna Nery, com organização e orientação de enfermeiras, vieram nove enfermeiras norte-americanas enviadas pela Fundação Rockefeller para o Brasil. Assim, a maioria dos documentos toma o fato como primeira escola de enfermagem do Brasil. Somente em 1931, a direção foi assumida por enfermeira brasileira, Rachel Haddock Lobo e em seguida as professoras americanas foram substituídas por brasileiras (GERMANO, 1983; GOMES, 1991; BRAGA, 1993; BAPTISTA e BARREIRA, 1997).

Baptista e Barreira (1997) explicitam que:

em 1931, a Escola Anna Nery foi considerada legalmente a escola padrão para efeito de reconhecimento das demais escolas, situação que perdurou até a promulgação da lei do ensino de enfermagem, em 1949, quando tal atribuição foi tomada pelo governo, através do Ministério da Educação e Saúde (p.30).

Os primeiros cursos tinham caráter intensivo com duração de 28 meses e em seguida de 32; a exigência de ingresso era a conclusão do curso normal ou equivalente, ao contrário das escolas da época (Cruz Vermelha e Alfredo Pinto). Anteriormente, saber ler e escrever bastava para que as pessoas pudessem cursar enfermagem (FERNANDES, 1982; GERMANO, 1983).

Como se pode observar, as primeiras escolas foram organizadas com diferentes currículos e exigências para o ingresso de alunos. Em 1949, ocorreu a primeira reformulação do currículo de enfermagem. O decreto nº 27.426 de 14 de novembro de 1949 da Presidência da República aprovou o regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem; a promulgação da Lei nº 775 de 06 de agosto de 1949 do Governo Federal dispõe sobre o ensino de enfermagem no país. Essa Lei determinava que, por um período de sete anos, as escolas poderiam continuar recebendo candidatos com certificados de curso ginásial ou equivalente. Expirado esse prazo, surgiu nova lei, a de nº 2.995/56, que prorrogou por mais cinco anos, extinguindo-se o prazo, doze anos de adiamento, portanto, em 1961. A partir daí todas as escolas passaram a exigir o curso secundário completo ou equivalente, entrando a enfermagem definitivamente no terreno do ensino de nível superior/graduação (BAPTISTA e BARREIRA, 1997).

O início da década de 50 marcou o processo de federalização dos estabelecimentos de ensino superior, estaduais, municipais e particulares. Em decorrência, surgiram em alguns Estados as Universidades Federais, pela aglutinação das escolas isoladas de enfermagem. Esse movimento entrou em declínio a partir da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, quando o Conselho Federal de Educação, alegando escassez de recursos, passou a defender a expansão de vagas das

escolas oficiais, ao invés da continuidade da federalização de escolas particulares (BAPTISTA e BARREIRA, 1997).

As mudanças do ensino de enfermagem ocorridas naquela época, coadunavam-se com as da educação brasileira em todos os níveis e modalidades. Foi assim que, no Governo do Presidente João Goulart, a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) foi sancionada em dezembro de 1961 que, "entre outras providências, estabelece a conclusão do ciclo colegial ou equivalente de todos os candidatos aos concursos vestibulares de qualquer curso superior" (BAPTISTA e BARREIRA, 1997, p.43).

Continuando os apontamentos que marcaram a prática e o ensino de enfermagem, destacamos que em 1962 ocorreu a segunda reformulação no currículo de enfermagem – Parecer 271/62 do Conselho Federal de Educação (CFE), cujas mudanças foram notadas. O primeiro currículo tinha a predominância das disciplinas ditas de área preventiva e privilegiava o estudo e a assistência das doenças em massa. O segundo nasceu em um "momento em que a economia brasileira começava a tender para um processo excludente e concentrador de renda", coincidindo com o enfoque do currículo de enfermagem nas clínicas especializadas, de caráter curativo. Com isso, o ensino enfocava-se na técnica, voltado para a assistência hospitalar. A Saúde Pública, disciplina até então considerada básica e de cunho obrigatório, com o novo currículo mínimo passou para a especialização (GERMANO, 1983, p.39; BRAGA, 1993).

Braga (1993), referindo-se a Almeida e Rocha, diz que essas afirmam que o ensino de enfermagem até a década de 60 calcava seus ensinamentos na biologia, fisiologia e na medicina, com ênfase, sobretudo nas técnicas e nos aspectos clínicos da doença, levando o enfermeiro a se ocupar principalmente de atividades burocráticas.

Braga (1993) e Souza (1995) ressaltam que, somente a partir de 1970 e 1980, se percebe a menção de conteúdos referentes a relacionamento terapêutico e comunicação no ensino teórico e prático da enfermagem. Assim, começou-se a incluir nos currículos de enfermagem assuntos de psicologia, dando destaque aos aspectos comportamentais e de relações humanas.

As autoras ponderam que, à medida que a enfermagem vai escrevendo sua trajetória, objetivando firmar-se como profissão perante a sociedade, amplia seus horizontes e busca respostas para suas inquietações. Esse movimento mostra-se de diversas formas e reflete-se em todas as áreas, nos currículos mínimos implantados até hoje (1923, 1949, 1962, 1972, 1994). Braga (1993, p.10) destaca que, nesse movimento, se pode observar o "aumento da carga horária teórica em detrimento da prática, denotando maior intelectualização e separação entre o saber e o fazer”.

Quanto à Reforma do Currículo de Enfermagem de 1972, por meio da Resolução n.º 4 de 25 de fevereiro de 1972, houve mudanças que causaram grande surpresa à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que enviara sugestões como anteprojeto do currículo mínimo, ao Conselho Federal de Educação. O documento, após modificações da Comissão Central de Revisão dos Currículos, foi transformado no Parecer 163/72, aprovado pela resolução acima citada. As mudanças de maior impacto foram a Saúde Pública transformada de Especialização para Habilitação por opção do aluno e o acréscimo da habilitação enfermagem médico-cirúrgica ao anteprojeto enviado pela ABEn (FERNANDES, 1982).

O currículo de 1994, oficializado pela Portaria nº. 1.721, de 15 de dezembro de 1994, ainda vigente na maioria dos cursos de graduação em enfermagem, registra dois grandes avanços: a extinção das habilitações, voltando a Saúde Pública a ocupar

espaço nos conteúdos mínimos e a retirada da palavra "noções de" dos conteúdos das ciências biológicas e humanas (BRASIL, 1994).

No momento atual, após a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, pela Resolução do Conselho Nacional de Educação – CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, decorrente da proposta da nova LDB, de currículo por competências, os cursos de graduação vêm-se novamente em reorganização curricular (BRASIL, 2001a).

Importa mencionar que, as novas diretrizes curriculares têm como eixo comum, uma formação calcada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada a uma ação crítica, reflexiva, de modo a preparar o enfermeiro para realizar o cuidado individual e coletivo mais humanizado. Isso suscita que tanto os espaços acadêmicos como os de serviços despertem para uma organização que possibilitem aos futuros enfermeiros o desenvolvimento de competências intelectuais, éticas, políticas e sociais para o crescimento da profissão.

Ressaltamos que a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), desde a sua criação como Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas e a partir de maio de 1944 denominada Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), tem-se constituído em fórum de discussão, elaboração de propostas e participação nas determinações curriculares ocorridas, por meio de Seminários, Congressos, Semanas Brasileiras de Enfermagem.

Esses movimentos, de maneira geral, têm-se traduzido ora em aumento de carga horária teórica, diminuição da prática, inclusão de disciplinas que contemplam outras áreas do saber, como filosofia, antropologia, bioética, sociologia e a ênfase na pesquisa. Contudo, afirmam Barros (1996); Braga (1998); Kantorski (1998); Kantorksi e Silva (2001), os currículos das Escolas de Enfermagem vigentes até hoje são baseados

predominantemente no modelo biomédico, habilitando o profissional para atuar sobre as necessidades físicas / biológicas, centradas na doença e não no doente. Por outro lado, é marcante o discurso atual entre os docentes sobre a humanização do cuidado, a totalidade do ser, a integralidade, a interdisciplinaridade, a relação pessoa-a-pessoa e a transdisciplinaridade. Percebe-se a preocupação em minimizar essas deficiências com a inclusão de certo corpo de conhecimentos de outras ciências.

No que se refere ao ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, Miranda (1994) assinala que a primeira tentativa de sistematização do ensino de enfermagem no Brasil ocorreu com o surgimento da primeira escola estruturada junto ao hospício para assistir o “louco”; mas, em um paradoxo, este foi “esquecido” por longo tempo pelas escolas de enfermagem modernas, fundadas posteriormente.

A autora enfatiza que as primeiras grades curriculares da Escola Ana Néri incluíam a disciplina “Arte de Enfermagem em Doenças Mentais e Nervosas”. Apesar de essa disciplina constar, em 1926, no Regimento Interno do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) do Serviço de Enfermeiras, em análise de currículo de aluno de 1925, ela foi riscada e escrita “doença venérea”. Afirma também que, a partir de 1940, o ensino de enfermagem psiquiátrica era ministrado de forma simular. Um psiquiatra ministrava a parte teórica (patologias, síndromes psiquiátricas), de acordo com o modelo organicista francês e alemão; uma enfermeira lecionava a parte prática, que consistia essencialmente no ensino de higiene, técnicas de contenção física, administração de medicamentos. A disciplina previa, também, rápidas visitas a hospícios, o que contribuía para provocar pânico e afastar as estudantes da enfermagem psiquiátrica.

O segundo currículo mínimo de enfermagem, conforme Lei 775, de 6 de agosto de 1949, nas suas vinte e nove disciplinas, contava com “Enfermagem em

Clínica Neurológica e Psiquiátrica”, com estágio obrigatório (FERNANDES, 1982; GERMANO, 1983; BRAGA, 1993).

Barcellos (1951) chama a atenção para a importância do ensino de enfermagem psiquiátrica nos cursos e corrobora o descaso e a desassistência ao doente mental em nosso país, em trabalho apresentado no IV Congresso Nacional de Enfermagem em Salvador, sob o título “A enfermagem psiquiátrica”. Diz ela:

A enfermagem psiquiátrica é um ramo da enfermagem que não é novo; no entanto, mesmo nos países onde ela está atualmente bem desenvolvida como nos Estados Unidos e Inglaterra, somente há um quarto de século mais ou menos sua importância foi reconhecida pelos médicos e o público em geral. Em nosso meio, embora ela esteja incluída no programa de algumas escolas de enfermagem, foi introduzida no currículo das escolas em geral como obrigatória só muito recentemente pela Lei nº 775, que regulamenta o ensino nas Escolas de Enfermagem do Brasil (p.86).

Em seu trabalho “O Parentesco Imaginário”, Miranda (1994, p.103) traz à tona duas constatações importantes para reflexões sobre a história da enfermagem psiquiátrica, tanto no Brasil como em outros países: “a enfermagem moderna, implantada por Florence Nightingale no século XIX, não incluía o louco na clientela a ser assistida por *nurses*”. O mesmo ocorreu no período de 1923–26, no currículo da Escola de Enfermagem Ana Nery implantada no Brasil, que só passou a desenvolver estágio nessa disciplina em 1949, no Hospício Engenho de Dentro.

Esta autora continua afirmando que não acredita ter a enfermagem psiquiátrica nascido mal no Brasil pelo fato de a primeira escola que sistematizou o ensino dessa área não ter sido pautada no modelo Nightingale e que o equívoco não ocorreu na estrutura pedagógica, mas na concepção coletiva da época sobre a doença mental e sobre o doente mental, tendo como pano de fundo questões político-ideológicas. O enfermeiro psiquiátrico não surgiu para viabilizar melhoria na assistência

ao louco, mas para ajudar a tornar científico o discurso psiquiátrico brasileiro dentro dos hospícios.

Barros (1996) diz que na época da organização da enfermagem como profissão pautada nas idéias de Florence, Tuke e Pinel já haviam instituído o tratamento moral; assim, o louco já ocupava lugar no discurso médico-psiquiátrico. A prática assistencial ao alienado, que Pinel preconizou no final do século XVIII, permitiu inferir que o papel dos profissionais que cuidavam dos alienados naquela época incluía as ações como isolar, disciplinar e punir.

O Sistema Nightingale foi implantado nos Estados Unidos (EUA), no ano de 1873, com a criação de três escolas. Nove anos mais tarde, 1882, criou-se a primeira escola de enfermagem com enfoque psiquiátrico no McLean Hospital, cuja finalidade era melhorar a assistência aos doentes mentais. A escola treinava os atendentes que trabalhavam em hospitais psiquiátricos (BARROS, 1996).

Naquela época, as enfermeiras que recebiam treinamento assistiam o médico nos procedimentos com o paciente, administrando drogas sedativas como “whisky” e clorofórmio, cuidavam da higiene, aplicavam balneoterapia, duchas frias ou quentes, banhos contínuos e aplicação de compressas (BARROS, 1996).

Com o movimento psicodinâmico no início do século XX, a psicanálise e o tratamento psicanalítico chegaram como nova forma de assistir o doente mental. Sua característica era o tratamento em consultórios particulares. Assim pareceu não afetar os enfermeiros, que não viam espaço para atuarem no tratamento de um paciente em análise (BARROS, 1996).

A partir de 1930, surgiram os tratamentos biológicos (sonoterapia, insulinoaterapia, psicocirurgia, eletroconvulsoterapia), dando a enfermagem psiquiátrica um novo campo de atuação, pela necessidade do preparo e cuidado do paciente para o

recebimento dessas práticas (KAPLAN e SADOCK, 1993; MIRANDA, 1994; BARROS, 1996).

Após 1940, “sob a influência de Harry Stack Sullivan, que defendia a teoria na qual a doença mental resulta essencialmente de uma perturbação das relações interpessoais”, enfermeiras norte-americanas começaram a preocupar-se em melhor qualificar-se, não somente na execução de técnicas de tratamento somático, mas também nas técnicas psicoterápicas, usadas pelos psiquiatras (BARROS, 1996, p.56). Entre outras, enfermeiras como Peplau (1952), Gregg (1954), Smith (1960), Barnett (1960) e Tudor (1970) citadas por Gattás (1981) e Barros (1996) introduziram o relacionamento terapêutico como o principal instrumento para a atuação dos profissionais de enfermagem psiquiátrica, influenciando também o ensino de enfermagem nos cursos de graduação do Brasil.

Pioneira nos estudos do relacionamento humano na enfermagem, Peplau (1952) enfatizava que a enfermagem é processo interpessoal e enfocava o potencial terapêutico do relacionamento pessoa-a-pessoa. Enquanto o enfermeiro interage com o paciente com o objetivo de realizar um cuidado, como, por exemplo, administrar medicamentos ou outro auxílio no tratamento, a maneira primordial como ele influencia diretamente o atendimento da pessoa é o uso que faz de si mesmo.

Travelbee (1979, 1982) desenvolveu o método de enfermagem nas relações interpessoais. Para promover a saúde mental da pessoa o profissional de enfermagem deve ter como premissas a capacidade de amar-se, de enfrentar a realidade, de ajudar pessoas a enfrentar problemas e buscar soluções de forma realista, de encontrar o significado da sua existência profissional, enquanto ajuda o paciente a encontrar propósito e sentido na sua vida.

No país, o ensino do relacionamento terapêutico nos cursos de enfermagem foi introduzido a partir de 1968, pelas enfermeiras Arantes e Stefanelli, como apontam os trabalhos de Arantes (1973, 1979); Stefanelli (1981, 1985); Stefanelli e Arantes (1985), seguidos por outros profissionais de enfermagem, tanto no estímulo ao ensino, à prática assistencial como na pesquisa (MINZONI, 1971, 1979, 1981; MINZONI et al., 1977; GATTÁS, 1981; RODRIGUES, 1986, 1996; FUREGATTO, 1999; SILVA, 1996, SILVA e BELASCO JR.1996).

Maftum (2000, p.2), com base em Stefanelli (1993), enfatiza que os conteúdos que dão base para o desenvolvimento do relacionamento e comunicação terapêutica entre enfermeiro e paciente fazem "parte da essência do ser humano e que é a mola mestra da enfermagem". Portanto, esses temas devem ser integrados e permear todas as fases do currículo dos cursos de Enfermagem, não se restringindo aos momentos ou disciplinas destinadas à Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Conforme mencionei anteriormente nesta pesquisa, várias foram as reformas do ensino de Enfermagem ocorridas até hoje. Quanto à área da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, discute-se carga horária teórico-prática, campo de estágio, momento em que a disciplina deve ocorrer, se o discurso ideológico acadêmico é reproduzido na prática ou se há dissonância entre ambos, se deve haver ênfase no relacionamento interpessoal e na comunicação etc. Para certo conforto, hoje se vê a disciplina sedimentada, já reconhecida como importante na formação dos profissionais da área da enfermagem, que necessitam aprender e saber usar os conhecimentos que embasam a compreensão do ser humano e das motivações e comportamentos, bem como interagir com o paciente no momento crítico de sofrimento mental.

Confirmando as reflexões acima, Fernandes (1982) chama-nos a atenção para a Reforma do Currículo de Enfermagem de 1972, que decorreu também das

exigências da Reforma Universitária de 1968. Explicita que docentes de enfermagem por meio de encontros, seminários e congressos, com o intuito de estudar o currículo do curso e estabelecer diretrizes para o aperfeiçoamento do corpo docente, elaboraram sugestões que, transformadas em anteprojeto do currículo mínimo, foram enviadas pela ABEn ao Conselho Federal de Educação. O Anteprojeto culminou no parecer 163/72 da Comissão Central de Revisão dos Currículos e foi aprovado pela Resolução nº 4 de 25 de fevereiro de 1972.

O currículo passou a constituir-se de três partes sucessivas: pré-profissional, tronco profissional comum, específico à formação do enfermeiro e habilitações opcionais em enfermagem obstétrica, enfermagem de saúde pública ou enfermagem médico-cirúrgica. A última habilitação, contida no parecer 163/72, causou surpresa, uma vez que o anteprojeto da ABEn não a incluía. A surpresa maior não foi o fato de mais essa oferta para a formação de enfermeiros, mas por não terem sido possibilitadas outras habilitações, como a de enfermagem pediátrica e psiquiátrica.

Sob essa ótica, estudos como os das enfermeiras Peplau (1952) e Travelbee (1979, 1982), em que afirmam que o profissional de enfermagem psiquiátrica pode desenvolver o relacionamento terapêutico com o paciente, e que este é por elas considerado instrumento básico para atuação do enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiátrica, não se restringindo a essa área, é essencial a contemplação destes conhecimentos nos currículos de enfermagem.

Atualmente, com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, novos modos de cuidar passaram a integrar o tratamento do doente mental. Isso suscita reflexão profunda dos docentes dessa área, incluindo análise dos currículos, para que estes propiciem a formação de enfermeiros inseridos e conscientes do papel terapêutico que têm junto à pessoa com sofrimento mental.

2.2 O ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA NO PARANÁ

Muitos e importantes são os fatos que assinalaram a História da Enfermagem do Paraná. Contudo resgatar esses acontecimentos constitui tarefa difícil, em face dos poucos registros de que nos podemos valer. Meira et al. (1986) explicitam que, para conhecer a trajetória da enfermagem como profissão, há que situá-la segundo os momentos de evolução ou crise política ou social inerente aos aspectos implícitos e explícitos na formação, que se traduzem no processo de produção de serviços resultantes da prática desses profissionais.

Nesse contexto percebemos nas leituras das obras de autores já mencionados nesta pesquisa que a enfermagem paranaense se iniciou com características similares às de outros Estados do país e caminha de acordo com os movimentos político-sociais e das necessidades de saúde de cada época. Corrobora as afirmações de Alcântara (1966) quanto à escassez de mão de obra profissional de nível superior naquela época. Coaduna-se com a vinda de visitadoras sanitárias treinadas pelo Ministério da Saúde, bem como a ida dessas para outros Estados com o propósito de sanear as doenças epidêmicas, uma delas a tuberculose (MEIRA et al., 1986).

O ensino de enfermagem do Paraná tem seu marco inicial na Faculdade de Medicina da UFPR, com o curso de Obstetrícia, anexo à mesma cadeira do curso médico. Com duração de dois anos, exigia somente o certificado primário para o ingresso de alunos e visava ao adestramento de pessoal para a especialidade. No seu término, a UFPR certificava a concludente como "Enfermeira Obstétrica". Regulamentado pelo Decreto nº 20.865, de dezembro de 1931, publicado no D.O. nº 12 de 15 de janeiro de 1932, hoje revogado, funcionou de 1932 a 1951, com 118 pessoas

certificadas. Na sequência até o ano de 1958, o Departamento Estadual de Saúde formou 157 Visitadoras Sanitárias nos sete cursos para atuação de auxiliares no campo da assistência médico-sanitária (AZEREDO, 1965).

Azeredo (2001, p.14), no relato feito à Revista do Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (COREn/PR), fala da importância de resgatar “fatos vividos e compartilhados, acontecimentos presenciados, a fim de que a geração atual de enfermeiros, conhecendo um pouco do ontem, possa entender melhor o hoje e construir o amanhã”. Conta-nos a autora, que em 1951 a população de Curitiba era em torno de 160 mil habitantes e as oportunidades de estudos oferecidas a uma jovem da classe média, que buscava horizontes de formação profissional, era principalmente “nas escolas normais, seriam professoras e casariam ...”. Dentre as perspectivas existentes, havia o curso de Visitadoras Sanitárias, ministrado pela Secretaria da Saúde Pública.

Naquela época Wanda de Aguiar Horta, natural de Belém do Pará, mas residente desde 1937 no Paraná, na Cidade de Ponta Grossa, após o término do curso de enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo-USP, em dezembro de 1949, retornava ao Estado. Aqui trabalhou de 1950 a 1953 e registrou em um artigo publicado pela revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), sobre a história da enfermagem no Estado, que o Paraná foi o local base "para o desenvolvimento de sua enfermagem profissional" (HORTA, 1975, p.62). Com as informações trazidas, ela colaborou para muitas outras moças tornarem-se enfermeiras (AZEREDO, 1965).

Em se falando de ensino, foi na capital paranaense, em 19 de dezembro de 1912, que contava com pouco mais de 30 mil habitantes, que nasceu a primeira universidade brasileira, a Universidade do Paraná. Federalizada em 1950, passou a ser Universidade Federal do Paraná (UFPR). A primeira tentativa de sua criação ocorreu em 1892 por Rocha Pombo, sem êxito; porém sua experiência conseguiu despertar

interesse por esse ideal em muitas pessoas (MEIRA et al., 1986; SERAPHIM, 1996; GONÇALVES JR, 1997). Em 5 de abril de 1911 foi decretada a Lei Rivadávia que liberava e desoficializava o ensino superior no Brasil, tornando-se situação favorável para que dois grupos de pessoas interessadas em fundar uma universidade se unissem. Dentre outros, os líderes desses dois grupos, Victor Ferreira do Amaral e Nilo Cairo, se tornariam os grandes responsáveis pela implantação da Universidade. Entretanto o ensino de enfermagem teve seu início somente em 1954.

A exemplo do que aconteceu nos outros Estados brasileiros, no Paraná, o ensino de enfermagem se iniciou com a formação de Auxiliares de Enfermagem. Conquanto a primeira Escola de Enfermagem, criada no Paraná após a Lei 775/49, que trata da organização dos cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem no país, pela iniciativa da Congregação das Irmãs de São José e por designação da Madre Provincial, foi “Madre Leonie” em Curitiba. Teve seu funcionamento autorizado em 17 de maio de 1954 pela Portaria Ministerial nº 281 e foi reconhecida em 27 de março de 1957, pelo Decreto Federal nº 41213. Na primeira turma formaram-se seis enfermeiras, no dia 10 de agosto de 1957. Posteriormente, em 1970, foi incorporada à Universidade Católica do Paraná (UCP), hoje Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). "A partir de 1974, com a implantação da Reforma Universitária e a conseqüente reestruturação, a denominação da Escola deixou de existir, dando origem ao atual Departamento de Enfermagem" (PUCPR, 1997, p.8; PIZANI, 1999).

A Escola de Auxiliares de Enfermagem “Dr. Caetano Munhoz da Rocha”, pela Lei Estadual nº 1945, de 24 de junho de 1954, autorizada segundo Portaria do Ministério de Educação e Cultura (MEC) nº 835 de setembro de 1954 e reconhecida pelo Decreto Federal nº 40 543 de 11 de dezembro de 1956. A primeira diretora desta Escola foi Dejanira de Oliveira Rego, designada pelo Serviço Nacional de Tuberculose,

sendo substituída em junho de 1955 pela enfermeira Maria Lêda Vieira. Esta foi sócia fundadora da ABEn Seção Paraná na gestão de 1956-59, ocupando o cargo de secretária. Na gestão de 1967-69 foi presidente e na de 1969-70 segunda vice-presidente. Maria Lêda Vieira é docente da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na PUC-PR desde 1969 e por último acumulou a função de Coordenadora do Curso Graduação em Enfermagem desta mesma instituição de 1993 a 2002. Não obstante a sua valiosa contribuição no desenvolvimento da enfermagem paranaense é considerada por muitos dos seus ex-alunos como a precursora do ensino de enfermagem psiquiátrica no Paraná. Sua vinda ao Paraná deveu-se à Campanha Nacional Contra Tuberculose, um dos Programas do Ministério da Saúde que deslocava profissionais para os Estados, com o objetivo de criar e/ou organizar serviços das Secretarias Estaduais. A exemplo da referida enfermeira, vieram outras que colaboraram no desenvolvimento da prática e ensino de enfermagem em nosso Estado (AZEREDO, 1965, 2001).

Seguiu-se a criação da Escola de Auxiliares de Enfermagem "Catarina Labouré" em 6 de maio 1956, hoje Escola Técnica de Enfermagem Catarina Labouré (ETECLA). A entidade mantenedora da Escola é a Província Brasileira das Irmãs (Filhas) da Caridade de São Vicente de Paulo. A autorização de funcionamento pelo MEC deu-se pela portaria nº 323, de 28 de agosto do mesmo ano e foi reconhecida pelo Decreto Federal nº 44 230, de 31 de julho de 1958, assinado pelo Presidente da República Dr. Juscelino Kubitschek de Oliveira (TURKIEWICZ, 1988).

Ainda na modalidade de ensino de auxiliares, foi criada em 1960 e reconhecida em 1963, a Escola de Auxiliares de Enfermagem "Mater Admirabilis", em Londrina. Em 1974, pela resolução nº 4/74 de 27 de maio, o Conselho de Ensino e

Pesquisa (CEPE) autorizou a criação e implantação do Curso de Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde da UFPR (AZEREDO, 1965; SERAPHIM, 1996).

No que se refere ao Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, no Paraná, essa disciplina se iniciou seguindo os modelos acontecidos no Brasil como um todo. O primeiro currículo de enfermagem da PUC-PR contemplava as disciplinas de Clínica Psiquiátrica, Clínica Neurológica e Enfermagem em Neurologia e Psiquiatria e em entrevista concedida por Krauser (2004), ex-aluna da turma de 1960-62, disse-nos ela,

naquela época, todas as aulas teóricas eram ministradas pelos médicos, segundo suas especialidades, [...] enquanto a maioria das aulas práticas e estágios eram pelas enfermeiras que pertenciam à Congregação das Irmãs de São José. O estágio de neuropsiquiatria uma parte fazíamos em um hospital psiquiátrico de Curitiba e a outra em um hospital da cidade de Porto Alegre.

Apresentado o cenário em que nasceu o ensino de enfermagem no Brasil e no Paraná, decorridos quarenta e nove anos da emergência da primeira escola de graduação no Estado, no capítulo de análise e discussão de dados descreverei o universo que hoje se apresenta.

2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E NO PARANÁ

Kantorski e Silva (2001) relatam que entendem a Reforma Psiquiátrica como movimento de lutas organizadas que se têm constituído como foco na desinstitucionalização do doente mental, enfatizando a necessidade de se buscar novas formas de tratamento e cuidado, respeitando as diferenças, privilegiando o entendimento da singularidade do sujeito e as ações que combatam a sua exclusão.

Barros (1996) considera que a Reforma Psiquiátrica, ora em andamento, imprime o desenho de novo modelo de assistência, cuja premissa fundamental é a cidadania do usuário do serviço. Ressalta também que essa proposta está assentada em princípios como democratização dos serviços, universalização e equidade, tal como a Reforma Sanitária em geral. Para esse novo enfoque impera a necessidade de ruptura com o paradigma manicomial.

A Reforma Psiquiátrica Democrática tem suas bases nas idéias de Franco Basaglia. A partir da década de 1960, Basaglia propôs em Gorizia no período de 1961 a 1968, e depois em Trieste de 1971 a 1979, amplas mudanças ideológicas e estruturais na assistência psiquiátrica, que culminaram com a promulgação da Lei 180/78, chamada lei Basaglia, a primeira e única lei que prescreve e regulamenta a extinção dos hospitais psiquiátricos (ROTELLI, 1990). A partir desse marco tem-se observado em várias partes do mundo crescentes esforços de humanização no tratamento dispensado ao portador de transtorno mental, permitindo a convivência com os seus familiares e o retorno à sociedade.

Muitos são os caminhos e descaminhos percorridos pela psiquiatria quanto às formas de tratamento, reconhecimento e entendimento da loucura e do doente mental, tendo já passado por tratamentos morais e somáticos, que incluíam balneoterapia, insulino-terapia, eletrochoque, reclusão em cubículos, camisa de força, lobotomias e outros mais, nos grandes e inúmeros hospícios espalhados por todo o mundo.

Nesse percurso, os movimentos reformistas, cunhados com a concepção de ser humano e saúde e doença de cada época, incluem a Psiquiatria de Setor, ocorrida na França, impulsionada a partir de 1792 pelas idéias de Phillipe Pinel, a Comunidade Terapêutica de Maxswel Jones surgida no início da década de cinquenta no Reino Unido, a Psiquiatria Comunitária ou preventivista em 1946 nos Estados Unidos, que

busca a aproximação com a saúde pública em geral, utilizando o modelo da História Natural das Doenças de Leavell e Clark, com base no pensamento preventivista, estendida por vários países (OULÈS, 1985; KAPLAN e SADOCK, 1993; MIRANDA, 1994; ROCHA, 1994).

Surgiram outros dois movimentos reformistas e, diferentemente dos anteriores, questionam tanto a psiquiatria, ou seja, o saber, o tratamento e a cura, como também a doença mental em si. O primeiro, a Antipsiquiatria, teve início no Reino Unido, na década de 1960 e o segundo, a Psiquiatria Democrática Italiana, que também questiona o saber psiquiátrico, não nega a existência da loucura, porém considera que o foco do tratamento deva ser o sujeito e não a doença. Esse é o movimento de interesse central nesse estudo, pois é nesta experiência que a Reforma Psiquiátrica Brasileira está embasada (OULÈS, 1985; KAPLAN e SADOCK, 1993; MILES, 1982; AMARANTE, 1994).

Franca Ongaro Basaglia (1993), descrevendo as experiências de Tommasini, relata que na década de 1960 reacendeu-se com mais vigor o Movimento de Reforma do tratamento psiquiátrico. Conta que na Itália, Tommasini, após longa experiência em lideranças sociais na sua trajetória como trabalhador, assumiu o cargo de Secretário de Saúde da Secretaria de Saúde em Parma. A principal atividade da secretaria desta província era a assistência psiquiátrica. Há poucos quilômetros de Parma estava localizado o manicômio de Colorno, que contava na época com 1.200 internados. O Hospital dispunha de quatro médicos e cento e setenta trabalhadores denominados na época de enfermeiros, para todo o atendimento.

Relata que nesse hospital os doentes viviam apinhados em míseros cômodos, nus, seminus, atados, no meio de fezes e urina, maltratados. “No máximo, quem entrava em um cômodo saía vomitando; mas, ao mesmo tempo, aceitando tudo

como inevitável: para todos, a loucura era a desolação e degradação contida no manicômio”. No entanto, o que não era avaliado é que muito dos comportamentos exteriorizados pelos internados não era apenas produto da doença, mas, sobretudo, um modo de reagir à violência desumana da terapia. Tommasini fala que sua indignação aumentou, quando encontrou velhos companheiros de luta social, amigos e vizinhos de seu bairro, que há muito não via, confinados naquelas condições e privados do convívio em suas próprias casas. Tal situação levou-o a reunir professores, médicos neuropsiquiatras, para juntos encamparem uma luta pela reforma do sistema de saúde mental daquele local. Iniciou pela descentralização da assistência segundo o modelo francês em uso na época, isto é, divisão do manicômio em setores de acordo com as zonas territoriais da província (BASAGLIA, FRANCA 1993, p.6).

Consta que naquela mesma época, no período de 1961/68, Franco Basaglia, desenvolvia seu trabalho, utilizando contribuições do modelo da Comunidade Terapêutica no hospital psiquiátrico de Gorizia, uma província da Itália. Veiculava-se a existência de um sistema de trabalho em psiquiatria que tratava o paciente de modo diferente e com conseqüências muito benéficas no curso da doença. Tommasini visitou o hospital de Gorizia e descreveu: vi “um hospital vivo, cheio de gente que não se distinguia: não era fácil reconhecer doentes, médicos, visitantes, voluntários e individualizar seus papéis”. As necessidades mais elementares dos doentes eram valorizadas e compreendidas. Os doentes conversavam uns com os outros, andavam no parque... (BASAGLIA, FRANCA 1993, p.10).

Continuando em seus relatos, Franca Basaglia (1993) comenta que alguns anos depois, Franco Basaglia recebeu o convite da administração provincial de Trieste, na Itália, para dirigir o hospital dessa cidade com liberdade de agir como melhor lhe aprouvesse. Iniciou-se, então, uma reforma que resultou na experiência da Psiquiatria

Democrática Italiana do período de 1971 a 1978, conhecida internacionalmente e que serviu de base orientadora do processo de transformação institucional na Itália, em outros países e até mesmo para atual proposta de reforma no Brasil. O hospital psiquiátrico foi esvaziado progressivamente. Os 1200 pacientes que ali estavam internados foram devolvidos aos seus lares, a outras formas de moradia e tratamento, que não a segregação total. Ele foi extinto oficialmente em 1980, com a aprovação da Lei 180.

A reforma em Trieste deu à cidade um novo desenho no sistema de assistência psiquiátrica. No lugar de estruturas tradicionais de internação, passaram a existir sete centros de saúde mental, correspondentes às sete zonas de descentralização administrativa da província, cobrindo uma clientela em torno de 40.000 habitantes cada um. Os centros permanecem abertos dia e noite com condições de receber e dar acolhimento às pessoas a qualquer hora. Possuem toda aparência de uma residência e não lembram em nada a imagem comum de consultório, ambulatório e hospital. Cada centro possui em média oito leitos para dormir e são ocupados por pacientes que necessitam maior acompanhamento, ou por aqueles que precisam separar-se do seu meio ambiente por um período de tempo e equipe com uma média de três psiquiatras, vinte e oito enfermeiros e um assistente social (ROTELLI, 1990).

Nessa nova modalidade não há divisão ou seleção de pacientes por idade nem patologia; assim, convivem pessoas de todos os tipos e idades. Foi criado também o plantão psiquiátrico no hospital geral com a permanência de um médico e enfermeiros para atender os casos de emergência, que geralmente chegam durante a noite no hospital geral. Sua função é dar o primeiro atendimento ao mal-estar agudo (ROTELLI, 1990).

As dependências do antigo hospital foram direcionadas para outros objetivos: apartamentos para ex-internos, unidade para idosos dependentes, escolas,

laboratórios da universidade, laboratórios de arte e outros. Tudo isso passou a ser utilizado tanto por pacientes psiquiátricos como por pessoas “normais”, o que corrobora o não sectarismo e promove a socialização tão essencial ao processo de desinstitucionalização, que é o enfoque hoje no tratamento para doentes mentais. A “desinstitucionalização é processo social complexo: não é processo linear, passível de ser administrado igualmente em todas as regiões, independentemente de forças e resistências político-econômicas e dos atores sociais” (ROTELLI, 1990; NICÁCIO, s.d, p.98).

Esse breve relato das bases da Reforma Psiquiátrica italiana teve o objetivo de explicitar como ela surgiu e em que paradigmas está sustentada, já que essa preocupação também atingiu o Brasil, tendo como força impulsionadora as constantes denúncias e matérias televisivas e jornalísticas de maus tratos em hospitais e “manicômios” psiquiátricos espalhados por todo o país. Muitos desses hospitais superlotados, em condições tão precárias de higiene e tratamento, mais se assemelhavam a depósitos de entulhos (AMARANTE, 1994).

É oportuno mencionar a experiência brasileira pioneira e inovadora, na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, construída na década de 1950. Em 3 de maio de 1989, a Prefeitura, juntamente com vários setores da sociedade civil, realizaram uma auditoria na então “casa dos horrores”; confirmando as muitas irregularidades que vinham sendo denunciadas meses antes pela imprensa. Decretou-se a sua intervenção. Desse momento em diante, iniciou-se um processo de transformação baseada no modelo italiano, imprimindo mudanças radicais na qualidade da assistência ao doente mental. Santos foi a primeira cidade brasileira a construir uma rede de serviços totalmente substitutivos do manicômio. Essa iniciativa da esfera do poder municipal de Santos constituiu uma

colaboração determinante no deflagrar do processo de reforma psiquiátrica que hoje está se construindo em todo o país (ROTELLI, 1990).

Observa-se que a reforma manicomial no Brasil foi oficialmente iniciada em 1991, quando o Ministério da Saúde definiu os critérios mínimos para o funcionamento de um hospital psiquiátrico e os grupos de procedimentos da tabela do SUS, por meio das portarias do Ministério da Saúde, 189/91, de 19 de novembro de 1991 e 224/92, de 29 de janeiro de 1992. A última preconiza que os serviços de assistência à saúde mental e psiquiátrica deverão ser compostos por equipe multiprofissional: médico psiquiatra, clínico geral, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, farmacêutico e nutricionista, estabelecendo também o número de pessoal que deve compor a equipe (BRASIL, 1991, 1992). Essas medidas vieram colocar um freio na criação de hospitais no Brasil, como aconteceu no início do século XX, a exemplo dos países da Europa como a França e o Reino Unido.

Apesar de algumas instituições terem avançado na qualidade do tratamento ambulatorial e institucional, implementando-os com atividades de hospital dia, unidades psiquiátricas em hospital geral, atividades fora da unidade de internação, como artesanato, coral, horta, caminhadas, ainda é possível presenciar a assistência que acontece nos moldes tradicionais, visando única e exclusivamente à internação.

Pontes et al. (1995, p.297) consideram que, a partir de 1979, iniciou-se um redirecionamento na tendência hospitalocêntrica de assistência psiquiátrica que originou o que denominamos hoje de Reforma Psiquiátrica, que tem por objetivos: "desativação progressiva dos hospitais psiquiátricos; substituição deles por um sistema extra-hospitalar e multiprofissional de assistência; resgate da cidadania do doente mental; reinserção da saúde mental em outros programas e instituições de saúde".

Extra-oficialmente e oficialmente, por meio de trabalhos de pesquisa de mestrado e doutorado, artigos publicados em periódicos, Boletins de Associações, Jornais e Eventos Científicos de Saúde Mental e Psiquiátrica, é possível tomar-se conhecimento da existência de Movimentos de Reforma na área da psiquiatria em vários Estados do País, com criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), hoje denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pela portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, Hospitais Dia (HD), desativação de leitos hospitalares, ampliação dos serviços ambulatoriais e outros (PONTES et al.,1995; BRAGA, 1998; GOMES, 1999; ALENCASTRE et al. 2000; KANTORSKI e SILVA, 2001; BRASIL, 2002; BORDINHÃO, 2003).

Os diferentes entendimentos sobre a assistência e seus paradigmas têm colaborado para que a Reforma Psiquiátrica esteja acontecendo de forma não linear e homogênea (Amarante, 1994), a passos lentos em alguns Estados, cidades e hospitais, pois ela está ocorrendo em diferentes regiões e municípios simultaneamente e caminha de acordo com as concepções culturais e com a correlação de forças de trabalho e política existentes.

Nos últimos anos, tem havido empenho por parte dos dirigentes governamentais e de alguns profissionais da saúde, como Waidman, (1998); Pitta, (1996); Bertolote, (1996) no processo de reabilitação psicossocial e reinserção do doente mental na sociedade. Acredita-se que o doente fora do hospital consegue ter vida mais próxima da vida comum de qualquer cidadão, mesmo em casas denominadas “lares abrigados”, “pensões protegidas”, hoje denominadas Residências Terapêuticas pela portaria ministerial n.º 106 de fevereiro de 2000, como as que se desenvolveram em algumas cidades como São Paulo, Ribeirão Preto e Curitiba (BRASIL, 2000).

A Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, pelas portarias nº.106, de 11 de fevereiro de 2000 e nº. 1220, de 07 de novembro de 2000 do Ministério da Saúde cria e estabelece os critérios para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais (BRASIL, 2000a, 2000b).

A reabilitação psicossocial é, na essência, a remoção de barreiras que impedem a plena integração da pessoa na sua comunidade, o pleno exercício dos seus direitos e da sua cidadania. Entendemo-la como “a restituição plena dos direitos, das vantagens, das posições que estas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se lhes fossem oferecidas outras condições de vida, nas quais as barreiras fossem atenuadas ou desaparecessem” (BERTOLOTE, 1996, p.156).

Pontuamos alguns avanços ocorridos na assistência psiquiátrica brasileira, desde o final da década de oitenta; porém somente no dia seis de abril de 2001, após mais de dez anos de tramitação, o projeto de lei nº. 3657/89 de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado transformou-se na Lei Federal nº. 10.216, sancionada pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso (BRASIL, 2001b). Essa nova Lei Federal propõe uma assistência à Saúde Mental no Brasil não mais baseada nos hospitais psiquiátricos, dispondo sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais. Estabelece, ainda, direitos dos pacientes, limita e regulamenta as internações psiquiátricas, vem substituir a legislação brasileira de 1934 que tratava, até então, da questão da assistência aos doentes mentais (BRASIL, 1934).

O que acabamos de descrever corrobora as afirmações de Kantorski e Silva (2001) e Barros (1996), citadas para iniciar esse capítulo. A mola propulsora e a sustentação desse movimento para que fosse legalmente instituída a Reforma

Psiquiátrica no Brasil, sem dúvida alguma, foram as diversas contribuições de lutas sociais organizadas, como a do Movimento de Renovação Médica, criado no Rio de Janeiro no ano de 1976, com o propósito de mudar a forma de poder do setor sindical desde 1964. Para Amarante (1997, p.163), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), iniciado em 1978 após uma série de denúncias, por jovens médicos psiquiatras, sobre as precárias condições a que eram submetidos os internos dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, “torna-se o primeiro e mais importante ator de renovação no campo da saúde mental, que vai estabelecer uma agenda para o setor que, sob o título de Reforma Psiquiátrica, introduz a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas”.

Outra contribuição foi a greve no setor público em resposta às 260 demissões de trabalhadores feitas pelo Ministério da Saúde em decorrência das denúncias do MTSM que, em poucos meses, tomou toda a extensão do país, graças à forte adesão de todas as categorias profissionais, ficando conhecida como a “crise da DINSAM”, Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Da mesma forma, as organizações de comissões em vários setores e partes do país entre estudantes, trabalhadores e outros que se interessavam em discutir a situação da assistência psiquiátrica brasileira, “passaram a funcionar como espécie de articulação nacional para o primeiro grande encontro dos trabalhadores da área, que se realizou no Congresso Brasileiro de Psiquiatria” em outubro de 1978 na cidade de Camboriú, Santa Catarina. Esse congresso ficou conhecido como o “Congresso da Abertura” (AMARANTE, 1997, p.164-5).

Essas citações nos dão uma idéia dos passos iniciais da Reforma, porque o processo na realidade é muito mais amplo e abrangente e envolve mais personagens. O que importa, contudo, é saber que, de maneira geral, todas essas e outras iniciativas,

com suas diferenças e singularidades, segundo Amarante (1997), tinham esta agenda comum: superar a prática e os pressupostos teóricos da instituição psiquiátrica tradicional. Todas colocavam na pauta do dia as possibilidades de resgate de histórias, biografias e subjetividade das pessoas com sofrimento mental. Traziam para o debate as questões de cidadania e direitos humanos, com direito a um verdadeiro e digno tratamento.

No Paraná, a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde vêm trabalhando no processo da Reforma Psiquiátrica desde 1994. Encontros têm sido realizados com a participação de profissionais, docentes e usuários da área da Saúde Mental e Psiquiátrica, objetivando a conscientização da necessidade de avanços na implantação e implementação de serviços voltados ao enfoque da interdisciplinaridade, que atendam as pessoas com sofrimento mental em fase aguda e fora dela.

As conferências Estaduais e Municipais também têm-se constituído em espaços para a discussão do tema. O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE (CMS) e a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) (1997) realizaram a I Conferência Municipal de Saúde Mental de Curitiba, cujo tema "Construindo um modelo de atenção à saúde mental em Curitiba" se caracterizou por ser grande fórum de participação com representantes de escolas, hospitais, clínicas e usuários. Essas conferências têm acontecido periodicamente e nelas são discutidas questões sobre recursos humanos, financiamento para as ações e serviços, situação atual da saúde mental e necessidades desse movimento e desencadeiam recomendações que ajudam na organização do Plano de Saúde Mental do Estado e Municípios. Em outubro de 1992 e agosto de 2000 aconteceram em Curitiba respectivamente a II e III Conferências Estaduais de Saúde Mental, realizadas pelo CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE (CES, 1992, 1995). Nas

Comissões de Saúde Mental que integram o CMS e o CES discutem-se questões referentes à assistência ao doente mental e se constituem em espaço de controle social.

O exposto acima também contribuiu para que no Paraná, a exemplo de outros Estados, surgisse a Lei da Reforma Psiquiátrica nº. 11189 de nove de novembro de 1995, bem antes da Lei Federal citada anteriormente (PARANÁ, 1995). A Lei Estadual de autoria do então Deputado Estadual, Florisvaldo Fier, médico pediatra conhecido por doutor Rosinha, e a Lei de sua autoria por Lei Rosinha, trata das condições de internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares a cidadãos com transtornos mentais, como também da gradativa substituição de leitos hospitalares por outras modalidades de atendimento, é outro passo dado pela esfera pública na busca de caminhos para a concretização da Reforma no Estado. Além das estratégias citadas, o Paraná vem implementando ações de saúde mental em vários municípios. Em setembro de 1996, Londrina implantou o Núcleo de Apoio Psicossocial CONVIVER, que funciona 24 horas com oficinas terapêuticas e grupos de convivência (LONDRINA, 1996).

Em setembro de 2000, na 52ª Reunião Ordinária do CES/PR, foi aprovada a Resolução 15/00-CES/PR, instituindo o dia 2 de maio como data comemorativa do Dia Estadual da Saúde Mental. A Comissão Estadual de Saúde Mental do CES reconheceu o 2 de maio de 1944 como marco inicial da Saúde Mental no Paraná, pois naquele dia o médico psiquiatra Arnaldo Gilberti realizou os primeiros atendimentos em Saúde Mental da rede pública, quando foi inaugurado oficialmente o primeiro Ambulatório de Saúde Mental no Estado (PARANÁ, 2000).

Para não perder de vista a importância dessa renovação de pensamentos, concepções e modos de assistir em saúde mental, Gomes (1999) em reportagem ao jornal estadual Gazeta do Povo, em 26 de janeiro de 1999, divulgou algumas

informações a respeito do panorama no Estado. Segundo o autor, no Paraná havia, na época anterior ao início do programa de reintegração iniciado em 1996 pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, cerca de 38000 doentes mentais, abandonados pelos familiares. Muitos desses doentes estavam internados nos hospitais psiquiátricos por longo tempo, caracterizando-os "moradores" ou "asilados". Apesar deles terem condições de conviver com a família e outras pessoas, permaneciam nesses locais pelo fato de não poder contar com alguém pudesse assumir essa responsabilidade de resgate de convívio social.

Em 2002, no projeto piloto da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, em parceria com a Associação Arnaldo Gilberti (organização não-governamental para atendimento de pacientes com transtornos mentais), inaugurou-se a primeira residência terapêutica do Paraná. Essa residência parece ser a primeira resposta à problemática descrita logo acima e são cinco os seus moradores, dois homens e três mulheres, todos com a média 20 anos de internação. Eles começaram a exercer seus direitos de cidadão, escolhendo os móveis e utensílios da casa onde vivem como uma família. Todos os serviços de uma casa comum (cozinhar, lavar, passar, arrumar e cuidar do jardim) são divididos entre seus moradores. As equipes do Programa Saúde da Família da Unidade de Saúde do Bairro, além de um musicoterapeuta, uma psicopedagoga e um "cuidador" acompanham esse processo de reintegração dos ex-moradores de hospital psiquiátrico (CURITIBA, 2002a).

Neste contexto, a política de Saúde Mental do Paraná, segundo relatório da COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO PARANÁ, CESM/PR (2003), segue os princípios do SUS, respeita as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, as Leis Federal n.º 10216/01 e Estadual, n.º 11189/95 e prioriza a construção da rede de atenção integral em saúde mental. Destaca que os princípios e diretrizes do SUS

compreendem: universalização do acesso, integralidade da atenção, equidade, participação e controle social, descentralização da gestão Estadual e Municipal, sendo que os Planos Estaduais e Municipais de Saúde devem contemplar as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade e hierarquização dos serviços. O papel do Estado é de regulador, por meio do controle e avaliação, assistencial e estímulo à mudança do modelo assistencial junto aos municípios. Ao município cabe o processo de municipalização das ações de saúde, incluindo a saúde mental, bem como a gerência de serviços públicos prestadores de serviços de saúde.

A Reforma Psiquiátrica reúne três campos. Imbricados, interagindo sem neutralizar ou sobrepor-se um ao outro, atribui-lhe a característica de processo: o primeiro, que é o campo jurídico, envolve o estabelecimento e cumprimento dos aspectos legais, leis e portarias; o segundo, o campo assistencial, inclui o Modo Psiquiátrico (hospital-doença) e Modo Psicossocial (comunidade-saúde). No campo assistencial ocorre ainda hoje a predominância da assistência enfocada na doença, com internação.

O repensar saberes e práticas, mudando paradigmas, leva a refletir sobre a problemática da saúde e assistência mental ao modo psicossocial, envolvendo a comunidade no entendimento e construção de um modelo de assistência, nos pressupostos da inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com as diferenças. O terceiro campo, o controle social, pode ser alcançado pela mobilização e participação da comunidade nos Conselhos, Comissões e Associações locais, municipais, entre outros.

O cenário do Programa Estadual atualmente mostra-se da seguinte maneira: 19 hospitais psiquiátricos com 4776 leitos, 5 hospitais dia, com 265 vagas e 5 hospitais gerais com 118 leitos psiquiátricos. Destes, 291 leitos integrais são públicos e 4 485 são

privados/filantrópicos. Os Serviços Extra-hospitalares incluem 15 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), distribuídos em nove municípios; 44 ambulatórios de Saúde Mental; duas Residências Terapêuticas em Curitiba e uma Casa de Progressão em Pinhais; oito Associações de Usuários e Familiares, sendo a mais antiga, com nove anos de criação, a Associação Arnaldo Gilberti em parceria com o Centro Psiquiátrico Metropolitano de Curitiba (CPM).

A casa Progressão fica em mediações de um hospital psiquiátrico e destina-se a acolher pacientes internados há mais de um ano e meio e que não foi possível o seu retorno ao seio familiar. Durante algum tempo um "cuidador" orienta-os sobre os cuidados básicos de higiene do corpo e da residência, decisão de horários e roupas a usar, realização das refeições, enfim das coisas simples do cotidiano de qualquer cidadão, mas que para eles foram negadas durante muitos anos. Quando se sentirem mais seguros, podem mudar-se para as Residências Terapêuticas que se situam mais distantes dos locais onde ficaram internados. O tratamento para o controle do transtorno mental passa a ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), próximas às Residências Terapêuticas e um cuidador permanece durante meio período com eles; no restante do tempo, interagem com a comunidade e com os profissionais das UBS.

Vale lembrar que a maioria dessas pessoas não assistiu às grandes e pequenas mudanças gerais ocorridas no mundo nas últimas décadas, como, por exemplo, o surgimento dos supermercados, *Shopings centers*, telefonia celular, computador, transporte coletivo, a variedade de gêneros alimentícios entre outras. A ressocialização não constitui trabalho fácil nem de expectativas exorbitantes; porém como ignorar que são pessoas e que a simples decisão quanto ao horário do banho ou da roupa que se quer vestir dá ao ser humano o sentimento de liberdade e autonomia? Em contato com a presidente da Associação Arnaldo Gilberti, durante uma visita com

alunos do curso Técnico em Enfermagem, ela referiu que nesse período de mais de um ano nenhum dos cinco moradores precisou de internação.

Investir na melhoria da assistência ao doente mental leva a crer que isso poderá refletir na melhora de sua saúde o que, por conseguinte, ensejará ao paciente maior longevidade e qualidade de vida, prerrogativas que deveriam ser asseguradas a todo o cidadão.

O cenário nacional nos mostra que as mudanças vêm acontecendo muito lentamente e com sérias dificuldades, pois envolvem o repensar de todo um processo que, por muitos anos tem acontecido de forma muito limitada, visando quase exclusivamente à internação e que, para a maioria dos pacientes, ocorre em locais distantes do seu meio de convívio. Não é raro encontrar em hospitais pacientes que residem em outra cidade e até em outro Estado, pois muitas localidades não possuem nenhum serviço de atendimento à pessoa com sofrimento mental.

Vislumbra-se acabar com as mazelas do doente mental, tratando-o em ambulatorios, clínicas, bairros e unidades psiquiátricas de hospitais gerais. Idealiza-se um futuro em que os leitos psiquiátricos sejam distribuídos na comunidade, o que é a tendência em alguns países da Europa e também no Brasil (MORGADO e LIMA, 1995). Conquanto toda a mudança ou reforma por si só geram insegurança e *stress*, pois enfrentar o desconhecido implica esses sentimentos peculiares ao ser humano; quando bem analisada e discutida, sua condução tende a ser favorável, desde que as pessoas envolvidas se dediquem com seriedade e afincado a elas.

Muito embora sejam necessárias mudanças no repensar da prática, para que haja avanços no processo de evolução da humanidade, elas deverão refletir uma preocupação com o coletivo, pois mudanças que correspondam a interesses de alguns podem reverter em catástrofes sobre usuários e seus familiares. Isso reafirma os

pressupostos apresentados no início desse trabalho; as questões da saúde mental e da psiquiatria são de responsabilidade de todos, das múltiplas esferas: governamentais, acadêmicas, prestadores de serviços de saúde e comunidade em geral.

Ressalto a importância do preparo e conscientização da família e da coletividade em geral no entendimento do processo saúde e doença mental bem como do aparato para acolher e cuidar desse paciente no domicílio. Tímidas são as iniciativas de trabalho que envolvem os familiares; porém essa é mais uma área em que os profissionais de enfermagem precisam desenvolver habilidades para incluí-la no seu cotidiano. Acredito que as poucas manifestações em praças públicas, com participação de usuários, poder público, estudantes e profissionais de saúde, a exemplo das que acontecem em Curitiba nos dias comemorativos, dia mundial e estadual da saúde mental e da luta antimanicomial, contribuem para a desmistificação e reintegração do doente mental à sociedade.

A Reforma Psiquiátrica, que ora se está processando, não diz respeito exclusivamente a medidas de caráter tecnocientífico ou organizacional, mas representa um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo no campo assistencial, cultural e conceitual (AMARANTE, 1997). Enquanto construção social, ela não se dará apenas com o estabelecimento de leis, mas resultará do contínuo exercício da cidadania, com mudanças no foro íntimo de cada profissional e de cada cidadão.

Feitas essas considerações, no capítulo seguinte descrevo o percurso metodológico, que possibilitou a apreensão do objeto dessa pesquisa: "O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná".

REFERÊNCIAS

ABREU, V.V. Vida. In: JANSSEN-CILAG. **Arte de viver: poesias e pinturas**. São Paulo: Texto Artes Gráficas, 2000.

ALCÂNTARA, G. **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: [s.n.], 1966.

ALENCASTRE, M.B. et al. (Org.). **Estudos sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil**. Ijuí: UNIJUÍ, 2000.

AMARANTE, P. et al. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.163-185.

_____. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

ARANTES, E.C. O ensino do relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 438-446, 1973.

ARANTES, E.C. et al. Relacionamento terapêutico: considerações teóricas e relatos de uma experiência. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 217-223, 1979.

AZEREDO, T.B.G. A enfermagem no Estado do Paraná. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.1, p.47-55, fev.1965.

_____. Histórias da Enfermagem no Paraná. **Coren+PR**. Curitiba, v.1, n.0, abr. 2001.

BARCELLOS, E. Enfermagem psiquiátrica. **Anais de Enfermagem ABED**, São Paulo, v.3, n.1. jan.1951.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70,1977.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica *sub judice***. 1996. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BASAGLIA, F.O. **Mario Tommasini: vida e feitos de um democrata radical**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BAPTISTA, S.S.; BARREIRA, I.A. **A luta da enfermagem por um espaço na universidade**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.

BERTOLETE, J.M. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.155-158.

BORDINHÃO, A. Programa quer fim de confinamento hospitalar. **Folha de Londrina**, Londrina, p.7, 30 jul. 2003.

BRAGA, V.A.B. **A enfermagem e a disciplina enfermagem psiquiátrica**: visão da aluna. 1993. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BRAGA, V.A.B. **O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará e a reforma psiquiátrica**: avanços e recuos. 1998. 163f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BRASIL, Decreto-Lei n. 24559 de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, assistência e a proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, à fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Atos do governo provisório**, Rio de Janeiro, 1934. p.351-360.

BRASIL. Portaria n. 189 de 19 de novembro de 1991. Aprova os grupos de procedimentos da tabela do SIH-SUS. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>. Acesso em: 7 nov. 2002.

BRASIL. Portaria n. 224 de 09 de janeiro de 1992. Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar de Saúde Mental. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n.9, 30jan. 1992, Seção 1, p.1167-1170.

BRASIL. Portaria n. 1721, de 15 de dezembro de 1994. Fixa os mínimos conteúdos e duração do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, n.238, 16dez. 1994, Seção 1, p.19801.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/comite_etica/resolucao.htm>. Acesso em: 3 nov. 2002.

BRASIL. Lei n. 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/home/legislacao/default.shtm>>. Acesso em: 03 nov. 2002.

BRASIL. Portaria n. 106 de 11 de fevereiro de 2000a. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>. Acesso em: 7 nov. 2002.

BRASIL. Portaria n. 1.220 de 7 de novembro de 2000b. Cria nas tabelas de Serviços e de Classificação de Serviços do SAI/SUS, o serviço e a classificação do Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental a pacientes psiquiátricos com longa permanência hospitalar. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/2000>>. Acesso em: 20 nov. 2004.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES 3 de 7 de novembro de 2001a. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p.37.

BRASIL, Lei n. 10216 de 6 de abril de 2001b. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>. Acesso em: 7 nov. 2002.

BRASIL, Portaria n. 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>. Acesso em: 7 nov. 2002.

BRASIL, Ministério da Educação – ME. Cadastro das instituições de educação superior. Disponível em: <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp>. Acesso em: 20 set. 2002.

CARMO, D.R. **Contribuição ao estudo da integração na família de pacientes egressos de hospitais psiquiátricos**. 1981. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CARMO, D.R. **Avaliação de um programa de alcoolismo em universidade pública**: enfoque na satisfação dos usuários enquanto medida de uma referência terapêutica. 2002. 300f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CHRISTOPHORO, R. ; WAIDMAN, M.A.P. Estresse e condições de trabalho: um estudo com docentes do curso de enfermagem da UEM, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**, Maringá, v.24, n.3, p. 757-763, 2002.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, CES. Relatório da II Conferência Estadual de Saúde Mental do Paraná. Curitiba, 1992. Digitado.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, CES. Relatório da III Conferência Estadual de Saúde Mental do Paraná. Curitiba, 1995. Digitado.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, CMS. ; SECRETARIA MUNICIAPL DE SAÚDE, SMS. Relatório da I Conferência Municipal de Saúde Mental de Curitiba. Curitiba, 1997. Digitado.

CONSTANTINO, L. ; GOIS, A. Número de faculdades privadas crescem 45%. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 3ago. 2003. Folha Cotidiano, p.C1.

CORREIA, V.R. **Internação psiquiátrica na região de Ribeirão Preto no período de 1989 a 1993**. 1998. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL DO PARANÁ, CESP/PR. Relatório do programa estadual de saúde mental. Curitiba, 2003. Digitado.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p.51-56.

CURITIBA inaugura primeira residência terapêutica do Paraná. **Folha do Bacacheri**, Curitiba, 2002a, 2ª quinzena de outubro. p.10

CURITIBA. Prefeitura Municipal. **Lições Curitibanas**. Curitiba, 1994.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. **Saúde mental em Curitiba: protocolo integrado**. Curitiba, 2002b.

DIAS, T.A. **Fatores determinantes de satisfação nas relações de trabalho entre enfermeiros do hospital regional de cascavel (HRC)**. 1999. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DURMAN, S. **Enfermeiros assistenciais construindo a relação de ajuda terapêutica em hospital geral**. 2000. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FALLEIROS, M. N. R. B. **Travessia para o amanhã: relacionamento interpessoal terapêutico com o doente mental crônico**. 1996. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FERNANDES, J.D. O ensino da enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil. 1982. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador.

FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1993.

FUREGATO, A.R. Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto: Scala, 1999.

GATTÁS, M.L.B. O relacionamento de pessoa a pessoa – vivência da enfermeira com pacientes psiquiátricos em unidade de hospital geral. 1981. 215f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

GIL-MERLOS, A.S. **Aceitação e rejeição do alcoolismo**: um estudo com alunos de enfermagem. 1985. 63f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GOIS, A. 'Democratização do ensino', diz ex-ministro. **Folha de São Paulo**, 3 ago. 2003, Folha Cotidiano, C.3.

GOLDBERG, J. Reabilitação como processo – o centro de atenção psicossocial-CAPS. In: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p.33-47.

GOMES E.L.R. **Administração em enfermagem**: constituição histórico-social do conhecimento. 1991. 188f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GOMES, M.V. Paraná tem 38 mil doentes mentais abandonados. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 26jan. 1999. p.4.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 4ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p.67-79.

GONÇALVES JR, A.J. Universidade Federal do Paraná: um edifício e sua história. **Boletim Informativo da Casa Romário Martins**, Curitiba, v.24, n.122, dez. 1997

HORTA, W.A. Subsídio para a história da enfermagem no Estado do Paraná. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, n.28, p.60-64, 1975

IBGE. Censo demográfico de 2000. Disponível em: <<http://www1.ibge.gov.br/censo/default.php>>. Acesso em: 28 out. 2002.

KANTORSKI, L.P. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. 1998. 214f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

KANTORSKI, L.P.; SILVA, G.B. **Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica**. Pelotas: Editora Universitária – UFPel, 2001.

KAPLAN, H.I. ; SADOCK, B.I. **Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais**. 6.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar**. 1997. 90f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

KOGA, M. **Programa Saúde da Família de Maringá: a opinião sobre a atenção à saúde mental**. 2003. 70f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

KRAUSE, L.T. **Como acontecia o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica na década de 60**. Entrevista concedida. Egressa da turma 1960-62 da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2004.

LEITE, S.M.S. **Equipe de enfermagem: percepções sobre o paciente psiquiátrico, a doença mental e a assistência de enfermagem**. 2002. 113f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Serviço presta atendimento 24 horas. **Boletim Informativo da Saúde**, Londrina, ago./set. 1996.

LÜDKE, M. ; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, R.C.B.R. **Validação do índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers para a população geral do município de Londrina**. 2000. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MAFTUM, M.A. **A comunicação terapêutica vivenciada por alunos do curso técnico em enfermagem**. 2000. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MAGALHÃES, L.B. ; CARZINO, E.P. O perfil dos alunos da primeira turma de enfermagem da Universidade Tuiuti do Paraná. **Tuiuti Ciência e Cultura**, Curitiba, n.26, p.109-122, jan. 2002.

MEIRA, J.L. et al. **O serviço de enfermagem do hospital de clínicas**: aspectos evolutivos de sua história. 1986. 210f. Monografia (Especialização em Enfermagem) – Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

MILES, A. **O doente mental na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. (Org.). **Pesquisa social** – teoria, método e criatividade. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

MINZONI, M.A. **Assistência de enfermagem psiquiátrica**: estudo da situação num município paulista. 1971. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

_____. Uma conceituação de enfermagem psiquiátrica: estudo das funções da enfermeira com pacientes internados. **Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana**, Washington, v.87, p.50-57, 1979.

_____. Atitudes do profissional de enfermagem frente à pessoa que requer ajuda. **Arquivos da Clínica Pinel**. v.7, n.1, p.41-46, mar. 1981.

MINZONI, M.A. et al. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: a busca de uma posição. **Enfermagem em Novas Dimensões**, v.3, n.6, p.350-355, 1977.

MIRANDA, C.L. **O parentesco imaginário**: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez, 1994.

MIRON, V.L. et al. Região Sul. In: ALENCASTRE, M.B. (Org.). **Estudos sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil**. Ijuí: UNIJUÍ, 2000. p.110-144.

MORGADO, A. ; LIMA, L.A. Asilo e hospital psiquiátrico: ainda são necessários na era da saúde mental comunitária? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.44, n.11, p.551-558, nov. 1995.

NICÁCIO, F. (Org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

NICÁCIO, F. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A. (Dir.) **Saúde Loucura**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, [199-]. p.92-108.

OULÈS, J. **Neurologia e psiquiatria para enfermeiros**. São Paulo: Andrei, 1985.

PARANÁ. Lei n. 11189 de 09 de novembro de 1995. Dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cidadãos com transtornos mentais. **Diário Oficial do Estado do Paraná**, Curitiba, n.4632, p.76-77, 10 nov. 1995.

PARANÁ. Resolução CES/PR n. 15 de 13 de setembro de 2000. Considerar como data comemorativa, o "Dia Estadual de Saúde Mental", no dia 02 de maio. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br.htm>>. Acesso em: 1 set. 2003.

PEPLAU, H.E. **Interpersonal relations in nursing**. New York: G.P. Putnam's Sons; 1952.

PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

PIZANI, M.A.P.N. **Os caminhos do ensino de graduação em enfermagem na cidade de Curitiba, de 1953 a 1994**. 1999. 228f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

POLIT, D.F. ; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PONTES, P.A.R. et al. Reforma psiquiátrica no Ceará: tópicos de caracterização dos novos serviços. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.48, n.3, p.297-303, jul./set.1995.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ. **Manual do curso de enfermagem**. Curitiba, 1997.

REINALDO, A.M.S. ; ROCHA, R.M. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.4, n.2, p. 36-41, 2002. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_2/visita.html>. Acesso em: 1 set. 2003.

RICHARDSON, R.J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIBEIRO, E.C.O. ; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação**, n.12, p.39-44, jul. 1996.

ROCHA, R.M. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.

RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem de saúde mental para mulheres em crise acidental**. 1986. 140f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

_____. **Enfermagem psiquiátrica** – saúde mental: prevenção e intervenção. São Paulo: EPU, 1996.

RODRIGUES, J. ; SCÓZ, T.M.X. Muros nas mentes: obstáculo da reforma psiquiátrica. **Nursing**, São Paulo. v.65, n.6, p.29-34, out. 2003.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990. p.89-99.

SCHMIDT, M.A.M.S. **Histórias do cotidiano paranaense**. Curitiba: Letra Viva. 1996.

SCHNEIDER, J.F. **A temporalidade do ser denominado esquizofrênico, fora de suas crises**. 1995. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

_____. **Ser-família de esquizofrênico** – hermenêutica de discursos fundamentada em Martin Heidegger. 1999. 153. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SERAPHIM, G.B. Revisitando a enfermagem na Universidade Federal do Paraná e a revista cogitare enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.1, p.99-102, jan./jun. 1996.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, M.J.P.; BELASCO JR. D. Ensinando o toque terapêutico: relato de uma experiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n. esp., p.91-100, abr. 1996.

SOUZA M.C.B.M. **Estudo bibliográfico da produção da enfermagem psiquiátrica no Brasil no período de 1932 a 1993**. 1995. 201f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

SOUZA M.C.B.M. **Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto**: caracterização, formação e atuação. 1999. 179f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

STEFANELLI, M.C. Importância do processo de comunicação na assistência de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.15, n.3, p.239-245, 1981.

_____. **Ensino de técnicas de comunicação terapêutica enfermeira-paciente**. 1985, 163f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

_____. **Comunicação com paciente: teoria e ensino**. 2.ed. São Paulo: Robe, 1993.

STEFANELLI, M.C. ; ARANTES, E.C. Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente e comunicação terapêutica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.5, n.1, p. 42-44, jan./mar. 1985.

STRAUSS, L.R. Dívidas e evasão crescem na rede privada. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 23 ago. 2003. Folha Cotidiano, p.C1.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiátrica: el proceso de la relación persona a persona**. Cali: Carvajal, 1979.

_____. **Intervención en enfermería psiquiátrica: el proceso de la relación persona a persona**. Colombia: OMS, 1982.

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

TUMA, M.M.P. **Viver é descobrir – história - geografia: Paraná**. São Paulo: FTD, 1992.

TURKIEWICZ, M. **História da enfermagem**. Curitiba, 1988. Mimeografado.

UFPR. Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPE). Resolução n. 23 de 2001. Disponível em: <<http://www.ufpr.br/soc/pdf/cepe/cepe2301.pdf>>. Acesso em: 29 de ago. 2004.

WAIDMAN, M.A.P. **Enfermeira e Família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental**. 1998. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

AXILINE, V.M. **Dibs**: em busca de si mesmo. 13.ed. Rio de Janeiro: Agir, 1986.

CARRANO, A. **Canto dos malditos**. Curitiba: Scientia et Labor/UFPR, 1990.

DEFOE, D. **Moll Flanders**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

GREEN, H. **Nunca lhe prometi um jardim de rosas**. 4.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987.

JAMISON, K.R. **Uma mente inquieta**: memórias de loucura e instabilidade de humor. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MCCULLOUGH, C. **Tim**. São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

VASCONCELOS, J.M. **Rosinha, minha canoa**. 9 ed. São Paulo: Melhoramentos, 1969.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFESSORES DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Data: ____/____/____.

1 IDENTIFICAÇÃO

1.1 Caracterização da Instituição

Nome da Instituição: _____

Nome da mantenedora: _____

Município: _____

Outros campi: _____ Município: _____

1.2 Sistema Institucional

Público Federal () Público Estadual () Filantrópico () Particular ()

Outro () Qual? _____

2 CARACTERIZAÇÃO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

2.1 Data da criação do curso: _____

2.2 Sistema de ingresso do aluno no curso (anual, semestral, em que época do ano).

anual () época do ano: _____ semestral () época do ano: _____

Se anual, quantos ingressam no ano: _____

Se semestral, quantos ingressam no primeiro semestre: _____ e no segundo semestre: _____

2.3 Número de docentes de enfermagem na instituição.

2.3.1 Efetivo: _____ Substituto: _____

2.4 Número de docentes na área.

2.4.1 Efetivo: _____ Substituto: _____

2.5 Regime de contratação da instituição.

Dedicação Exclusiva (DE): _____

Parcial: 40 horas: _____ 20 horas: _____ Horista: _____ Outros: _____

2.6 Há professores afastados? sim () não ()

Se sim (por favor, relate o motivo).

2.7 Há programas de pós-graduação na área de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica? sim () não ()

Em caso afirmativo,

() *lato sensu* – nome do curso/modalidade/duração

() *stricto sensu* – nome do curso/nível

2.8 É desenvolvido projeto de extensão na área? sim () não ()

Em caso afirmativo, descreva sucintamente o tipo de projeto e as atividades realizadas.

3 DADOS DOS DOCENTES ENTREVISTADOS

3.1 Identificação

3.1.1 Nome: _____

3.1.2 Endereço: _____

Município: _____ CEP: _____ Tel () _____

Email: _____

3.1.3 Idade: _____; Sexo: F () M ()

3.1.4 Há quanto tempo atua nessa área?

Na docência _____

Na assistência _____

3.2 Formação de graduação

3.2.1 Nome da Escola _____

3.2.2 Ano de conclusão: _____

3.2.3 Nome da Instituição: _____

3.2.4 O currículo contemplava disciplina da área.

Enfermagem Psiquiátrica? Sim () Não ()

Enfermagem em Saúde Mental? Sim () Não ()

Outra _____ Qual? _____

3.3 Titulação

3.3.1 Doutorado () ano: _____

Instituição: _____

Título do Trabalho: _____

Área da Enfermagem: Sim () Não () Qual _____

Área da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Sim () Não ()

Compreende Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Sim () Não ()

3.3.2 Mestrado () ano: _____

Instituição: _____

Título do Trabalho: _____

Área da Enfermagem. Sim () Não () Qual _____

Área da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Sim () Não ()

Compreende Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Sim () Não ()

3.3.3 Residência () ano: _____

Instituição: _____

Nome da residência: _____

Área da Enfermagem. Sim () Não () Qual _____

Área da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Sim () Não ()

Compreende Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Sim () Não ()

3.3.4 Especialização () ano: _____

Instituição: _____

Nome da especialização: _____

Área da Enfermagem. Sim () Não () Qual _____

Área da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Sim () Não ()

Compreende Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Sim () Não ()

3.3.5 Aperfeiçoamento com no mínimo 180 h () ano: _____

Instituição: _____

Nome: _____

Área da Enfermagem. Sim () Não () Qual _____

Área da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Sim () Não ()

Compreende Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.: Sim () Não ()

4 QUESTÃO NORTEADORA

Faça um relato da sua prática como docente da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, como se deu a sua aproximação com a disciplina, como a vivência em sua instituição, descrevendo fatos e datas que considera importantes.

5. ACRESCENTE AO SEU RELATO AS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIAS.

APÊNDICE B

SOLICITAÇÃO DE ACESSO AOS PLANOS DE CURSOS E DISCIPLINAS E PARA ENTREVISTA COM OS PROFESSORES

Curitiba, de de 2002.

Prezado Senhor (a)

Venho solicitar a Vossa Senhoria permissão para coletar dados com o objetivo de realizar um Trabalho de Pesquisa sobre o Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica no Paraná. Meu nome é Mariluci Alves Maftum, enfermeira, docente da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica na Escola Técnica da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e aluna do curso de Doutorado em Enfermagem do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem das Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto (EERP-USP).

Os dados vão compreender a caracterização da instituição, do curso e da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Incluem ainda aspectos da prática dos docentes da referida disciplina, que serão obtidos mediante entrevistas semi-estruturadas a serem realizadas com os professores após todos os esclarecimentos necessários e consentimento por escrito no documento próprio.

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

Concluída a tese, proponho-me a disponibilizar cópias na Biblioteca da EERP-USP e na Biblioteca Central da UFPR e também em enviar um exemplar a Vossa Senhoria.

Gostaria de poder contar com sua participação e cooperação, pois o êxito deste trabalho dependerá sobremaneira disso. Assim, peço a gentileza de assinar e devolver-me no envelope selado (anexo), no máximo até 20 de outubro, para que eu possa submeter o projeto à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP).

Atenciosamente.

Mariluci Alves Maftum
COREN-PR 36376

Ao Sr. (a)

D.D. Coordenador (a) do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade ...

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Eu, _____, docente da instituição de ensino _____ autorizo Mariluci Alves Maftum, aluna do Curso de Doutorado do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem das Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto (USP), a coletar dados referentes a essa Instituição, no Curso de Graduação em Enfermagem, no concernente à Disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como a entrevistar os docentes da referida disciplina sobre sua prática profissional. Os dados destinam-se ao trabalho de pesquisa que Mariluci está desenvolvendo. Este trabalho trata do Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica no Paraná. A entrevista com os docentes e a gravação das informações em fitas magnéticas somente poderão ser realizadas após consentimento escrito de cada um dos participantes.

Curitiba, _____ de _____ 2002.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/Res. 196/96

Eu _____ concordo em participar do trabalho de pesquisa sobre o Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica no Paraná, que está sendo desenvolvido por Mariluci Alves Maftum, aluna do Curso de Doutorado do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Participarei de encontros previamente agendados, nos quais serei inquirida sobre minha prática profissional, bem como sobre a viabilização dos planos de ensino da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A gravação dos nossos encontros só acontecerá quando autorizada por mim; nesse caso, o conteúdo das fitas poderá ser transcrito pela pesquisadora, desde que sejam mantidos o sigilo e o anonimato.

Estou ciente de que os benefícios que terei decorrentes de minha participação não serão financeiros, mas pessoais; da mesma maneira, compreendo que não terei qualquer ônus.

Minha participação nesse trabalho é voluntária e fui informada de que a qualquer momento poderei interrompê-la, se assim o desejar.

1. Concordo em participar do estudo ☐ sim ☐ não
2. Concordo com a gravação dos nossos encontros em fitas magnéticas, desde seja mantido o sigilo e anonimato ☐ sim ☐ não
3. Concordo que se façam anotações sobre nossos encontros. ☐ sim ☐ não

Assino esse termo de consentimento, após ter discutido a proposta de trabalho e conhecido os passos que serão seguidos e esclarecidas minhas dúvidas.

Curitiba, _____ de _____ 2002.