

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E INVOLUNTÁRIA  
NA COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS ATUANTES  
EM SAÚDE MENTAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Mariane da Silva Xavier**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**

**INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E INVOLUNTÁRIA NA  
COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS ATUANTES EM  
SAÚDE MENTAL**

**Por**

**Mariane da Silva Xavier**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

DA SILVA XAVIER, MARIANE  
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E INVOLUNTÁRIA NA COMPREENSÃO  
DE ENFERMEIROS ATUANTES EM SAÚDE MENTAL / MARIANE DA  
SILVA XAVIER. -2015.  
78 p.; 30cm

Orientadora: MARLENE GOMES TERRA  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Internação Compulsória de Doente Mental 2. Reforma  
dos Serviços de Saúde 3. Saúde Mental 4. Enfermagem I.  
GOMES TERRA, MARLENE II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM


A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de  
Mestrado

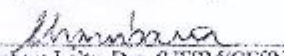
INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E INVOLUNTÁRIA NA  
COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS ATUANTES  
EM SAÚDE MENTAL

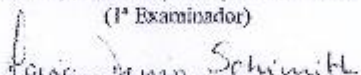
elaborada por  
Mariane da Silva Xavier

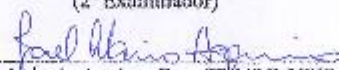
como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

  
Marlene Gomes Terra, Dra. (UFSM)  
(Presidente/Orientador)

  
Marinês Tambora Leite, Dra. (UFSM/CESNORS)  
(1º Examinador)

  
Maria Denise Schmitt, Dra. (UFSM)  
(2º Examinador)

  
Jacl Maria de Aquino, Dra. (FENSG-UIPE)  
(Suplente)

Santa Maria, 27 de Março de 2015

## DEDICATÓRIA

### **Dedico este estudo:**

A minha família, em especial aos meus **pais Suzete da Silva Xavier e Ivan dos Santos Xavier** pelo incentivo desde a infância, pelos esforços e momentos que tiveram que abdicar de coisas para eles em prol da minha educação, pelo amor incondicional, pelos ensinamentos, por serem minha base forte. Por me ensinarem que mesmo que eu venha a possuir todos os títulos acadêmicos possíveis de serem alcançados, jamais devo perder a humildade.

A minha **irmã Amanda da Silva Xavier** e meu **cunhado Bruno Eduardo Ribeiro** pelo carinho, apoio e incentivo, por me acolherem em seu lar de forma atenciosa quando necessitei.

Ao meu **noivo e amigo Diego Rosa Botega** pelo amor, carinho, atenção, incentivo e por me proporcionar um lar acolhedor para que eu pudesse dar continuidade a minha trajetória acadêmica.

A minha **tia e madrinha Maria Medianeira Santos da Silva**, por ser uma segunda mãe, pelo amor incondicional, carinho, apoio e incentivo.

Aos meus **avós, Aura Santos da Silva e Mario Rodrigues da Silva**, pelo carinho, amor e incentivo desde minha infância.

A minha querida **amiga Cristiane Trivisiol da Silva**, pela sincera amizade que nem a distância pode enfraquecer, pelo carinho, pelas trocas de conhecimentos, por sempre ter uma palavra acolhedora e de incentivo. Pelos momentos vividos.

## AGRADECIMENTOS

### Gostaria de agradecer:

A **Deus** e aos guias espirituais pela base através da fé.

A **Universidade Federal de Santa Maria**, na qual realizei minha formação acadêmica desde o Curso de Graduação até o Curso de Mestrado em Enfermagem.

A **Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES)** pela concessão da bolsa de estudos durante a minha formação no Curso de Mestrado.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)** pela formação, o meu reconhecimento pela dedicação da Coordenação do Programa **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Stela Maris de Mello Padoin** e **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra** e dos Docentes Permanentes e Colaboradores, bem como pela presteza e seriedade do Secretário do Programa **Girlei Dario Zemolin Teixeira**, os meus sinceros agradecimentos.

Aos **membros do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas Família e Sociedade – PEFAS** da UFSM: docentes, estudantes da Graduação e da Pós-Graduação em Enfermagem, profissionais da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde, e profissionais dos serviços de Saúde Mental do município de Santa Maria por ter sido um espaço de constante construção e trocas de conhecimento.

A minha orientadora **Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra** pelos anos de aprendizado desde o Curso de Graduação até o Curso de Mestrado.

Aos **amigos e familiares** que estiveram ao meu lado acompanhando-me em minha trajetória acadêmica e apoiando-me.

As minhas colegas e amigas **Keity Laís Siepmann Soccol, Daiana Foggato de Siqueira** e **Valquíria Toledo Souto** pelos anos de convivência, pela amizade, apoio, incentivo, companheirismo e trocas de conhecimento.

Aos **profissionais Enfermeiros**, participantes desta pesquisa, o meu reconhecimento e agradecimento.

Aos **colegas, mestrandos**, pelos momentos vividos e pelo enriquecimento nas trocas de aprendizagem.

Aos **docentes, membros da Comissão Examinadora do meu Exame de Qualificação e de Defesa de Dissertação**, o meu agradecimento pelas contribuições.

*“O grande mérito do processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica está no fato de, em vez de tratar de doenças, tratar de sujeitos concretos, pessoas reais. Lida, portanto, com questões de cidadania, de inclusão social, de solidariedade e, por isso, não é um processo do qual participam apenas profissionais da saúde, mas também muitos outros atores sociais”*

*(AMARANTE, 2006, p.30).*

## RESUMO

Projeto de Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

### INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E INVOLUNTÁRIA NA COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS ATUANTES EM SAÚDE MENTAL

AUTORA: Enfa. Mda. MARIANE DA SILVA XAVIER

ORIENTADORA: Profa. Dra. MARLENE GOMES TERRA

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 27 de março de 2015.

O histórico da saúde mental tem sido marcado pela discriminação, exclusão e afastamento das pessoas com transtorno mental da sociedade. Neste sentido, tem-se como objetivo, analisar a compreensão de enfermeiros atuantes em saúde mental acerca das internações compulsórias e involuntárias propostas pela Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, realizada em unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais e serviços substitutivos na área de saúde mental do Sistema Único de Saúde no município de Santa Maria. A coleta de dados ocorreu de março a maio de 2014, por meio de entrevista semi-estruturada com pergunta aberta, desenvolvida de forma individual e gravada, em uma sala reservada nos referidos serviços com oito enfermeiros atuantes em saúde mental. Para tanto, realizou-se a seguinte questão: qual seu entendimento de internação compulsória e involuntária? Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo e organizados com auxílio do Software Atlas Ti 7.0 (*Qualitative Research and Solutions*), inspirou-se no referencial teórico de Paulo Amarante.. Foram respeitados todos os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos pautados na Resolução N° 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Da análise dos achados a partir da leitura do conteúdo das entrevistas, emergiram duas categorias: internações compulsórias e involuntárias: compreensão dos enfermeiros atuantes em saúde mental; e, internação compulsória e involuntária no cotidiano profissional do enfermeiro atuante em saúde mental. Os resultados evidenciaram que os enfermeiros compreendem as internações compulsórias e involuntárias como algo que deve ser visto além da doença, pois fatores sociais, econômicos, familiares quando se encontram em desequilíbrio podem acarretar em uma internação. Compreendem que a Lei da Reforma Psiquiátrica trouxe mudanças na assistência em saúde mental, porém ainda não está totalmente de acordo com os ideais da Lei, pois as mudanças se situam mais especificamente nos serviços não chegando à comunidade, sendo a fragmentação da Rede de Atenção Psicossocial um dos desafios para que se alcance o ideal. Outro desafio apontado pelos enfermeiros são as reinternações pela precária aderência dos usuários aos serviços substitutivos. Além disso, os enfermeiros procuram estabelecer uma comunicação com o judiciário em uma tentativa de reduzir as internações compulsórias. Os enfermeiros sabem diferenciar os diferentes tipos de internação, sendo que as internações compulsórias e involuntárias a partir da compreensão dos enfermeiros não se mostram efetivas, mas em situações de crise ainda são o recurso mais utilizado. Entre os sentimentos que esses dois tipos de internação despertam nos enfermeiros estão o sentimento de satisfação quando conseguem evitar as internações e o de frustração quando não conseguem. Conclui-se que para que haja uma desinstitucionalização, além da constituição de uma Rede de Atenção Psicossocial contínua e resolutiva é necessário sobrepujar as reinternações que geram o fenômeno denominado *revolving-door* ou porta-giratória.

**Descritores:** Internação Compulsória de Doente Mental. Reforma dos Serviços de Saúde. Saúde Mental. Enfermagem



## **ABSTRACT**

Master's Dissertation  
Graduate Program in Nursing  
Federal University of Santa Maria

### **COMPULSORY AND INVOLUNTARY ADMISSION IN THE UNDERSTANDING OF ACTIVE NURSES IN MENTAL HEALTH**

AUTHOR: Enfa. Mda. MARIANE DA SILVA XAVIER

ADVISER: Profa. Dra. MARLENE GOMES TERRA

Date and Place of Defence: Santa Maria, March 27, 2015.

The historical of the mental health has been marked by the discrimination, exclusion and removal of the persons with mental upset of the society. In this sense, one has like objective, to analyses the understanding of active nurses in mental health about the compulsory admissions and involuntary proposals for the Law of the Brazilian Psychiatric Reform. It is the question of an exploratory-descriptive inquiry with qualitative approach carried out in unities of psychiatric admission in general hospitals and services substitutive in the area of mental health of the Only System of Health in the local authority of Saint Maria. The data collection took place of March to May of 2014, through interview semi-structured with open question, developed in individual and carved form, in a room reserved in the above-mentioned services with eight active nurses in mental health. For so much, the next question happened: which his understanding of compulsory and involuntary admission? The data were subjected to the Analysis of Content and 7.0 (Qualitative Research and Solutions) organized with help of the Software Atlas You, it was inspired in the theoretical referential system of Paulo Amarante. They were respected all the aspects ethical of the inquiries with human beings ruled in the Resolution N. 466 of 2012 of the National Council of Health. Of the analysis of the finds from the reading of the content of the interviews, two categories surfaced: compulsory and involuntary admissions: understanding of the active nurses in mental health; and, compulsory and involuntary admission in the professional daily life of the active nurse in mental health. The results showed up that the nurses understand the compulsory and involuntary admissions as something that must be seen besides the disease, since social, economic, familiar factors when they are in imbalance can bring in an admission. They understand that the Law of the Psychiatric Reform brought changes in the presence in mental health, however it is still not totally in accordance with the ideals of the Law, since the changes are situated more specifically in the services without reaching the community, being the fragmentation of the Net of Attention Psychosocial one of the challenges so that the ideal is reached. Another challenge pointed by the nurses there are the readmissions for the precarious adherence of the users to the services substitutive. Besides, the nurses try to establish a communication with the judicial thing in an attempt of reducing the compulsory admissions. The nurses can differentiate the different types of admission, being that the compulsory and involuntary admissions from the understanding of the nurses do not appear effective, but in crisis situations there are still the most used resource. Between the feelings that these two types of admission wake in the nurses they are the satisfaction feeling when they manage to avoid the admissions and it of frustration when they do not manage. It is ended that so that there is a desinstitucionalização, besides the constitution of a Net of Attention continuous and resolute Psychosocial it is necessary to surpass the readmissions that produce the so-called phenomenon revolving-door.

**Key words:** Commitment of Mentally Ill..Health Care Reform. Mental Health. Nursing

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - As quatro dimensões (campos) da Reforma Psiquiátrica.....	27
<b>Figura 2</b> - Convite para participação como sujeito da pesquisa.....	35
<b>Figura 3</b> - Utilizando o Software Atlas Ti 7.0 (Qualitative Research and Solutions).....	39
<b>Figura 4</b> - Rede de Atenção Psicossocial segundo o Ministério da Saúde.....	51
<b>Figura 5</b> - Rede de Atenção Psicossocial na concepção do Conselho Federal de Psicologia.....	52

## **LISTA DE SIGLAS**

**ABRASME** – Associação Brasileira de Saúde Mental

**CFP** – Conselho Federal de Psicologia

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior

**CEBES** – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

**CEP** – Comitê de Ética e Pesquisa

**DEP** – Direção de Ensino e Pesquisa

**FIEX** - Fundo de Incentivo à Extensão

**FIOCRUZ** - Fundação Oswaldo Cruz

**FIPE** – Fundo de Incentivo à Pesquisa

**GAP** – Gabinete de Apoio de Projetos

**GP PEFAS** - Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade

**HUSM** – Hospital Universitário de Santa Maria

**MP3** – MPEG-1/2 Audio Layer3 (reprodutor de áudio)

**NAPS** – Núcleo de Atenção Psicossocial

**NEPE** – Núcleo de Educação Permanente

**PS** – Pronto Socorro

**RAPS** – Rede de Atenção Psicossocial

**RS** – Rio Grande do Sul

**SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**SEFAS** - Associação Franciscana de Assistência à Saúde

**TC** – Termo de Confidencialidade

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFMS** – Universidade Federal de Santa Maria

**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
1.1 O Princípio de uma psiquiatria com bases pautadas no isolamento social .....	17
1.2 História da Psiquiatria no Brasil .....	18
1.3 A enfermagem no contexto da psiquiatria .....	23
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>26</b>
2.1 Dimensão teórico-conceitual.....	27
2.2 Dimensão técnico-assistencial.....	28
2.3 Dimensão jurídico-político .....	28
2.4 Dimensão sócio-cultural.....	29
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....</b>	<b>30</b>
3.1 Tipo de estudo.....	30
3.2 Cenário de pesquisa .....	31
3.3 Participantes da pesquisa .....	34
3.4 Entrevista como forma de coleta de dados.....	35
3.5 Análise e Interpretação dos dados .....	37
3.6 Dimensão Ética .....	40
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>42</b>
4.1 Internações compulsórias e involuntárias: compreensão dos enfermeiros atuantes em saúde mental .....	43
4.2 Internação compulsória e involuntária no cotidiano profissional do enfermeiro atuante em saúde mental .....	55
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>71</b>
<b>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>72</b>
<b>Apêndice B – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA .....</b>	<b>74</b>
<b>Apêndice C – Termo de Confidencialidade.....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>76</b>
<b>Anexo A – Carta de aprovação do Comitê de Ética .....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição brasileira de 1988 e homologado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90, tem, como princípios doutrinários, a universalização e a equidade do acesso aos serviços de saúde, além da integralidade na assistência. Como princípios organizativos, definem-se a descentralização da gestão para os municípios, a regionalização e a hierarquização dos serviços, a resolutividade em todos os níveis de atenção e a participação social na formulação das políticas públicas de saúde e no controle de sua execução (BRASIL, 1990). Entre as políticas do SUS, tem-se a Política Nacional de Saúde Mental a qual está apoiada na Lei nº 10.216/01 (Lei da Reforma Psiquiátrica), que busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto, que garanta a livre circulação dos usuários<sup>1</sup> pelos serviços, comunidade e cidade, bem como promova cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece (BRASIL, 2001).

Seguindo essa linha de pensamento, a compreensão do ser humano em seu processo existencial proposta a partir da Reforma Psiquiátrica contribuiu para a saúde mental conceber o usuário em sua existência-sofrimento, e não mais somente sob um diagnóstico. Nesta esteira, a saúde mental, assume um compromisso ético-político que busca o cuidado do usuário por meio do respeito a sua singularidade e reinserção social, além de um cuidado humanizado como preconiza a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).

O histórico da saúde mental tem sido pautado na exclusão e afastamento dos usuários, não para que pudessem ser tratados, mas sim isolados e, dessa forma, não ocasionarem desordem ou algum tipo de violação no contexto e na ordem social. Para tanto, sucediam internações sem o consentimento dos mesmos com a finalidade de observá-los e medicalizá-los, ocasionando conflitos em relação ao direito de liberdade e o direito à vida digna.

Segundo Foucault (2004), no século XVII ocorreu a chamada “grande internação”, quando quem fazia parte do mundo da loucura, vivenciou o mundo da exclusão social, com a construção, por toda a Europa, de vários estabelecimentos de internamento, constituindo um espaço de correção e reclusão. Essas casas eram destinadas a receber não só os loucos, mas também os leprosos, os libertinos, os denominados vagabundos, as prostitutas e os ladrões. Engendrada em meio a questões políticas, econômicas, sociais e morais, a criação desses

---

<sup>1</sup>Não existem novas verdades assim, não teríamos uma forma exata e correta para denominar quem possui uma patologia psiquiátrica. Entretanto, a palavra “usuário” parece ser adequada quando não utilizada como sinônimo da palavra “paciente”, a qual sugere ênfase na doença. Utilizou-se a denominação “usuário”, buscando destacar a importância da participação social nos cenários de saúde mental (AMARANTE, 2012).

estabelecimentos delimitou o momento em que a loucura foi percebida no horizonte da pobreza e da incapacidade para o trabalho, identificando-se como um problema social.

Nesse sentido, a Lei da Reforma Psiquiátrica redireciona esse histórico na busca de um cuidado ampliado, tendo como foco principal o usuário. Em seus artigos, a referida Lei traz que as práticas em saúde mental devem ser realizadas de forma criteriosa, tendo como finalidade permanente, a reinserção social do usuário em seu meio (BRASIL, 2001). Ainda, a internação, em qualquer de suas modalidades seja voluntária: aquela que acontece com o consentimento do usuário; involuntária: aquela que ocorre sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro e compulsória: aquela determinada pela justiça, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001).

Este estudo terá como foco as internações compulsórias e as internações involuntárias. Isto se deve em virtude da primeira poder ser sem o consentimento do usuário, ou seja, involuntária. Entretanto, as internações compulsórias podem ser voluntárias quando o usuário deseja internar e não há vagas em unidade de internação hospitalar. Já a segunda, sempre ocorre sem o consentimento do usuário (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, o tratamento sob o olhar manicomial excludente, ou seja, pautado no modelo manicomial<sup>2</sup>, forma de tratamento psiquiátrico legítimo para a organização social na era moderna, também conhecido como hospício ou asilo, dependerá de como o cuidado será prestado. O aparato manicomial não é somente o hospital psiquiátrico, embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita. O isolamento é o conjunto de gestos, olhares, atitudes que funda limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, porém presente também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais (AMARANTE, 2013).

O cuidado pautado no modelo manicomial não está restrito aos hospitais psiquiátricos, este dependerá também das atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde mental. A fim de amenizar a exclusão, a intolerância, os limites impostos decorrentes do olhar manicomial e subsidiar o que a Reforma Psiquiátrica enaltece, se faz preciso um comprometimento constante dos profissionais atuantes em saúde mental<sup>3</sup> em relação à desinstitucionalização na procura de desenvolver um cuidado centrado no ser humano que

---

<sup>2</sup>Amarante (1997, p. 170) define instituição manicomial como “qualquer tipo de instituição psiquiátrica pautada na tutela e custódia, no sentido de acentuar seu caráter ambíguo ou híbrido, isto é, semi-médico/semi-jurídico”.

<sup>3</sup> Utilizou-se “atuantes em saúde mental”, pois se refere aos enfermeiros que trabalham com questões relacionadas à saúde mental das pessoas (AMARANTE, 2007).

tem direito de ser assistido sem exclusão, focando na importância da consolidação das práticas em serviços alternativos para que sejam efetivados os princípios da universalização, integralidade, equidade e a descentralização (TERRA et al., 2006).

Entende-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica foi importante para as ações dos profissionais de saúde mental, pois trouxe consigo reflexões de como deveria ser o tratamento da loucura. No entanto, também trouxe alguns debates que culminaram em questionamentos sobre os métodos de cuidado e as interpretações sobre a Lei e a doença mental (CAVADA, 2011). A Reforma Psiquiátrica é um processo em construção no Brasil e no mundo, e não ocorre de forma consensual ou homogênea, estando relacionada às condições econômicas, históricas, políticas e culturais que caracterizam as diferentes regiões e países, determinando as práticas singulares (MACIEL, 2012).

Diante disso, um dos questionamentos suscitados foi a questão das internações. A Lei Nº 10.216/01 não especifica quais os critérios que devem ser seguidos para internar ou não um usuário. Dessa forma, cabe a cada profissional a interpretação da Lei que mesmo sendo sancionada em 2001 ainda não apresenta um consenso (BRASIL, 2001).

A Lei da Reforma Psiquiátrica regulamenta a internação psiquiátrica e a divide em três modalidades conforme citado anteriormente, sendo elas: internação voluntária; internação involuntária e internação compulsória (BRASIL, 2001). Entretanto, no Rio Grande do Sul, estado que se destaca por ser o primeiro a ter uma lei que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, utilizou a expressão “internação compulsória” ao se referir a “internações involuntárias”. Em seu Art. 10, explicita que a “internação compulsória” é aquela na qual será realizada sem o expresse consentimento do paciente, em qualquer tipo de serviço de saúde, sendo o médico o responsável por sua caracterização (BRASIL, 1992). Na Lei Nacional esse conceito de “internação compulsória” difere, pois a internação compulsória é aquela determinada pela justiça (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, a discussão referente à internação gira em torno de sua necessidade e de suas definições. A internação seja voluntária, involuntária ou compulsória terá implicações na relação terapêutica com os profissionais que acompanharão o usuário internado.

Seguindo essa linha de pensamento, se faz necessário a compreensão dos profissionais de saúde mental, entre eles os enfermeiros, referente aos diferentes tipos de internação e suas implicações. Acredita-se que é no cotidiano de atuação que as reflexões acontecem, dessa forma, as mudanças e pesquisas que possibilitam dar voz a esses profissionais contribuirão para construção de novos conceitos e aprimoramento de suas práticas.

Assim, a reflexão possibilita construir no cotidiano, nos confrontos e nas contradições entre o processo de reprodução e recriação, próprios da prática de enfermagem, um processo contra-hegemônico que, identificado com os preceitos da Reforma Psiquiátrica, resgate os atores envolvidos (profissionais e usuários) como sujeitos sociais e autônomos (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Além disto, propiciará reflexões na assistência, pois usuários internados involuntariamente apresentam melhora clínica ao longo do tempo, porém não sentem que sua admissão foi justificada e benéfica (KALLERT; GLOCKNER; SCHUTZWOHL, 2008).

Alia-se o exposto ao fato de que a Saúde Mental faz parte da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). Entre seus temas, apresenta a necessidade de estudos para identificação de políticas e programas que favoreçam a desospitalização dos usuários, envolvendo a Reforma Psiquiátrica: novos atores, suas metodologias e estratégias de participação.

Diante disso, os questionamentos sobre a temática surgiram durante discussões no Grupo de Pesquisa “*Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade*” (GP – PEFAS) que tem sido referência em estudos de saúde mental no país, e do qual a pesquisadora é membro desde o segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bem como, ao desenvolver o seu Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial”, que evidenciou a utilização dos psicofármacos como uma forma dos usuários se inserirem em uma sociedade que ainda não aceita o diferente (XAVIER, 2014).

Emergiram questionamentos também durante a trajetória acadêmica nos diferentes cenários como: vivência no ambulatório de saúde mental, Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), monitoria do Centro Regional de Referência de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas da Região Centro da UFSM e ao ser bolsista do Fundo de Incentivo a Pesquisa (FIPE) e do Fundo de Investimento a Extensão (FIEX). Essas experiências possibilitaram uma aproximação com a temática em estudo, viabilizando (re)conhecer a realidade vivenciada pelos usuários, bem como os contextos nos quais estão inseridos e o tratamento que recebem por parte dos profissionais de saúde e da enfermagem.

Aliado a isso, realizou-se uma pesquisa narrativa focalizando esta temática para elucidar as produções nesta área, nas bases de dados LILACS, PUBMED e SCOPUS com as palavras “Desinstitucionalização *or* Reforma dos Serviços de Saúde *and* Saúde Mental”, considerando o período de 2001 a 2012. Os estudos da produção científica evidenciaram no



que diz respeito à Lei Nº 10.216/2001 que há a dificuldade de aliar a teoria à prática, que o ensino de enfermagem ainda está pautado no modelo tradicional e que é necessário um esclarecimento quanto ao papel da Reforma Psiquiátrica para os usuários e seus familiares (CASTRO, 2002; SILVA et al., 2004).

Igualmente realizou-se uma busca das dissertações e teses no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a partir da associação das palavras “Reforma Psiquiátrica” e “Enfermagem”, sendo selecionados estudos a partir do ano de 2001. Os resultados também evidenciaram que existe uma dificuldade na horizontalidade entre teoria e prática no que diz respeito à Reforma Psiquiátrica (RAMOS, 2011; CAVADA, 2011; DIAS, 2008).

Ao encontro disso, instigou-me a pensar em novos estudos que possibilitassem compreender como os enfermeiros veem alguns aspectos da Lei da Reforma Psiquiátrica. Assim, nas discussões no grupo de pesquisa e com alguns profissionais da saúde mental, percebeu-se a necessidade de saber a compreensão dos enfermeiros que atuam na saúde mental sobre a internação compulsória e involuntária.

Este estudo contribuirá na medida em que busca uma reflexão referente à cidadania e direitos dos usuários, dando voz a enfermeiros que são os profissionais que tem como função gerenciar o cuidado. O cuidado faz parte da vida do ser humano desde os primórdios da humanidade, como resposta ao atendimento às suas necessidades. Para realizar o cuidado, o enfermeiro, como membro integrante da equipe multidisciplinar, utiliza um conjunto de conhecimentos que possibilita a busca de resolutividade às respostas dos fenômenos de saúde, bem como da saúde mental (BALDUINO; MONTAVANI; LACERDA, 2009). Também contribuirá para a produção do conhecimento tanto nacional quanto internacional, pois os estudos que têm como propósito dar voz aos profissionais, mais especificamente a enfermagem em relação às internações psiquiátricas ainda se mostram escassos.

Portanto, com base nestas considerações constitui-se como **questão de pesquisa**: como os enfermeiros atuantes nos serviços de saúde mental no município de Santa Maria, no estado do Rio Grande do Sul, compreendem as internações compulsórias e involuntárias? E, a fim de responder esta questão tem-se como **objetivo**: analisar a compreensão de enfermeiros atuantes em saúde mental acerca das internações compulsórias e involuntárias propostas pela Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira.

# 1 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo tem por finalidade apresentar alguns referenciais desde o princípio da psiquiatria, a história da psiquiatria brasileira e a enfermagem no contexto da psiquiatria.<sup>4</sup> que estão relacionados ao contexto histórico da saúde mental no mundo e no Brasil.

## 1.1 O Princípio de uma psiquiatria com bases pautadas no isolamento social

A Psiquiatria apresenta em seu histórico um processo de asilamento, uma história de medicalização social, discriminação e internações sem critérios. Até o final do século XVIII a psiquiatria não era reconhecida como especialidade médica, isso só foi ocorrer a partir de Philippe Pinel (1745-1826), médico francês, considerado o pai da psiquiatria (SOARES, 1997).

Naquele período (séc. XVIII) ocorria na França a Revolução Francesa, em que o estado absolutista foi derrubado juntamente com o poder do clero e isso proporcionou a ascensão da burguesia, que fazia parte do terceiro estado juntamente com os trabalhadores e camponeses que viviam em extrema miséria, esses sustentavam toda a sociedade com seu trabalho e esforço. A burguesia apresentava uma condição social melhor. No entanto, desejavam também melhorias na qualidade de vida e liberdade econômica (BRASIL, 2013).

Em agosto de 1789 é proclamada a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, que trazia significativos avanços sociais, garantindo direitos iguais aos cidadãos. A Revolução Francesa representou um avanço social e de direitos dos homens, no entanto a burguesia a partir de 1795 conduziu o processo de forma a garantir seu domínio social (BRASIL, 2013).

Em consonância aos ideais revolucionários franceses de liberdade, igualdade e fraternidade, Philippe Pinel preconizou o tratamento moral para os alienados e desacorrentou os loucos em Paris. Estes que antes eram excluídos do meio social e se encontravam reclusos em instituições onde eram colocados todos os tipos de indivíduos com diferentes problemas, ou seja, os ditos loucos conviviam em locais fechados com pessoas com doenças venéreas, lepra, prostitutas, ladrões e os denominados vagabundo (SOARES, 1997).

Nesse período do século XVIII é dada ao médico a incumbência de cuidar desta parcela da população. A prática médica de Philippe Pinel foi exercida durante os anos em que chefiou os hospitais em Bicêtre La Salpêtrière na França e inaugurou a Escola dos Alienistas Franceses. Em 1801 publicou o "Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania", no

---

<sup>4</sup>Nesse capítulo utilizarei outras denominações, além da palavra "usuário" conforme o período histórico que estará sendo descrito.

qual descreveu uma nova especialidade médica que viria a se chamar Psiquiatria (SOARES, 1997).

Assim, o tratamento passou a ser predominantemente médico centrado. A nova visão traz o isolamento como forma de tratamento, pois acreditavam que isolando o louco poderiam observá-lo. Segundo Amarante (2013), Pinel postulava o isolamento como base fundamental para desenvolver regulamentos de polícia interna e observar os sintomas para poder descrevê-los. Sua teoria era a Naturalista que consistia em: observar, descrever, comparar e classificar os objetos de estudo.

Dessa forma, Pinel liberta os loucos das correntes, mas não os proporciona liberdade, pelo contrário origina a ciência que os acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas, sendo aprisionados agora na doença mental. O manicômio passou a ser parte fundamental no tratamento, sendo visto como um instrumento de cura e não apenas de proteção e enclausuramento. Na sequência surgem as teorias científicas e a internação sem critérios, medicalização e superlotação dos manicômios são as consequências (AMARANTE, 2013).

## **1.2 História da Psiquiatria no Brasil**

No Brasil a história da psiquiatria é permeada por longos anos de alienação e isolamento do usuário. Este isolamento se deu desde o período colonial, no qual se buscou afastar o louco do convívio social com a finalidade de manutenção de ordem. Com base em um modelo organizacionista, as pessoas que pertenciam a famílias ricas eram presas em suas casas e os pobres perambulavam pelas ruas ou eram abrigados nos porões das Santas Casas de Misericórdia (GUIMARÃES et al., 2001).

Esse cenário se transformou com o surgimento da urbanização no Brasil. Entretanto, o objetivo não era o tratamento, mas sim a “maquiagem” perante a sociedade, que exigia a retirada dos loucos e andarilhos das ruas (GUIMARÃES et al., 2001).

A loucura somente será preocupação do Estado com a chegada da Família Real no Brasil (Séc. XIX), pois as mudanças econômicas e sociais no período exigiam medidas de controle social, sem as quais não seria possível ordenar o crescimento das cidades e das populações. Em 1830 é realizado um diagnóstico situacional pela Sociedade Brasileira de Medicina do Rio de Janeiro e a partir desse momento os loucos passam a ser reconhecidos como doentes mentais, merecedores de um espaço social próprio para seu tratamento (AMARANTE, 2010).

Surge, então, em 1852 o primeiro Hospício no Brasil denominado Pedro II em que os pensionistas, pacientes particulares tinham boas instalações, incluindo quartos mobiliados, com conforto e criados a sua disposição. Em contrapartida, o quadro geral era de desumanização (AMARANTE, 2010).

Até a proclamação da República houve grande crítica por parte da classe médica aos hospícios, pois estes não tinham o poder, que estavam nas mãos das Santas Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro, assim como da igreja. As reivindicações baseavam-se em querer um hospício medicalizado, ou seja, sob o poder médico para contar com uma organização baseada em princípios técnicos (AMARANTE, 2010).

Com a Proclamação da República (1889) os profissionais da área da psiquiatria começam a mudar. Eles buscam atuar no espaço social, no qual vivem as pessoas com doenças mentais e não se limitam apenas aos espaços cercados pelos muros dos asilos. Assim, o Hospício Pedro II é desvinculado da Santa Casa, estando agora sob administração pública e passando a denominar-se Hospital Nacional de Alienados (AMARANTE, 2013a).

Também, é criada a Assistência Médico-Legal dos Alienados e no âmbito da assistência são criadas as duas primeiras Colônias de Alienados (São Bento e Conde de Mesquita), sendo as primeiras da América Latina. As colônias tinham o intuito de proporcionar a convivência entre a comunidade e os loucos tanto na casa como no trabalho. Essas medidas são caracterizadas como a primeira Reforma Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 2013a).

Quanto ao âmbito da formação de profissionais, surge nesse momento a psiquiatria como especialidade médica e a enfermagem começa a se inserir neste cenário.

João Carlos Teixeira Brandão, que é o primeiro diretor tanto da Assistência Médico-Legal aos Alienados quanto do Hospício Nacional de Alienados, “caracteriza sua gestão com a ampliação dos asilos. Cria ainda a primeira cadeira de psiquiatria para estudantes de medicina (que é também a primeira cadeira de clínica especializada), assim como a primeira escola de enfermagem, sistematizando a formação de profissionais para a especialidade” (AMARANTE, 2010 p. 76).

Em 1903 é criada a Lei nº 1.132, de 22 de dezembro que reorganiza a assistência a alienados. No entanto, ainda não apresenta a regulamentação das internações, bem como seus tipos. A internação não se apresenta de forma criteriosa e o que impera ainda é o saber médico (BRASIL, 1903).

Em 1923, é fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental, que em suas características se apresentava xenofóbica, antiliberal, racista e a favor da eugenia. Nos anos 30 passa a

vigorar o modelo da psiquiatria alemã, por meio das ideias trazidas por Juliano Moreira (médico pioneiro da psiquiatria brasileira e diretor da Assistência médico – legal dos alienados), com isso predomina o biologicismo, que passava não só a explicar as doenças mentais, mas também os aspectos étnicos, éticos, políticos e ideológicos. Neste período, ocorre a descoberta do choque insulínico e cardiozólico, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias sendo um momento de entusiasmo para a psiquiatria que descobria a “cura” para as doenças mentais e as internações tornam-se mais frequentes (AMARANTE, 2010).

Em 1934, surge o Decreto-Lei nº 24.559, no período Getúlio Vargas, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. É permitida a abertura de novos hospícios, porém havia uma fiscalização e o não cumprimento das regras acarretaria em multa (BRASIL, 1934).

Nesse período, também é proibida a internação de pacientes psiquiátricos em enfermarias clínica de hospital geral. Foi instituído um conselho de proteção aos psicopatas que era formado por juízes, advogados, policiais e médicos, não havendo nenhum outro profissional da área da saúde. Esse período pode ser marcado pelo início das diferenciações entre internações, no qual começa a se falar em internação voluntária, involuntária e por ordem judicial, mas nos casos de internação de usuários de álcool e outras drogas (BRITTO, 2004).

A internação psiquiátrica passa a ter regras, no entanto o doente mental não tem autonomia. Também, não existe assistência voltada para o cuidado da família do doente mental, pois é médico centrado, não envolvendo outras profissões. Dessa forma, a nova Lei e novas técnicas contribuía para ampliar os manicômios privados, pelo aumento de usuários. Entretanto, estavam muito distante de uma desospitalização e desinstitucionalização (BRITTO, 2004).

Esse período segue e os anos 50 chegam com os primeiros neurolépticos (medicamentos desenvolvidos para tratar os sintomas das doenças psiquiátricas) e junto com eles a medicalização sem orientação e, por vezes, na forma de castigo ou simplesmente para manutenção da ordem. A década de 60 é marcada pela privatização da doença mental com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, o Estado compra e passa a gerir as instituições privadas (BRITTO, 2004).

Logo, a doença mental é considerada como objeto de lucro, chegando a ser destinado 97% do recurso da saúde mental para internações na rede hospitalar. As organizações que se

mostravam contra o modelo em vigor ou ao menos a favor de uma psiquiatria comunitária não tinham forças para lutar contra o Estado (BRITTO, 2004).

Com a chegada dos anos 70 a situação da Saúde Mental brasileira após anos de tensões, conflitos e desafios, marcados por isolamento e descaso com o usuário parece mudar, pois se avista uma possível Reforma Psiquiátrica. Em 1978 ocorrem denúncias por parte da classe médica referente às formas de tratamento e irregularidades nos hospitais. Essas denúncias tiveram repercussão recebendo apoio de entidades do setor da saúde como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES) (AMARANTE, 2010).

A saúde mental no Brasil começa a mudar efetivamente em 1979 quando o psiquiatra italiano Franco Baságli (1924-1980) visita o País. Este, já havia realizado críticas ao modelo da psiquiatria italiana o que resultou na Lei 180 ou Lei Baságli na Itália. Baságli fez parte da chamada Psiquiatria Democrática que visava uma psiquiatria que não fosse centrada no poder médico, que revogava o modelo manicomial e exigia novas formas de entender, lidar e tratar os doentes mentais. Não negava a instituição e a doença mental e sim o isolamento e a exclusão para com aqueles que não se enquadrassem no padrão de normalidade estipulado pela sociedade (BRITTO, 2004).

Com Baságli a desinstitucionalização passou a ser uma palavra que repercutiu no meio social e político mundialmente. Especialmente na saúde mental no Brasil, que sofreu contestações pela sociedade, ocorrendo o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde mental. Este movimento era fortalecido pela sociedade civil organizada, bem como pelas primeiras experiências de desinstitucionalização, como a de Santos na qual, houve o fechamento de hospital psiquiátrico. Soma-se a isto, em 1987, é inaugurado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) 24 horas e o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e ocorre a 1ª Conferência de Saúde Mental, marco que conta com a participação apenas dos delegados e gestores (BRITTO, 2004).

Com a Constituição Federal Brasileira de 1988 é instituído o SUS e seus princípios por meio da homologação da Lei Orgânica da Saúde 8080/90. Em agosto de 1992, é sancionada a Lei da Reforma Psiquiátrica no Estado do Rio Grande do Sul, Lei Estadual nº 9.716 que determina a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias (BRASIL, 1988, 1992).

Na Constituição Federal entre seus parágrafos, encontra-se a condição de cidadãos de direitos das pessoas com sofrimento psíquico sendo proibida a internação de qualquer

natureza sem o processo legal nos termos do 5º parágrafo: "Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade" (BRASIL, 1988, p. 1).

Em 1994 ocorre a II Conferência de Saúde Mental que já se mostra mais flexível quanto ao tratamento do usuário. Em janeiro de 1999, o Projeto substitutivo de Lei 3.657 de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado foi aprovado no Senado, devendo, para tornar-se lei, ser aprovado em nova votação na Câmara (FRANÇA, 2012).

Em abril de 2001 foi aprovado e sancionado pelo então Presidente da República, a Lei Nº 10.216/2001 denominada Lei da Reforma Psiquiátrica. Esta dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona o modelo assistencial em saúde mental e regulamenta os tipos de internação em internação voluntária; internação involuntária e internação compulsória (FRANÇA, 2012).

Assim, o projeto de Lei 3.657 ficou em discussão de 1989 a 2001 quando foi aprovado o projeto substitutivo, pois o original foi recusado. A Lei Nº 10.216/2001 não foi aprovada conforme queria o Deputado Federal Paulo Delgado, pois o projeto estabelecia a extinção progressiva dos manicômios e havia interesses empresariais e econômicos que seriam afetados. Isso explica a demora na aprovação da Lei que só ocorreu em 2001 (FRANÇA, 2012).

Nesse contexto, ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, marco histórico, pois contou com a ampla participação dos movimentos sociais, de usuários e de seus familiares, que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 2005; BRASIL, 2001). A IV Conferência de Saúde Mental é promovida somente em 2010. Já a Portaria Nº 3.088 que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS é criada apenas em dezembro 2011 (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011).

### 1.3 A enfermagem no contexto da psiquiatria

Conforme descrito anteriormente, a medicina como especialidade médica que surgiu no Séc. XVIII era focada na doença, apresentava como um dos seus componentes e corpo individual, que era isolado para ser tratado. O hospício era tido como o local de isolamento, organizado e disciplinado segundo as normas de higiene.

Nesse contexto, a enfermagem, participou desse processo com papel importante relacionado ao conhecimento e organização interna do espaço asilar/hospitalar. No Brasil, a necessidade de organização do hospício moderno determinou a criação da primeira Escola de Enfermagem ligada ao Hospital Nacional de Alienados, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, inspirada no modelo francês. Essa tinha entre seus objetivos a preparação de pessoal para o trabalho de cuidar de alienados, em um espaço predominantemente médico que precisava de mão de obra também médico-cientificamente orientada (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Assim, a psiquiatria e a enfermagem psiquiátrica surgiram no hospício. Este local era uma instituição disciplinar para reeducação do louco ou alienado. O médico/alienista era a figura de autoridade a ser respeitada e os trabalhadores de enfermagem (atores coadjuvantes), os executores da ordem disciplinar (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Os cursos de enfermagem, que visavam o cuidado de doentes mentais nos hospitais psiquiátricos, não adotavam o sistema Nightingale e eram orientados por médicos. A Escola de Enfermagem Anna Nery, primeira escola de enfermagem do Brasil (segundo a história oficial, era a que seguia o modelo Nightingale até o ano de 1949) não incluiu em seu currículo nenhuma matéria relacionada às doenças mentais, até passar a desenvolver estágio no Centro Psiquiátrico Nacional. No entanto, antes de 1923, data de criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, já havia um ensino de enfermagem implantado no Brasil (1890-1923). Este era desenvolvido em uma escola anexa ao Hospício Nacional (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Com a criação das Escolas, a enfermagem passou a ser profissão e adquiriu certa valorização social, tornando-se alternativa de profissionalização principalmente para as mulheres pobres, sendo esse um dos objetivos da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. Para as mulheres pobres, o trabalho de enfermagem, embora manual, significou a possibilidade de ascensão social, cuja realização exigia uma formação específica. Portanto, para as alunas da Escola Alfredo Pinto (denominação posterior da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras) que, diferente da Escola Anna Nery, eram originárias da classe



baixa, a profissão de enfermeira era uma oportunidade de ascensão na hierarquia das ocupações femininas (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Com esta contextualização da enfermagem nos cenários da psiquiatria percebe-se que na medida em que o hospício foi transformado em espaço terapêutico teve-se a necessidade de pessoal especializado para trabalhar no cuidado dos ditos loucos. Dessa forma, surgem os (as) primeiros (as) enfermeiros (as) atuantes na área psiquiátrica. O cuidado em enfermagem psiquiátrica, atualmente encontra-se em um momento de definição (ou redefinição), uma vez que o próprio hospital psiquiátrico, como instituição central da assistência psiquiátrica tem sido gradualmente substituído por outros dispositivos de atenção (REINALDO; PILLON, 2007).

Esse momento caracteriza-se pela transição entre uma prática de cuidado que visa à contenção do comportamento dos usuários e a incorporação de princípios novos, que buscam adequar-se a uma prática interdisciplinar e multiprofissional. Esta busca ser aberta às contingências dos sujeitos envolvidos em cada momento e em cada contexto, superando a perspectiva disciplinar de suas ações. É, portanto, período que exige atenção dos profissionais, bem como favorável para o conhecimento e análise do processo de trabalho nessa área (OLIVEIRA; ALESSI, 2003). Essa transição deve conduzir a enfermagem, bem como a equipe multiprofissional, a repensar as práticas, estudar em conjunto, a fim de encontrar meios de proporcionar um cuidado que vise o usuário como cidadão em seu território (SILVA; KIRSCHBAUM, 2010).

Considera-se a pesquisa como um importante instrumento para repensar as práticas, onde o serviço de enfermagem é um campo rico em informações para seu desenvolvimento, auxiliando o enfermeiro a ser mais crítico, mais consciente (MENDES; CASTRO, 2005). Dessa forma, pesquisas que visam dar voz aos enfermeiros se mostram importantes na medida em que possibilitam a esses profissionais reflexões em relação a sua condição de sujeito social e de cidadão, do seu papel como trabalhador de saúde mental e a sua atuação no contexto da Reforma Psiquiátrica.

O enfermeiro é, potencialmente, importante agente de mudança. Entretanto, essa potencialidade estará diretamente relacionada ao grau de consciência desse trabalhador. Quanto mais consciente de sua condição pessoal e social, de seu papel de trabalhador inserido num contexto social e de cidadão num sistema político, mais apto estará para eleger instrumentos de trabalho que visem o resgate dessa mesma condição de sujeito-cidadão aos usuários. Quanto menos consciente de sua condição de sujeito social e de cidadão, mais

aderido estará ao antigo modelo médico-disciplinar e mais subordinada e coadjuvante será a sua atuação nas intervenções desse modelo (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

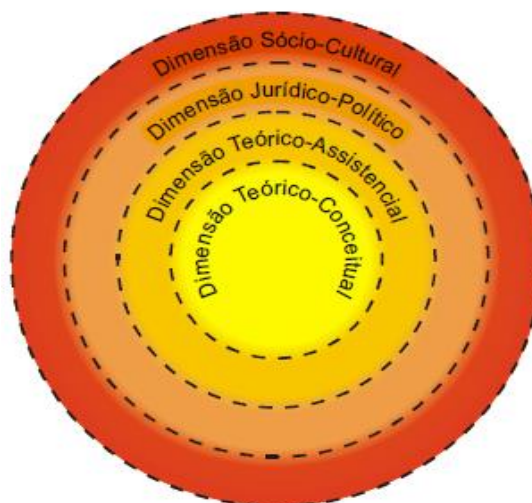
Esta pesquisa foi inspirada no referencial teórico de Paulo Amarante, escritor e médico psiquiatra, doutor em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), realizou estágio de doutoramento em Trieste na Itália, coordenador do laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental da Fiocruz, é presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). Foi um dos fundadores do movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira e participou efetivamente na Luta Antimanicomial no Brasil (AMARANTE, 2013).

A fim de uma melhor compreensão, o autor propõe quatro dimensões ou campos para a Reforma como processo social complexo. O conceito de processo social complexo é utilizado por Rotelli (médico italiano) para diferenciar a desinstitucionalização italiana da ocorrida nos Estados Unidos e na Europa. Nestes lugares o que ocorreu foi uma desospitalização devido à necessidade financeira e administrativa (ROTELLI; LEONARDI; MAURI, 2001).

Na Itália a verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria tornou-se um processo social complexo, que objetivava um movimento no sentido de que houvesse uma mobilização dos sujeitos sociais envolvidos com vistas a uma transformação das relações de poder entre os usuários e as instituições, produzindo estruturas de saúde mental que de fato substituíssem a internação no hospital psiquiátrico (ROTELLI; LEONARDI; MAURI, 2001). Sendo assim, o conceito de processo social complexo é adotado por Amarante que o aplica ao processo de mudança da assistência em saúde mental, ou seja, a Reforma Psiquiátrica. Vale destacar que a palavra “reforma” não deve ser entendida como uma mera mudança superficial (AMARANTE, 2003).

A concepção de reforma é um dispositivo no sentido de possibilitar um pensamento, um agir estratégico e comunicativo no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Tais dimensões não podem ser compreendidas como delimitadas, estanques ou definitivas, mas são formas de se pensar os movimentos, as relações e os conceitos, que estão sempre em processos de trocas, de transversalidade, do estabelecimento de redes entre eles. Neste sentido, o autor considera quatro dimensões ou campos: campo teórico-conceitual; campo técnico-assistencial; campo jurídico-político e campo sociocultural, como ilustra a figura1 (AMARANTE et al., 2012a):

Figura 1: As quatro dimensões (campos) da Reforma Psiquiátrica



Fonte: BRITTO, R. C. A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental, 2004.

## 2.1 Dimensão teórico-conceitual

Esta dimensão da Reforma Psiquiátrica é a área de produção de conhecimento, que está relacionada à fundamentação da prática e da teoria psiquiátrica. Baseia-se na desconstrução e reconstrução de conceitos presentes na psiquiatria, como: doença mental, isolamento, alienação, cura, terapêutica, saúde mental, anormalidade e normalidade. Com essa desconstrução e reconstrução torna-se preciso construir outros conceitos, que estejam mais adequados a lidar com a nova forma de cuidado da psiquiatria e com bases no modelo psicossocial. Tais mudanças levam a questionamentos e reflexões, que possibilitam o aparecimento e a utilização de novos conceitos (desinstitucionalização, serviços substitutivos, complexidade) com importância para a construção de um novo paradigma e para o desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica. Está relacionado às incursões no contexto da produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico, ou seja, sobre quais bases conceituais e teóricas este definiu seus objetos de conhecimento e, consecutivamente, suas ferramentas que permitem compreender e conhecer a realidade (AMARANTE et al., 2012a; BRITTO, 2004).

## **2.2 Dimensão técnico-assistencial**

É a dimensão que está diretamente relacionada à construção do modelo de assistência prestada na saúde mental, às estratégias de tratamentos oferecidas e aos tipos de serviços organizados. Está baseado em uma teoria que determina que a loucura é uma doença decorrente da desrazão, perda do juízo e de uma consequente incapacitação da pessoa. Tal modelo de assistência é estruturado de forma a exercer a exclusão e o isolamento da mesma em prol de um tratamento baseado na tutela e na disciplina (BRITTO, 2004).

Partindo da crítica que é feita ao paradigma psiquiátrico dominante e ao surgimento de novos conceitos nesse campo, essa dimensão diz respeito, então, à estratégia de construção de uma nova estrutura de atendimento com novos serviços, tecnologias e abordagens. Inicial e simultaneamente à reconstrução dos conceitos expostos no campo anterior (por exemplo, da modificação do conceito de doença na noção de existência-sofrimento do indivíduo em sua relação com a sociedade, cuidados, acolhimento, emancipação, autonomia, possibilidade de praticar a diferença), a constituição de uma rede de novos serviços e de espaços de sociabilidade, de trocas e de produção de subjetividades (AMARANTE et al., 2012a; BRITTO, 2004; YASUI, 2006).

Assim sendo, está relacionado à organização e ao funcionamento de novos serviços que não estejam baseados na exclusão e isolamento do usuário, mas também à forma como são realizados o entendimento e o encaminhamento do processo de tratamento.

## **2.3 Dimensão jurídico-político**

Esta dimensão da Reforma Psiquiátrica diz respeito à construção e revisão das legislações civis, penais e sanitárias (Leis, Decretos, Portarias) no que se reporta aos conceitos de doença mental, loucos e psicopatia, bem como na construção de novas possibilidades de trabalho, cidadania e ingresso social. Sendo assim, refere-se ao direito à família, ao trabalho, ao cotidiano da vida social e coletiva e aos amigos. Desde quando a psiquiatria foi originada as concepções criadas identificavam a loucura a partir de conceitos de incapacidade, periculosidade, irresponsabilidade civil e irracionalidade. Em decorrência destas associações conceituais, as legislações são baseadas e estruturadas de forma a corroborar tais condições do louco. Por isso, é importante que as relações sociais, no que concerne à cidadania, aos direitos humanos e sociais sejam redefinidas (AMARANTE et al., 2012a; YASUI, 2006).

## 2.4 Dimensão sócio-cultural

A dimensão sócio-cultural tem por objetivo a modificação do imaginário social relacionado à doença mental, a loucura, a anormalidade. Relaciona-se ao conjunto de práticas sociais que motivam a solidariedade, a inclusão dos indivíduos em desvantagem social e dos considerados “diferentes”. É nessa dimensão que são estabelecidas as relações entre a sociedade e a loucura (CAVADA, 2011).

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica trás como um dos seus objetivos a transformação do lugar social da loucura, promovendo novas e diferenciadas formas de se lidar com a doença mental, utilizando a discussão cotidiana como estratégia. O estabelecimento de vínculos sociais por meio do trabalho e do lazer faz parte de uma nova postura que visa promover melhores condições de saúde e de qualidade de vida. Assim, as práticas sociais que possibilitam uma inclusão social do usuário de saúde mental são encontradas e criadas neste campo (AMARANTE et al., 2012a; BRITTO, 2004).

Os campos propostos, em síntese demonstram que a Reforma Psiquiátrica não pode ser entendida como uma simples transformação nos serviços de saúde mental ou uma alteração na organização das instituições nas formas de cuidar. Mas sim como algo mais amplo e complexo. Algo que (re) inventa outros modos de cuidar do usuário de saúde mental, por meio da formação de espaços que produzam relações sociais embasadas em princípios de valores que objetivam uma sociedade com outro olhar, proporcionando um novo lugar social para os usuários. As dimensões propostas, mais do que mudar a organização institucional, opera na busca de uma transformação das mentalidades, das práticas cotidianas intolerantes em relação ao diferente, na procura da ética e do respeito às diferenças. Assim, nesse estudo buscar-se-á relacionar os escritos de Paulo Amarante, bem como as dimensões propostas por ele, outros autores que pesquisam na temática da saúde mental e os depoimentos dos enfermeiros a fim de propor uma discussão.

## 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste capítulo, serão descritos o tipo de pesquisa, o cenário e participantes, coleta e análise dos dados da pesquisa, a dimensão ética, apresentação e discussão dos resultados para o alcance dos objetivos propostos, assim como a forma de ser realizada a apresentação dos resultados às instituições participantes desta pesquisa.

### 3.1 Tipo de estudo

Buscando responder aos objetivos desta pesquisa, elegeu-se a abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva. Na área da saúde, os estudos qualitativos baseiam-se na concepção trazida das Ciências Humanas, em que não se busca estudar o fenômeno em si, e sim seu significado individual ou coletivo na vida das pessoas (TURATO, 2013).

Assim sendo, o interesse do pesquisador volta-se para a busca do significado das coisas, porque este tem um papel organizador nos seres humanos. “O que as “coisas” (fenômenos, manifestações, ocorrências, fatos, eventos, vivências, ideias, sentimentos, assuntos) representam, dá molde à vida das pessoas”. Em outro nível, os significados que as “coisas” ganham, passam também a ser partilhados culturalmente e, assim, organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos (TURATO, 2005, p. 510).

Além disto, é exploratória porque procura ampliar, esclarecer conceitos e ideias na perspectiva de formulação de problemas que sejam precisos ou mesmo lacunas que tenham a possibilidade de serem investigadas em estudos futuros, envolve levantamento bibliográfico e documental. A pesquisa é desenvolvida com o objetivo de proporcionar visão geral acerca de determinado fato, em que o produto final desse processo passa a ser um problema mais esclarecido e passível de investigação frente a procedimentos mais sistematizados (TURATO, FONTANELLA; RICAS, 2008; GIL, 2008b).

Também, é descritiva porque descreve as características, procuram conhecer as motivações, opiniões, atitudes e crenças de uma população, assim como, esta sente e pensa. Desse modo, o pesquisador pretende “descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade” (TRIVIÑOS, 2007, p. 119).

Seguindo essa linha de pensamento, os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes (DENZIN; LINCON, 2008). Além disto, conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar

as seguintes ações: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos individuais e medidas implementadas coletivamente; aprofundar a compreensão de sentimentos, ideias e comportamentos de pacientes, familiares e até mesmo, da equipe de saúde (TURATO, 2005).

Portanto, justifica-se a escolha dessa abordagem, por ser a mais adequada para analisar a compreensão de enfermeiros atuantes em saúde mental acerca das internações compulsórias e involuntárias propostas pela Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, pois envolve a busca dos significados e percepções sobre o fenômeno estudado, ao longo da construção dos sentimentos e pensamentos humanos (TURATO et al., 2008).

### **3.2 Cenário de pesquisa**

Optou-se como cenários de pesquisa pela rede de atenção a saúde mental, ou seja, hospitais gerais que prestam assistência pelo SUS (Hospital Casa de Saúde e Hospital Universitário de Santa Maria) e, serviços substitutivos de saúde mental do município de Santa Maria no Estado do Rio Grande do Sul (RS).

O Hospital Casa de Saúde foi idealizado em 1913 pela Viação Férrea do RS, porém só iniciou suas atividades em 1932. Possui uma direção e um corpo funcional que foi assumido pela Associação Franciscana de Assistência à Saúde (SEFAS), em 2010, quando aconteceram algumas mudanças de gestão e assistência significativas. É uma entidade filantrópica de natureza assistencial à saúde, apoiada e assessorada pelo Centro Universitário Franciscano (entidade filantrópica de natureza assistencial à educação).

No momento, disponibiliza 100% de sua capacidade operacional para os usuários do SUS. É considerado um complexo hospitalar, pois é formado pelo próprio hospital, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Serviço Móvel de Urgência (SAMU) (SEFAS, 2013).

Esse hospital conta com sete unidades de internação: Unidade Santa Isabel (referência em obstetrícia na região, 21 leitos), Unidade Pequeno Príncipe (pediatria, 17 leitos), Unidade Santa Inês (clínica médica, 24 leitos), Unidade Santa Clara (cirúrgica, oito leitos), Centro Cirúrgico (com seis salas), Sala de Recuperação (10 leitos) e Unidade Madre Madalena (saúde mental, 20 leitos). Também, possui os serviços de cirurgias, colonoscopia, endoscopia, fisioterapia, videolaparoscopia, internação clínica adulto, internação clínica pediátrica, internação obstétrica, odontologia, traumatologia-ortopedia, mamografia digital, radiologia digital, tomografia computadorizada, ultrassonografia, teste da orelhinha e saúde mental.



Em relação à unidade de saúde mental Madre Madalena que foi escolhida como um dos cenários da pesquisa, conta com 24 leitos sendo 10 masculinos para usuários entre 10 e 18 anos, 10 femininos acima de 18 anos, quatro adolescentes feminino e um infantil. Trabalham na unidade: três enfermeiros (dois fixos na unidade - um no turno da manhã e um no turno da tarde e um supervisor noturno) e técnicos de enfermagem (SEFAS, 2013).

Já o HUSM, criado em 1970, é um hospital de ensino público federal, referência da região centro-oeste do estado do RS que presta atendimento secundário e terciário pelo SUS, abrange 44 municípios distribuídos nos diversos serviços e especialidades médicas. Tem sido campo de práticas da Residência Multiprofissional em Saúde e da Residência Médica, aulas práticas e de estágio supervisionado para estudantes dos Cursos de Graduação do Centro de Ciências da Saúde da UFSM com atuação e supervisão dos docentes da enfermagem, medicina, fisioterapia, farmácia, psicologia, entre outros; também, tem sido cenário de pesquisa tanto para os cursos de graduação quanto da pós-graduação (HUSM, 2013). Apresenta atendimento ambulatorial nas áreas: Ala 'A' (secretaria), Ala 'B' (urologia, gastroendoscopia, doenças infecciosas), Ala 'C' (pediatria, otorrinologia, ginecologia, pré-natal, ultrassonografia, sala de vacinas), Hemato-oncologia (Centro de Tratamento da Criança com Câncer – CTCriac, Centro de Transplante de Medula Óssea - CTMO, Quimioterapia, Laboratório de Imunogenética, Escola Pedagógica e Turma do Ique); ainda, conta com os serviços de laboratório de análises clínicas, banco de sangue, serviço de patologia, cardiologia, radioterapia, radiologia, fisioterapia, bloco cirúrgico, centro obstétrico; também, tem seis unidades de internação (Gineco-Obstetrícia, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica I, Clínica Médica II, Pediatria e Psiquiatria), Pronto Socorro (PS) - adulto, pediátrico e psiquiatria (HUSM, 2013).

Em relação à Psiquiatria pode-se asseverar que há uma unidade de Internação denominada de 'Paulo Guedes', que tem sido referência na região centro do estado. Essa unidade conta com 25 leitos mistos de internação para usuários adultos que se encontram na fase aguda, em situação de sofrimento psíquico grave, como: transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia, depressão (HUSM, 2013). Trabalham na unidade: 10 enfermeiros, sete auxiliares de enfermagem, 14 técnicos de enfermagem, um assistente social, um terapeuta ocupacional e um médico psiquiatra. Ainda conta com os profissionais da Residência Multiprofissional de Saúde e da Médica (HUSM, 2013). Já o PS/Psiquiatria destina-se a atendimento de urgências e emergências psiquiátricas. No período da coleta de dados contava com um enfermeiro.

Quanto aos serviços substitutivos optou-se pelos CAPS: CAPS II "Prado Veppo", CAPS Ad "Caminhos do Sol", CAPS Ad "Cia do Recomeço" e CAPS i "O Equilibrista".

O CAPS II "Prado Veppo" atende usuários adultos com transtornos mentais graves das 8h às 18h, sem fechar ao meio-dia. Conta com uma equipe multiprofissional de saúde (psicólogo, médico psiquiatra, fisioterapeuta, técnico administrativo, técnico em saúde mental, técnico em enfermagem, enfermeiro e serviços gerais). Além destes, é campo de atuação dos profissionais da Residência Multiprofissional de Saúde (enfermagem, terapia ocupacional e psicólogo) e dos estudantes do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. Oferece serviços como o acolhimento, é realizado um plano terapêutico para cada usuário, atendimento psiquiátrico, e grupos terapêuticos, oficinas de artesanato, rádio (Programa na Rádio UFSM "De Perto Ninguém é Normal"), culinária, fisioterapia, leitura e esportes, entre outros. Os usuários considerados mais graves passam o dia no serviço e recebem até três refeições por dia.

No que tange aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Ad) "Caminhos do Sol" e "Cia do Recomeço", informa-se que somente foi cenário de pesquisa o primeiro. O segundo, não foi possível realizar a coleta de dados em virtude de mudança do profissional enfermeiro, bem como pelas dificuldades burocráticas. Esta também foi situação semelhante a que ocorreu com o Ambulatório de Saúde Mental em que o profissional enfermeiro encontrava-se de licença a tratamento à saúde. Esses CAPS estão territorializados e são responsáveis pelo atendimento a usuários adultos e adolescentes que fazem uso de álcool e outras drogas.

O CAPS Ad "Caminhos do Sol", cenário da pesquisa, existe desde 2002, conta com um quadro de 14 servidores públicos municipal (duas médicas – um psiquiatra e uma clínica, duas psicólogas, um assistente social, uma enfermeira, uma fisioterapeuta, dois técnicos em saúde mental, dois técnicos em enfermagem, uma recepcionista e uma redutora de danos). Há também a atuação dos profissionais da Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde (03 psicólogos, três assistentes sociais, duas enfermeiras), estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem com supervisão de uma docente enfermeira e mestrandos e doutorandos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Também, o Programa de Educação pelo Trabalho (PET REDES) da UFSM (dois estudantes "petianos") e o PET Redução de Danos do Centro Universitário Franciscano (seis estudantes "petianos").

Quanto ao CAPS i II "O Equilibrista", atende Crianças e Adolescentes com até 18 anos que apresentam transtornos mentais graves (SANTA MARIA, 2013). Esse CAPS é um serviço de atenção diária e possui uma equipe composta por: médicos, psicólogos,

enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e fonoaudiólogos. O tratamento busca estratégias e objetivos pautados na atenção integral a crianças e adolescentes, o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais. O CAPS estabelece as parcerias necessárias com a rede de atenção à saúde, educação e assistência social ligada ao cuidado da população infanto-juvenil (SANTA MARIA, 2013).

Assim, os CAPS objetivam oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2002).

Dessa forma, buscou-se realizar o presente estudo em alguns pontos de atenção estabelecidos pela RAPS, que conforme a Portaria GM/MS Nº 3.088/2011, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A política de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, tendo como objetivo garantir a livre circulação dessas pessoas pelos diferentes serviços de saúde, pela comunidade e pela cidade. Assim, a RAPS estabelece os pontos de atenção para atendimento, entre esses se encontram os cenários onde o presente estudo foi desenvolvido como: pronto atendimento, CAPS, Hospital Clínico (leitos Psiquiátricos em hospital geral) (BRASIL, 2011).

### **3.3 Participantes da pesquisa**

Os participantes da presente pesquisa compreenderam oito enfermeiros<sup>5</sup> atuantes nos serviços de saúde mental do município de Santa Maria (RS). É importante pontuar que o total de enfermeiros que trabalham nos referidos serviços são 19, sendo 14 vinculados a hospitais e cinco vinculados entre CAPS e Ambulatório de Saúde Mental. Assim, elegeu-se como critério de inclusão: ser enfermeiro que atua na saúde mental em serviços do SUS (atenção hospitalar e serviços substitutivos). E, como critério de exclusão: enfermeiros que estivessem em algum tipo de licença ou em férias no período da coleta de dados.

É importante sinalizar que a escolha dos participantes e início da coleta de dados ocorreram somente após o sorteio do serviço de saúde mental, para cada entrevista foi

---

<sup>5</sup>Neste estudo participaram enfermeiros e enfermeiras, entretanto por questões éticas denominar-se-á todos de enfermeiros.

realizado um sorteio, de modo que não ocorresse a saturação dos dados somente em um dos serviços. Assim, a participação dos enfermeiros foi intencional e o número foi definido no decorrer da pesquisa (TURATO, 2013).

Inicialmente, foi realizado contato com os enfermeiros coordenadores de cada serviço buscando informar os objetivos e receber autorização para o desenvolvimento da pesquisa. Posteriormente, com a entrada em campo para coleta de dados com os enfermeiros participantes da pesquisa combinaram-se os horários conforme as suas disponibilidades. Para tanto, foi necessário confeccionar um convite, conforme a figura 2:



**Figura 2- Convite para participação como sujeito da pesquisa.**

### 3.4 Entrevista como forma de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual composta por uma pergunta aberta. A utilização da entrevista para obter informações sobre um determinado tema científico é a técnica mais empregada no processo de trabalho de campo. Assim, por meio da entrevista, os pesquisadores buscam alcançar dados subjetivos que se relacionam com os valores, às atitudes e às opiniões dos sujeitos entrevistados (QUARESMA; BONI, 2005).

Nesta perspectiva, para a melhor condução das entrevistas antes da pergunta foi apresentado um fragmento da Lei da Reforma Psiquiátrica Nº 10.216/01 que possibilitava ao enfermeiro discorrer acerca do tema proposto:

A Lei nº 10.216/2001 denominada Lei da Reforma Psiquiátrica redireciona o modelo de atenção em saúde mental na medida em que passa de um modelo hospitalocêntrico para um modelo psicossocial. Esta dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

A Lei da Reforma Psiquiátrica também regulamente as internações psiquiátricas e a distingue em três tipos conforme ser 6º artigo.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária, II - internação involuntária e, III - internação compulsória.

Antes de iniciar as entrevistas, a pesquisadora anotava os dados de identificação dos enfermeiros (idade, sexo, tempo que trabalham na área e se possuía especialização e/ou mestrado). Após, realizava a seguinte **questão**: qual seu entendimento de internação compulsória e involuntária? (APÊNDICE A). Quando as informações mostraram-se suficientes e começaram a repetir-se, na avaliação da pesquisadora, foi considerado relevante não prosseguir com a coleta de dados, pois havia atingido a saturação dos dados, bem como o objetivo da pesquisa (TURATO; FONTANELLA; RICAS, 2008) (TURATO, 2013).

Para tal, utilizou-se uma sala disponível nos serviços previamente combinado com os enfermeiros. No decorrer da entrevista, o tempo não foi delimitado, pois transcorria conforme a disponibilidade e flexibilidade de horários dos profissionais. As entrevistas foram registradas em um gravador, em áudio MP3; e, após foram transcritas na íntegra pela pesquisadora com o auxílio de uma acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, membro do GP PEFAS, bolsista de Iniciação Científica do Programa de Educação Tutorial em Enfermagem.

Para a realização da entrevista foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) no qual é descrito as etapas do projeto, bem como a garantia do anonimato, confidencialidade e fidedignidade dos dados obtidos. Para tanto, os participantes foram identificados em seus depoimentos pela letra ‘E’ que é a letra inicial da palavra “Enfermagem” seguida de um número arábico conforme a sequência de realização das entrevistas (E1, E2, E3,...).

Também, foi esclarecido aos enfermeiros o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa respeitando, assim, a sua autonomia. Os dados referentes a esta pesquisa serão

guardados pela pesquisadora orientadora por um período de cinco anos e, logo após serão destruídos. Assim, o enfermeiro assinou o TCLE em duas vias iguais, sendo que uma ficou com a pesquisadora e a outra com o participante.

### 3.5 Análise e Interpretação dos dados

Após as transcrições das entrevistas foram retirados os vícios de linguagem, como né, aham, ã, entre outros, o que não interferiu no sentido do depoimento dos enfermeiros. Na sequência, iniciou-se o processo de organização do material para a realização da análise. Assim, para o processo de organização dos dados foi utilizado o Software Atlas Ti 7.0 (*Qualitative Research and Solutions*), o qual propiciou a pesquisadora introduzir dados qualitativos digitalizados com auxílio para o processo de codificação e recodificação dos temas (ATLAS TI, 2014).

Os depoimentos foram analisados pela Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009). Esta é considerada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores (quantitativos ou não) inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dos depoimentos.

Assim, não existe nada pronto para aqueles que pretendem utilizar a análise de conteúdo como método em suas investigações. O que existem são algumas regras básicas, que permitem ao investigador adequá-las ao domínio e objetivos pretendidos, reinventando a cada momento uma maneira de analisar (BARDIN, 2009).

Para tanto, a análise de conteúdo basicamente desdobra-se em três pólos cronológicos:

- **pré-análise**: nessa etapa foi realizada primeiramente a preparação das entrevistas, reunindo-as e transcrevendo-as na íntegra para uma primeira leitura, a leitura flutuante onde se estabeleceu um primeiro contato com os depoimentos a serem analisados, realizando contato exaustivo com o material. Ainda nessa fase, é possível a formulação de hipóteses e objetivos, não sendo obrigatório o estabelecimento de hipóteses como guia. Já os objetivos poderão ser aqueles que norteiam a investigação ou ser estabelecidos a partir dessa fase (BARDIN, 2009).

- **exploração do material:** nessa etapa os depoimentos foram inseridos no Software Atlas Ti 7.0 para a organização do material, operação de codificação, enumeração, classificação e agregação, a fim de chegar às codificações para uma futura categorização.

Nessa fase o material é codificado, ou seja, submetido a um processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2009).

Para organização da codificação são necessárias três escolhas: o recorte (escolha das unidades); a enumeração (escolha das regras de contagem); e a classificação e a agregação (escolha das categorias). Para realizar o recorte do material, torna-se necessária a leitura do mesmo e a demarcação dos "núcleos de sentido", ou seja, das unidades de significação (BARDIN, 2009).

O recorte do material foi realizado no Software Atlas Ti 7.0, em que durante a leitura, realizou-se a demarcação das unidades de significação. As unidades de significação podem ser chamadas de unidades de registro que nada mais são do que um segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base, visando à categorização e à contagem frequencial (BOCCHI, 2004).

Após o recorte, procedeu-se a contagem das unidades de significação, conforme as regras estabelecidas pelo codificador, na qual se estabeleceu como regra o agrupamento de unidades semelhante conforme a frequência que surgiam, posteriormente, buscou-se classificá-las e a agregá-las em categorias.

- **tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação:** nessa etapa, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. De posse destes dados significativos, o pesquisador poderá, então, propor inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2009). Dessa forma, realizou-se a organização estatística, enumeração das repetições nas unidades de registro, a conclusão da categorização e interpretação dos resultados.

A escolha desse método aconteceu por possibilitar o descobrimento de experiências, crenças, valores, vivências e pensamentos. Além disso, nesse tipo de análise os procedimentos envolvidos são estruturados de forma a promover a organização dos dados por meio de fases ou etapas que levam a um resultado estruturalmente organizado do seu conteúdo (BARDIN, 2009).

Ao final da coleta e análise dos dados, foi realizado o Relatório de Pesquisa com os resultados obtidos sendo apresentado em forma de Dissertação de Mestrado em Enfermagem

da UFSM. Posteriormente, serão elaborados artigos para publicação em periódicos e trabalhos científicos a serem apresentados em eventos da área da Enfermagem. O retorno aos serviços será realizado sob uma apresentação pública dos resultados do estudo e entrega de uma cópia do mesmo aos serviços de saúde mental o qual os enfermeiros participantes estão alocados.

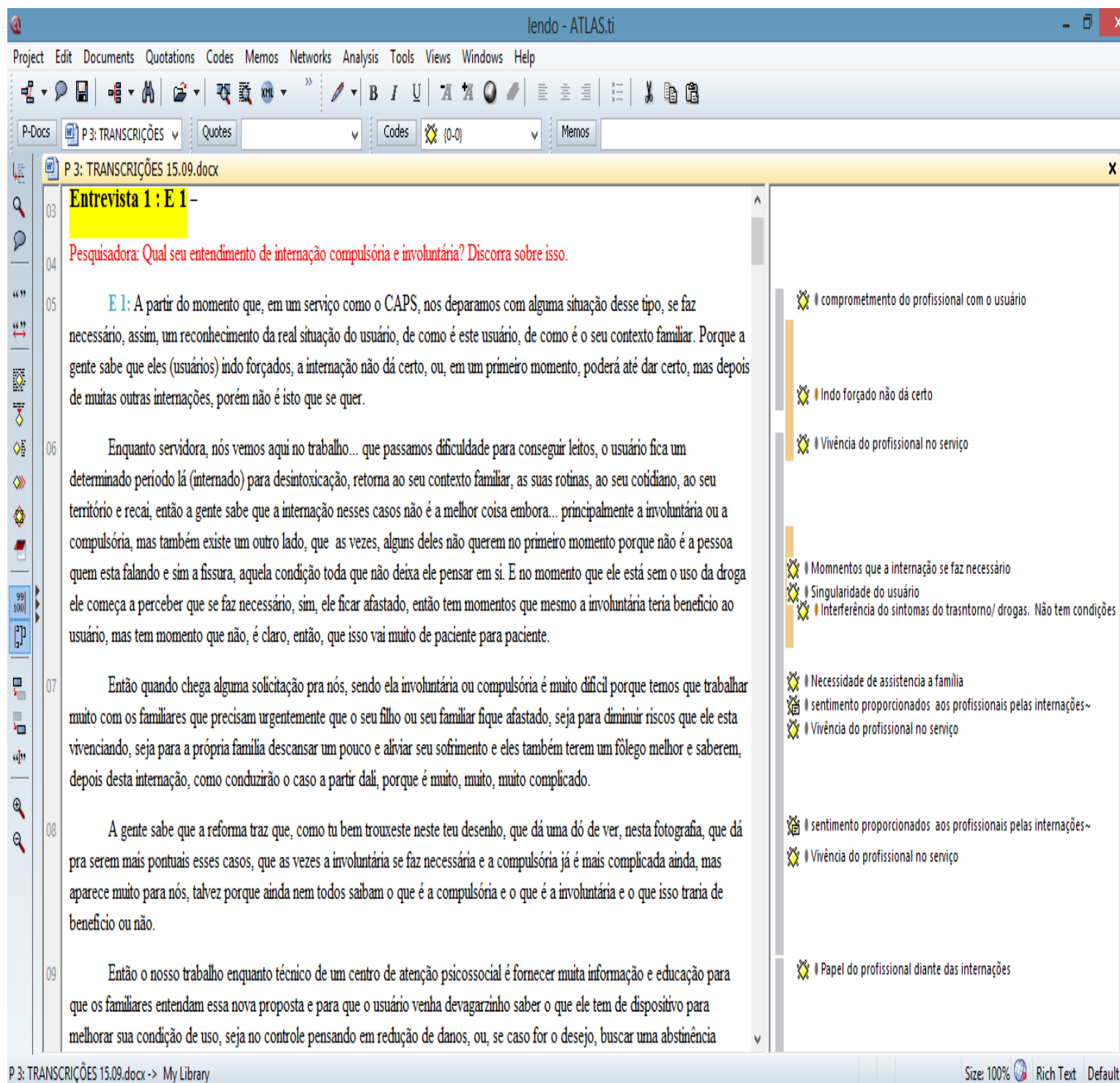


Figura 2: Utilizando o Software Atlas Ti 7.0 (*Qualitative Research and Solutions*).



### 3.6 Dimensão Ética

Inicialmente, o projeto foi registrado no Gabinete de Apoio de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde da UFSM. Após, foi solicitado a autorização dos coordenadores dos serviços de saúde mental no qual a pesquisa iria ser desenvolvida. Ainda, foi submetido à apreciação das direções dos hospitais, bem como a autorização da Secretaria Municipal de Saúde para desenvolver o estudo nos serviços municipais.

Na sequência, o Protocolo do Projeto de Pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil com posterior análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM onde a pesquisadora assumiu o compromisso ético da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2012). O Protocolo do Projeto de Pesquisa foi aprovado sob o Nº CAEE: 27928614.9.0000.5346. Assim que aprovado o Protocolo do Projeto de Pesquisa, a pesquisadora entrou em contato com os serviços, para informá-los do início da coleta de dados.

Os enfermeiros tiveram acesso à pesquisadora, em todas as etapas da pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas, bem como a possibilidade de retirar seu consentimento da participação voluntária na pesquisa, assegurando sua vontade de permanecer ou desistir em qualquer momento da pesquisa sem constrangimento ou prejuízo ou qualquer penalização, respeitando a sua **autonomia**.

Os participantes receberam informações a respeito do objeto, objetivo e da técnica de coleta de dados do estudo no qual foi realizado a solicitação de sua colaboração, antes que respondessem a questão da entrevista. Também, tiveram garantido o seu anonimato sigilo das informações.

Não houve **custos ou benefícios** diretos ou financeiros pela sua participação, pois o estudo busca contribuir na construção do conhecimento para a área da enfermagem e da saúde no que tange a Reforma Psiquiátrica, bem como a internação psiquiátrica involuntária e compulsória. Em caso de qualquer ônus adicional, eles seriam abatidos pelo orçamento da pesquisa, porém isto não ocorreu.

Em relação aos **riscos**, os participantes poderiam sentir-se cansados, desconfortáveis ou mesmo ser mobilizado alguns sentimentos de desconforto emocional no decorrer da entrevista, esta seria interrompida. Caso isto acontecesse, o participante seria encaminhado para o pronto atendimento do HUSM (acordado previamente com a equipe), porém isto não

ocorreu. Os enfermeiros também tiveram o direito de ser mantidos atualizados sobre os resultados parciais da pesquisa ou de resultados que foram do conhecimento da pesquisadora.

A pesquisadora assumiu o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa e para os artigos oriundos da mesma. Utilizou a letra 'E' inicial da palavra “Enfermagem” para identificar os participantes conforme descrito anteriormente. Também, foram informados que a entrevista seria gravada para posterior transcrição dos dados. Porém, caso os participantes se opusessem a entrevista não seria gravada e, neste caso, a pesquisadora iria realizar as anotações posteriormente a este momento. Nenhum participante se opôs a gravação. Com isso, as pesquisadoras preservam a **privacidade e integridade** pessoal dos participantes.

Os dados da pesquisa serão conservados por cinco anos chaveado na sala 1445 do Centro de Ciências da Saúde, Prédio 26, da Universidade Federal de Santa Maria- RS, sob a responsabilidade da professora pesquisadora responsável da pesquisa, e os participantes poderão ter acesso a eles para caso surja quaisquer dúvidas. Após esse período os dados serão destruídos.

As informações colhidas somente fizeram parte deste estudo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) pelos participantes e pesquisadores em duas vias, sendo que uma delas ficou de posse do participante e a outra da pesquisadora. Além do TCLE, as pesquisadoras assumiram o compromisso ético de manter a identidade dos participantes preservada, com o Termo de Confidencialidade (TC) (APÊNDICE C).

Os resultados compõem esta Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Em relação à socialização dos resultados, será por meio de artigo(s) científico(s) que serão encaminhados aos periódicos da área da enfermagem. Também, a pesquisadora compromete-se com a devolução dos resultados às Instituições de Saúde, que foram cenários da pesquisa, conforme combinação prévia com os profissionais.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este estudo, a partir dos depoimentos de enfermeiros atuantes em serviços substitutivos de saúde mental e unidades de internação psiquiátrica, mostra que a maioria é do sexo feminino, evidenciando que assim como na enfermagem em geral, na saúde mental também há o predomínio de mulheres.

Desse modo, as profissionais enfermeiras vêm acompanhando os movimentos que transformam a posição da mulher na sociedade. Essa vem revelando-se como cidadã, profissionalizando-se e conquistando o mercado de trabalho, além de assumir papéis públicos de direção e chefias, que antes eram somente ocupados por homens. Assim, sendo a enfermagem uma profissão de predominância feminina, as gerencias na enfermagem também são ocupadas em sua maioria por mulheres (DONOSO, 2000).

Vale ressaltar que o predomínio nos programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* segundo a Associação Brasileira de Enfermagem também é feminina, conforme estudo realizado a partir dos Programas de Pós-Graduação de mestrado e doutorado no Brasil.

Dentre as 3.524 dissertações e teses catalogadas até o ano de 2003 e em condições de serem identificadas pelo gênero do autor encontraram-se 3.248 sendo 5,08% de enfermeiros e 94,92% de enfermeiras. Essas porcentagens permitem afirmar que a inserção de homens nos programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* é inferior a inserção de mulheres (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2000, 2001, 2002, 2003) (LOPES; LEAL, 2005).

Com relação à idade, essa ficou entre 32 e 53 anos, o que pode mostrar que os enfermeiros estão se qualificando para posteriormente entrarem no mercado de trabalho em enfermagem. Quanto ao grau de escolaridade dos participantes, as pós-graduações que preponderaram, foram as de *strictu sensu* (Mestrado em Enfermagem) e somente um possuía Especialização em Saúde Mental.

O tempo desses enfermeiros nos serviços de saúde mental é entre um e vinte anos. Isto de certa forma influenciou na pesquisa, na medida em que os enfermeiros que possuíam mais tempo de trabalho na área da saúde mental apresentaram uma bagagem maior de informações com relação às internações compulsórias e involuntárias. Eles conseguiram vivenciar profissionalmente a transição do modelo hospitalocêntrico para o psicossocial o que propiciou reflexões acerca de como eram realizadas as internações compulsórias e involuntárias, antes e após a Lei da Reforma Psiquiátrica.

No que tange a análise dos resultados a partir da leitura do conteúdo das entrevistas e com base nas informações do Software Atlas Ti 7.0, emergiram duas categorias: **internações compulsórias e involuntárias: compreensão dos enfermeiros atuantes em saúde mental; internação compulsória e involuntária no cotidiano profissional dos enfermeiros atuante em saúde mental.**

#### **4.1 Internações compulsórias e involuntárias: compreensão dos enfermeiros atuantes em saúde mental**

Para os enfermeiros, quando o usuário chega ao serviço com uma solicitação de internação, esse não deve ser visto apenas a partir de sua doença. Ele necessita ser avaliado no contexto em que está inserido, como os fatores familiares, sistema cultural e o que levou a necessidade de uma possível internação.

A partir do momento que, em um serviço como o CAPS, nos deparamos com alguma situação desse tipo, se faz necessário um reconhecimento da real situação do usuário, de como é este usuário, de como é o seu contexto familiar. (E1)

Têm pacientes que chegam mal aqui porque em casa aconteceram brigas ou de alguma maneira teve alguma frustração, algum problema maior ou ele se sentiu sozinho. Todo mundo saiu e ele ficou ou ele não recebeu a visita que ele esperava de um filho. Então, se ele tiver alguma frustração maior durante o final de semana, na segunda-feira ele não chega bem aqui e, isso não é incomum de acontecer. Então, isso prova que o ambiente familiar, as relações, o próprio ambiente onde ele vive é importante, que também tem que estar mais ou menos equilibrado. (E4)

Atualmente a política de saúde mental adotada pelo Ministério da Saúde, tem como desafio a consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária territorial, que seja capaz de atender os usuários de modo a promover a reinserção social. Esse modelo de assistência tem sua base nas propostas da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).

A partir disso, a doença mental deixa de ser vista somente como uma patologia e passa a ser vista com enfoque multidimensional, englobando o aspecto biológico, social e comportamental. Assim, há um consenso de que fatores familiares, valores sociais e sistema cultural têm influência no processo saúde-doença (VILLARES et al., 1999). A saúde mental não se restringe apenas à psicopatologia ou à semiologia e não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais (AMARANTE, 2013b).

A ideia que a doença é o foco do tratamento surge tanto nas escolas tradicionais, quanto nas discussões profissionais e de leigos. A imagem de que os usuários dos serviços de

saúde mental são loucos, insanos, insensatos, perigosos, foi constituída pela psiquiatria tradicional. Porém, profissionais que compartilham de uma nova visão da psiquiatria precisam desconstruí-la, demonstrando que é possível tratar os usuários com outras bases, mais solidárias e éticas, sem excluí-los e sem ferir sua dignidade (AMARANTE, 2011).

Conforme os depoimentos, não basta saber a situação do usuário quando o mesmo chega nos serviços, é necessário estar a par do seu contexto. Dessa forma, percebe-se que os enfermeiros relatavam certa dificuldade em equilibrar o cuidado ao usuário e à família. Eles observam que há nas relações familiares uma redução do afeto quando essas se vêem em situações de conflito, o que pode contribuir para uma possível internação. Isto porque conviver em família parece fácil quando não há desgastes, caso contrário a vida pode se tornar até insuportável.

Essas mudanças de conceitos e paradigmas observados durante os depoimentos estão associados ao campo teórico-conceitual da Reforma Psiquiátrica, a partir de um novo conceito de cuidado que percebe a família para além da necessidade da internação. Fazendo assim, parte de uma construção e desconstrução teórica-conceitual, onde o sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania e incapaz de realizar algo ou ter voz, torna-se sujeito e não objeto do saber (AMARANTE, 2009).

Nesse processo epistemológico, dois conceitos são fundamentais: o primeiro, o de desinstitucionalização, engloba múltiplas formas de tratar o usuário em sua existência e em relação com as condições concretas de vida; o segundo, o conceito de doença como foco principal e motivo para estratégias de normalização e disciplinamento, precisa ser colocado em discussão, sendo desconstruído (AMARANTE, 2009).

Para os enfermeiros, as internações compulsórias e involuntárias, que por algumas vezes solicitadas pela família, podem ser em decorrência desta se encontrar desgastada. Assim, a internação é percebida como uma forma de descanso das demandas de cuidado que alguns usuários necessitam. Entre outros motivos, a família também busca as internações como recurso quando o sistema se encontra superlotado.

Então, quando chega alguma solicitação pra nós, sendo ela involuntária ou compulsória é muito difícil porque temos que trabalhar muito com os familiares que precisam urgentemente que o seu filho ou seu familiar fique afastado, seja para diminuir riscos que ele está vivenciando, seja para a própria família descansar um pouco e aliviar seu sofrimento e eles também terem um fôlego melhor e saberem, depois desta internação, como conduzirão o caso a partir dali, porque é muito, muito, muito complicado. (E1)

Geralmente, o paciente precisa da internação. Mas, às vezes, o familiar está cansado dele e não tem indicação de internação. Nesses casos, muitas vezes, o paciente tem um retardo, uma coisa crônica que não vai ter uma evolução melhor, mas o familiar está cansado e quer internar de qualquer jeito. (E2)

Muitas vezes, os familiares se veem desesperados com situações de crises muito graves em casa. Aí, o ambulatório está superlotado, às vezes, a unidade esta cheia. Então, a justiça (internação compulsória) acaba sendo o último recurso para esses familiares buscarem ajuda. (E3)

A família é a principal cuidadora do usuário de saúde mental. Porém, quem cuidada da família? Percebe-se que o cuidado que a envolve tem como foco o usuário. Dessa forma, a família também necessita de um suporte profissional que a tenha como foco principal.

Esse suporte deve ser realizado a fim de auxiliar no resgate dos vínculos familiares fragilizados, bem como no enfrentamento do cotidiano. Podendo ser desenvolvido através de ações de educação em saúde em espaços públicos não somente nos serviços de saúde mental, mas também nas Unidades básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família. Além destes, em ambientes escolares por meio da promoção da saúde (SOCCOL et al., 2014a).

Com relação à superlotação dos serviços, a internação compulsória acaba sendo utilizada como recurso quando há a falta de leitos. Dessa forma, há a necessidade de investir em novos serviços, o que implica em investir também em novos profissionais, formar quadros com novas bases conceituais, científicas e éticas (AMARANTE, 2011).

Em alguns casos, a família sente-se sem amparo e busca recurso na internação, por medo, desconhecimento, pelo estigma de ter em seu convívio uma pessoa tida pela sociedade como alguém sem capacidades, “louco” ou “drogado” ou por estar cansada. É possível perceber nos depoimentos dos enfermeiros que há uma carga psicológica, física e mental que as famílias estão expostas (VIEIRA; SILVA, 2013).

Vale ressaltar, que este estudo não busca negar a clínica e a instituição hospital. As unidades de internação de saúde mental em hospitais gerais são um recurso para situações agudas dos transtornos mentais, porém o que se evidencia é que em alguns momentos essas poderiam ser evitadas. Entretanto, em decorrência da assistência fragilizada, não resta muitas alternativas aos usuários e suas famílias que recorrem à internação.

Percebe-se também que a internação quando julgada desnecessária pelo profissional, surge como algo que atrapalha a administração das unidades.

A compulsória é aquela de ordem judicial. Essa compulsória, muitas vezes, “rouba um leito”. Por exemplo, tem um familiar que tem necessidade de internar aquela pessoa por vários motivos e não quer cuidar dela. Ela usa, então, a internação judicial ou compulsória pra internar o paciente. (E2)

Para o E6 ao longo dos anos, ocorreram mudanças significativas. Entretanto, ainda não se chegou a um modelo que supere de fato o modelo manicomial.

Em relação às internações, os tratamentos tanto com a vontade do paciente ou contra vontade, mesmo tendo essa necessidade, eu acho que mudou bastante depois do movimento antimanicomial na década de 70, 80, 90, o que culminou na Lei 10.216. Mudou bastante esse paradigma que antigamente era só hospitalar e poucos serviços extra-hospitalares. Aqui em Santa Maria e na região os poucos serviços (extra-hospitalares) que tinham antes da década de 80, 90, muitos deles foram extintos e só se voltavam (o cuidado) para a internação psiquiátrica, tendo quase 100, mais de 100 internações psiquiátricas. Então, toda a região era voltada para o Hospital Universitário com a esperança de internação e internações longas. Em décadas se conseguiu que isso fosse mudando gradativamente. Eu acho que ainda falta muito para chegarmos ao ideal, no que diz respeito ao tratamento do paciente, no respeito, respeito à pessoa. (E6)

As mudanças ainda se mostram focadas na estrutura dos serviços, quando se tem como foco o serviço consequentemente a atenção volta-se para a manutenção da sua ordem e os usuários acabam sendo integrados nesse sistema que precisa se manter organizado. Sendo o usuário um sujeito complexo, a assistência voltada a ele para que seja efetiva deve ir além da reestruturação do serviço, sendo que esta deve ser uma consequência de mudanças teóricas-conceituais e sócio-culturais.

Nesse sentido, desinstitucionalizar não se reduz à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: constitui-se em um processo complexo<sup>6</sup> de recolocar o problema, de redescobrir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Sendo assim, acima de tudo um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos usuários, novos usuários de direito e novos direitos para os usuários (AMARANTE, 2009).

Corroborando a isso, há também a preocupação por parte dos enfermeiros com relação ao suporte para a alta do usuário após a internação.

Lógico, a gente sempre tenta buscar depois que esse paciente dá alta, por exemplo, de uma internação compulsória. A gente tenta responsabilizar a família também para que ela consiga (cuidar). Porque não adianta também o paciente ir lá internar, equilibrar, sair, vir para o CAPS se na família ele não tem um apoio. A gente, geralmente, conversa com o familiar, vê as fragilidades. (E4)

Então, quanto mais a gente aproximar a família deles e orientar essa família para quando ele der alta, isso vai ser melhor para ele (usuário). Vai diminuir as chances também dele reinternar. (E5)

---

<sup>6</sup>Para Amarante (2009), a noção de complexidade não deve ser confundida com a de complicação. A noção de complexidade atende ao desafio de resgatar a singularidade da operação que o conceito oculta, sem que esse desmascaramento signifique “descobrir” a verdadeira realidade do objeto, mas sim reabrir a possibilidade de sua recomplexificação. Essa operação surge como tentativa de superação do “especialismo” dos saberes e da hegemonia da ciência a apreensão do real. Do ponto de vista construtivista, a complexidade aponta para a superação do paradigma clássico inaugurado com a dualidade cartesiana da causa-efeito, do conhecer o objeto em sua verdade, das soluções definitivas.

O local que se mostra como destino dos usuários após a alta de uma internação são os CAPS. No entanto, se mostra válido salientar que além dos CAPS as Unidades Básicas de Saúde e as Estratégias de Saúde da Família integram a Rede de Atenção Psicossocial e deveriam ser uma referências para os usuários e seus familiares após a alta.

Nem sempre, os usuários e seus familiares chegam nos serviços de saúde e se apresentam como usuários de saúde mental, relatando as dificuldades e os desafios vivenciados (SOCCOL et al., 2014a). Talvez, esse seja um dos motivos que levam o CAPS a ser o serviço mais procurado após a alta de uma internação.

Cabe ressaltar que há a necessidade dos serviços de saúde compreender melhor as dinâmicas familiares, assim como conhecer as estratégias de enfrentamento por elas utilizadas. Cabe ao enfermeiro desenvolver sensibilidade, a fim de proporcionar momentos de escuta nos serviços de saúde, para que se possa ofertar suporte aos usuários e seus familiares (SOCCOL et al., 2014b).

Pode-se definir a alta hospitalar por meio de dois pólos: o familiar que exprime o desejo de aceitação e capacidade de resignificar-se na família por meio das suas ações, relações e interações com o outro que necessita ser cuidado; e, o das relações diárias no contexto familiar, que é permeado pelo receio de uma nova crise desencadeada pelo abandono do tratamento, assim como, de experiências estressoras sofridas pelo comportamento do outro que não é aceito pela sociedade (FREITAS; TERRA; SILVA, 2013). A alta hospitalar caracteriza-se pela transferência do cuidado à pessoa internada da instituição de saúde para o domicílio, quando esta atingiu o benefício máximo com o tratamento ofertado no hospital. O planejamento da alta destaca-se como estratégia de preparo do paciente e família para responsabilizarem-se pelo cuidado e para prosseguirem com a terapêutica necessária, sendo os CAPS, as Unidades Básicas de Saúde e as Estratégias de Saúde da Família serviços importantes para dar suporte aos usuários e seus familiares. (GANZELLA; ZAGO, 2008).

A partir desses depoimentos, observou-se que os enfermeiros estão modificando a maneira de cuidar. Esse fato proporciona o rompimento com o modelo teórico-conceitual, passando a atenção psicossocial por um conjunto de transformações e inovações que contribuíram para a construção de uma nova imagem social dada à loucura e aos usuários. Corroborando a isso, a promulgação da Lei Federal Nº 10.216/01 e a aprovação de demais leis estaduais de Reforma Psiquiátrica serviram de legitimação, embora a construção da cidadania diga respeito a um processo mais complexo de mudança de mentalidades (AMARANTE, 2013b).



Foi possível apreender que os enfermeiros mostram-se preocupados com a forma de ofertar o cuidado, com a singularidade do usuário, cuidado à família. No entanto, não se fala em participação social, conferências, conselhos e congressos. Estes são locais que havendo a participação efetiva dos usuários e da família podem colaborar para um cuidado mais completo onde os usuários sejam sujeitos de fato ativos em seu tratamento. A participação parece estar diminuindo, quer-se transformar a vida, a relação da sociedade com o comportamento do outro, e ficam restritos a transformar os serviços.

Houve redefinição do usuário, tido não mais apenas como paciente, mas que não chegou a ser o ator social que se deseja ter, sendo ainda ator coadjuvante das políticas. Podendo participar de congressos, conselhos, mas não tendo força (AMARANTE, 2014).

Em uma dimensão sócio-cultural do processo de Reforma Psiquiátrica, o objetivo maior não é a transformação do modelo assistencial, que é um elemento somente de uma de suas dimensões. Mas, a transformação do lugar social da loucura, da diferença, da divergência, do lugar da loucura no imaginário social (AMARANTE, 2009).

Com relação às internações, os enfermeiros compreendem que contra a vontade do usuário, essas não são as formas mais apropriadas de tratamento, sendo necessário ver a singularidade do usuário, pois alguns usuários após a internação compulsória ou mesmo involuntária se mostram mais equilibrados. Entretanto, outros demonstram agitação e ansiedade, acarretando uma internação que poderá deixar “marcas” para quem a vivencia. Percebem também que o ideal seria o usuário internar por vontade própria, mas que as internações voluntárias ainda se mostram escassas.

O ideal seria que as pessoas internassem por vontade própria, por internação voluntária. Mas, isso é muito raro. Então, elas (usuários) se vêm obrigadas a estar em um serviço que elas não gostariam de estar. Por um lado, é bom. Mas por outro, tem um ambivalência porque o paciente estar internado sem querer, sem a vontade própria. Isso gera angústia e ansiedade no paciente porque ele acaba tendo que ficar em um serviço fechado, com pessoas que ele desconhece, sem ele aceitar o tratamento. (E5)

Eu acho que depende muito. Já teve paciente internado que naquele momento era aquilo que precisava. Foi compulsória porque não se conseguia. Então, foi via judicial e a gente teve um resultado. O paciente ficou mais organizado depois da internação, veio para cá de novo, mas às vezes piora. (E7)

O processo amplo denominado Reforma Psiquiátrica que propõe a superação do modelo assistencial hospitalar pautado no isolamento e na tutela, pois considera que a internação psiquiátrica ou a institucionalização do usuário quando assim feita, por si só apresenta-se prejudicial, pois quem vivencia a internação perde sua individualidade e sua

liberdade (BRITTO, 2004). Além disto, historicamente, o hospital se apresenta como instrumento de tratamento, pois era o espaço que fornecia disciplina e ordem para aqueles que apresentassem condutas irregulares. A questão de manter a ordem implicava-se no isolamento como um ato terapêutico, baseado no tratamento moral e na cura, no conhecimento epistemológico e no social que constituía o usuário como louco, perigoso e sujeito irracional (TORRE; AMARANTE, 2001). Não se quer negar o sistema assistencial hospitalar, pois há momentos como na fase aguda de um transtorno mental, ou em uma situação de emergência que ele se faz necessário, ressalta-se que a crítica está na forma de como o cuidado é ofertado no âmbito hospitalar da saúde mental.

Os enfermeiros consideram que as internações não se mostram efetivas, porém há diferentes compreensões referente ao hospital como alternativa para o tratamento no que tange ao usuário de substâncias psicoativas e com transtorno mental. Diferente do que se vem observando na mídia, com reportagens referentes principalmente ao Crack em que as internações compulsórias acabaram sendo utilizadas como única medida de tratamento. Percebeu-se nos depoimentos dos enfermeiros que consideram a internação compulsória válida para o usuário de substâncias psicoativas, mas que nesse caso deve-se atentar para a vontade do mesmo em querer internar.

Entretanto, quando se considera os transtornos mentais, a compreensão é que o usuário não tendo entendimento do seu estado de saúde a internação seria cabível. Vale ressaltar que para alguns enfermeiros a internação é válida quando o usuário não teria condições de definir seu estado de saúde.

E a involuntária eu acho que também é uma forma que tem que ser feita infelizmente, porque no transtorno mental o paciente, às vezes, não tem discernimento, não tem o insight, aí ele tem que internar. (E2)

Não é muito comum (internação compulsória). Mas, eu sei que em outros serviços até pelo modelo de atenção álcool e outras drogas, acaba acontecendo compulsória porque ninguém mais consegue manejar esse paciente. (E4)

Eu como enfermeira, acho que não funciona muito, que não é de grande efetividade para o tratamento. Eu acho, que o primeiro passo para aquela pessoa que é consciente (usuário de álcool e outras drogas), que não tem um transtorno e que sabe que está vindo para uma internação tem que ser o querer, o aceitar. A força, eu acho que não dá muito certo não. Agora, cabe para uma situação de um paciente com transtorno. É uma outra situação, que a pessoa não tem consciência do que ela está tendo, do transtorno que está acontecendo com ela, da doença que está ocorrendo. (E8)

Em uma dimensão técnico-assistencial, Amarante (2009) propõe alguns questionamentos: qual o modelo assistencial decorrente de um conceito que pressupõe a

alienação como contradição na razão? Não seria o sequestro deste não-mais-sujeito ou ainda não sujeito?

De acordo com o autor, a resposta seria o manicômio, onde o usuário considerado alienado (alheio, ausente), estaria incapaz até mesmo de decidir pelo seu tratamento, sendo assim justificada a tomada de decisão em seu lugar. E o tratamento, no caso devendo ser realizado em lugar onde o isolamento do “objeto em seu estado puro”, sem as interferências da vida social, que nesse caso se tornam indesejáveis. Assim, o isolamento seria em si, terapêutico, porque as mesmas interferências que prejudicam a observação contribuiriam também para as acusações da loucura (AMARANTE, 2009).

Assim, as internações são consideradas necessárias quando o usuário apresenta condutas irregulares, que são instituídas como irregulares e que diferem das pessoas que podem conviver em sociedade. Percebe-se no depoimento que envolve a loucura que há preocupação com o usuário, mas também com algo que não é aceito pela sociedade e, por isso, precisa ser velado por segurança. As políticas de saúde mental existem e há uma procura em segui-las, entretanto se observou no estudo que quando se tem uma situação de crise o recurso ainda é a internação psiquiátrica.

Mas, devido as crises que eles apresentam naquele momento, o risco para eles, para os familiares, para o ambiente. Enfim, os riscos nos quais eles se encontram justificam essas internações, mesmo contra a vontade deles. É para segurança dele, principalmente, do paciente, e depois da família, dos demais e do meio em que ele convive. (E3)

A crise não necessariamente deveria ser sinônimo de doença mental, porém em um contexto onde se privilegia a questão do anormal e do normal, em um enfoque adaptativo a crise pode conduzir à enfermidade. Com isso, como efeito caminha-se para uma enfermidade mental caracterizada pelo acúmulo sucessivo de crise (AMARANTE, 2013; BIRMAN; COSTA, 1994).

Quando não vista somente como um problema a crise pode ser um momento de tentativa para que o usuário defronte com novas situações e tenha que elaborar instrumentos para lidar com ela. Se colocado sozinho em um momento de crise, o usuário dificilmente conseguirá retirar algo proveitoso. Mas auxiliado por profissionais, a crise pode se tornar quase um meio de crescimento. Em um sistema que se propõe produzir saúde mental, agir sobre as crises é pretender propiciar o crescimento harmonioso das pessoas (AMARANTE, 2013; BIRMAN, COSTA, 1994).

Para que os enfermeiros tenham a possibilidade de agir sobre as crises é necessário que haja uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que ofereça apoio aos serviços, que esses possam contar com os demais serviços que compõem a rede, havendo assim a comunicação. Contudo, os enfermeiros relatam que uma das dificuldades de prestar o cuidado completo é a fragilidade da RAPS e a falta de comunicação entre os serviços.

A rede de saúde mental, ela tem muitas falhas principalmente dos serviços. A gente sabe que tem os CAPS, sabe que tem o ambulatório de saúde mental, tem o hospital, tem a emergência, mas não há uma comunicação entre os profissionais que trabalham nesses serviços. Poucas vezes a gente tem contato e alguns contatos são para o encaminhamento do paciente, para o recebimento do paciente. Mas, para trabalharmos o processo, todo esse processo, trabalhar em rede a gente não consegue fazer isso entre as equipes desses serviços. Isso eu acho muito falho hoje em dia nesse processo de saúde mental no município. (E6)

Quando se coloca a possibilidade de enfrentar crises ou de fazer uma prevenção primária de enfermidades mentais é necessário dispor de um suporte, de tal forma que se possa dizer que controlando determinado fator de uma forma ou de outra, pode evitar chegar a uma crise. Um sistema assistencial que se pretende conduzir as enfermidades mentais, precisa se sustentar em um sistema consistente, para que as ações preventivas possam servir de obstáculo para as situações de crise e assim ser um produtor de saúde mental. Sem uma coerência desta ordem, o sistema acaba por se tornar fragmentado e conseqüentemente frágil (AMARANTE, 2013; BIRMAN; COSTA, 1994).

As figuras 4 e 5, a seguir, mostram duas concepções de RAPS: a primeira é a proposta pelo Ministério da Saúde que pode ser ampliada de acordo com os serviços e, a segunda, uma contribuição do Conselho Federal de Psicologia (CFP).

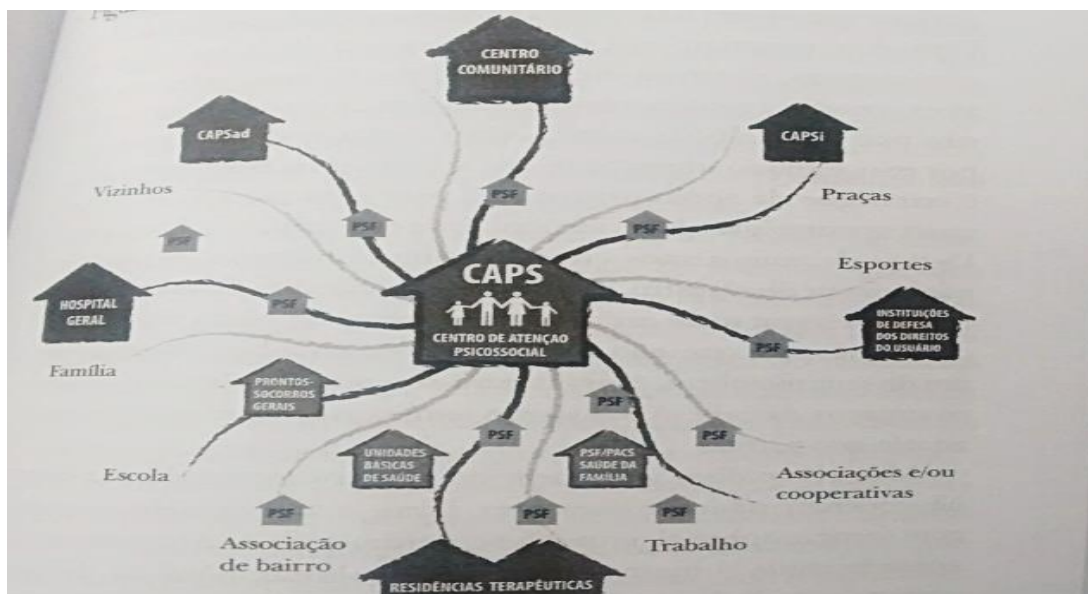


Figura 4: Rede de Atenção Psicossocial segundo o Ministério da Saúde.

Fonte: Brasil, 2004.



Figura 5: Rede de Atenção Psicossocial na concepção do Conselho Federal de Psicologia.

Fonte: Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2011.

Além do exposto, os enfermeiros mostram sentimentos como o de satisfação quando conseguem que seu serviço preste um cuidado ao usuário que evite que esse necessite de uma internação. Sentimento de frustração quando o usuário frequenta, por exemplo, o serviço extra-

hospitalar, no entanto acaba internando. Além disto, percebem o hospital como o local para onde o usuário é encaminhado quando os serviços substitutivos<sup>7</sup> não possuem suporte para manejar o usuário.

A Lei da Reforma Psiquiátrica, como já mencionada nesse estudo trás em seus parágrafos que a internação em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes (BRASIL, 2001). No entanto, durante o desenvolvimento do estudo, os enfermeiros mostraram que, por vezes, gostariam de proporcionar um cuidado mais qualificado e multiprofissional para evitar as internações, mas que em alguns momentos esses se vêem de “mãos atadas”.

Este é um trabalho de formiguinhas porque envolve toda a equipe que muitas vezes não está em um consenso. Assim como a rede, mesmo, que ainda não está preparada para tudo isso, mas mesmo com as dificuldades, quando conseguimos (evitar internação) ficamos bem satisfeitos. Como traz a Lei da Reforma Psiquiátrica, o ideal seria que o individuo fosse assistido em todas as situações com qualidade em sua assistência, com olhar bem individual. Mas, sabemos que não é bem isso que acontece. Então, estamos trabalhando ainda nesse serviço, para que possamos evitar estes tipos de internações (compulsórias e involuntárias), para que eles consigam utilizar um serviço como o nosso para se manter afastado. (E1)

Tem que tratar o paciente e infelizmente aqui (hospital) é o local, se não dá no CAPS é aqui. (E2)

A gente até se frustra um pouco enquanto serviço quando tem um paciente que acaba indo para uma internação compulsória. Não é uma coisa que nos traz nenhum tipo de satisfação ao contrário nos traz uma espécie de frustração. A gente tem a sensação de que não conseguiu tratar adequadamente esse paciente, não conseguiu manejar ele. Dá uma sensação de fracasso. Parece que a gente não está fazendo (cuidando) não está conseguindo dar conta da necessidade dele (usuário). (E4)

Compulsória vem do judiciário e só passa por aqui porque tem que passar pelos CAPS. A gente não tem muito que fazer porque não conhece o paciente. Então, as vezes ele vai direto para a internação. (E7)

Dessa forma, percebeu-se que há desafios para uma atenção ao usuário de forma que garanta seus direitos e vá ao encontro da Reforma Psiquiátrica. Talvez, uma das possibilidades para a superação dos desafios, seriam os serviços substitutivos como os CAPS mais integrados ao território dos usuários, que não fossem vistos como ambulatórios multidisciplinares, sendo transformados em CAPS 24 horas. No entanto, não bastam essas transformações, sem que haja mudanças nas bases conceituais dos serviços, mudanças no que

---

<sup>7</sup>O serviço substitutivo é um serviço territorial integrado, que se responsabiliza pelo atendimento de toda a demanda da área em que está inserido. Desta forma, é um serviço que substitui e supera o hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1997).

diz respeito ao campo teórico-conceitual: as noções de doença, terapia, cura, tratamento. Mudanças que consistiriam em uma assistência que procurasse não ter ideia de uma normalidade abstrata (AMARANTE, 2012b).

Assim, a partir do exposto, os enfermeiros compreendem as internações compulsórias e involuntárias como um processo complexo que não pode ser visto isoladamente, sendo necessária a avaliação do usuário em seu contexto social, familiar e cultural. Dessa forma, as internações não se restringem aos usuários, mas envolvem suas famílias e a relação familiar nem sempre se mostra harmoniosa, o que pode influenciar em uma possível internação. Uma das dificuldades relatadas pelos enfermeiros que as famílias enfrentam, além da falta de suporte familiar, é a superlotação dos serviços e a falta de recursos, o que acaba por necessidade levando a procura das internações compulsórias.

Os enfermeiros compreendem que a alta hospitalar é um momento que merece atenção, pois quando os familiares e usuários não recebem orientações e suportes adequados nessa fase, pode resultar em outras internações. Sendo assim, foi possível apreender que no que diz respeito ao campo teórico-conceitual, os enfermeiros apresentaram produção/reprodução de conhecimentos referente à Reforma Psiquiátrica como: cuidado integral, atenção à família, construção da cidadania, etc. Porém, as internações ainda surgem com força como recurso nas situações de crise do usuário.

Além disto, compreendem que as internações compulsórias e involuntárias vão contra a vontade do usuário, mas se mostram necessárias quando o mesmo não tem condições de definir seu estado de saúde, seja por estar sob efeito de substâncias químicas ou por estarem na fase aguda de alguma patologia psiquiátrica. Ambos os tipos de internações provocam nos enfermeiros tanto sentimentos de satisfação, quando conseguem evitar as internações, bem como de frustração quando os usuários após passar pelos serviços substitutivos acabam por serem internados.

O hospital emergiu como espaço destinado ao usuário quando o CAPS não consegue dar conta da demanda dele. Entretanto, para que haja uma redução das internações compulsórias e involuntárias e uma verdadeira superação das instituições hospitalares, compreendem que é preciso comunicação entre os serviços e uma RAPS sólida que propicie apoio entre eles.

Para que haja a superação da instituição hospitalar como prioridade no tratamento, entende-se que são necessários outros serviços que a substitua, sendo importante para que isso se concretize, uma RAPS que dê suporte ao usuário e sua família, por meio da comunicação entre os serviços. O que ainda não é uma realidade no município no qual o estudo foi

desenvolvido. Também, é importante que se tenham outras formas do imaginário da sociedade com relação à loucura, bem como no que diz respeito à construção de um modelo de assistência que tenha como protagonista o usuário, a desinstitucionalização, mas que possua suporte para desenvolver o cuidado.

Compreende-se que há uma preocupação dos enfermeiros em reproduzir o que preconiza a Lei da Reforma Psiquiátrica, mas a instituição hospitalar se apresenta com papel importante. A partir dos depoimentos dos enfermeiros percebe-se que nem sempre os serviços substitutivos mostraram-se suficientes para dar assistência a todos os pacientes psiquiátricos. Porém, quando se apresentam articulados são uma importante alternativa para reduzir as internações. No entanto, a instituição psiquiátrica não deve ser negada, pois em alguns momentos, quando como na fase aguda de um transtorno mental ou dependência química o paciente pode vir a necessitar de uma internação.

Sendo assim, é preciso atentar para o fato de que antes de tudo, a diferença é preciso ser vista e pensada não necessariamente inserida em um processo mais ou menos linear de adoecimento, em que a pessoa passa de “normal” para doente. Ocorrendo o deslocamento do pensamento, seremos conduzidos à criação de outras práticas e estratégias de ação. Assim, será possível não somente inventar, mas também produzir discontinuidades, discursivas e não-discursivas. Ainda, a clínica<sup>8</sup>, insiste na reprodução de doença, mesmo sendo “alternativo” ou de “boa vontade”, pode acabar operando em um único sentido e um único tempo excluindo potencialidades de criação de formas institucionais ou até mesmo revolucionárias da relação com o sujeito da experiência (AMARANTE, 2009).

#### **4.2 Internação compulsória e involuntária no cotidiano profissional do enfermeiro atuante em saúde mental**

Os enfermeiros ao longo de suas vivências profissionais percebem algumas diferenças e mudanças no que diz respeito ao seu cotidiano de trabalho em saúde mental especialmente aquelas relacionadas às questões de internação compulsória.

Pelo tempo que eu trabalho na área da saúde mental, acompanhei o período antes da Reforma Psiquiátrica e depois. Deu para perceber essa diferença gradativa, embora essa mudança tenha sido mais visível nos serviços extra-hospitalares e na criação de novos trabalhos, mais especificamente dentro do hospital, nas consultas de

---

<sup>8</sup>Utiliza-se clínica no sentido de sua questão de origem que é a de valorizar a relação do observador com o objeto natural denominado doença (AMARANTE, 2009).



emergências e nas internações. Com o tempo mudou, teve uma discussão bem ampla em relação a essas internações judiciais e em relação a dependência química. Tiveram discussões, novas políticas de saúde mental, em relação tanto a saúde mental como aos usuários de drogas e muitas específicas para o Crack. Conseguiu-se mudar um pouco esse direcionamento de internação compulsória e as ordens judiciais continuaram, mas em bem menos número. (E6)

A Reforma Psiquiátrica configurou-se um marco na assistência à saúde mental no Brasil. Por meio desse processo, busca-se uma mudança na maneira de olhar o usuário, possibilitando outras formas de prestar o cuidado. O movimento da Reforma Psiquiátrica foi impulsionado pela participação de profissionais, usuários e familiares, que antes não eram ouvidos, tendo sobre si a estrutura manicomial (AMARANTE, 2013).

Assim, o processo de Reforma Psiquiátrica, processo porque a Reforma não é algo que depois de instituída propaga mudanças definitivas, mas sim processos de mudanças, tem como uma das diretrizes a construção da cidadania para o usuário, o que envolve a superação dos paradigmas psiquiátricos, bem como a colocação do conceito de doença em discussão.

Havendo essa discussão e desconstrução, transformam-se as relações entre as pessoas envolvidas, os serviços, os dispositivos, os espaços. Mudando também os conceitos e as práticas jurídicas (AMARANTE, 2009).

Com relação à dimensão jurídica-política, os enfermeiros compreendem que o judiciário nem sempre interpreta da mesma forma que os profissionais da saúde a questão das internações. Bem como, que as internações compulsórias são solicitadas também em função da falta de leitos.

Quando a família procura uma ordem judicial é porque eles não estão conseguindo resolver. Eu tenho notado que os pedidos de consulta ou de internação compulsória, elas são não porque o paciente não quer consultar que ele se negue, até ele vem involuntariamente quando conseguem trazer, mas os pedidos são para internação judicial, em função de não ter leito. (E6)

Com relação à internação compulsória e involuntária, a única diferença que eu vejo, a reação é a mesma, eles não querem se negam a ficar, não tem o interesse, não tem aquela motivação. Eles internam desmotivados, contra a sua própria vontade. Mas uma das diferenças é que a compulsória tu tem por trás daquele pedido de internação, daquela solicitação uma ordem judicial. Uma ordem judicial que um juiz está determinando que tu tem que internar, não tem escapatória no caso é ele que está determinando e ponto, é uma determinação. (E8)

A dimensão jurídica-política envolve a revisão das legislações civil, penal e sanitária no que diz respeito aos conceitos de doença mental, loucos e psicopatia, e construção de novas possibilidades de trabalho, cidadania e ingresso social. Sendo assim, refere-se à

cidadania real dos indivíduos na vida social: direito à família, ao trabalho, ao cotidiano da vida social e coletiva e aos amigos (AMARANTE, 1999, 2003).

Embora a relação entre o Direito e a saúde seja algo necessário, nem sempre acontece de forma estável, sendo considerado algo complexo e difícil, pois enquanto a linguagem médica descreve o estado de saúde do usuário que pode variar de grave à saudável, a linguagem jurídica analisa de forma binária: o usuário é capaz ou incapaz, necessita ser internado ou não, oferece perigo ou não (BARROS; SERAFIM, 2009). A fim de amenizar essa relação e demonstrar ao judiciário que as condições para o usuário ser internado vão além de ele ser capaz ou incapaz, e que envolve outros aspectos como: questões familiares, aderência ao serviço ou a falta de leitos como mencionado nos depoimentos anteriores, os enfermeiros buscam estabelecer uma comunicação com o setor judiciário. Esta tem o objetivo de colocar os seus pontos de vista e seus conhecimentos no que se refere ao usuário e seu cuidado em saúde mental.

Estamos tentando trabalhar junto ao judiciário para que eles encaminhem os usuários para nós, para que a gente consiga fazê-los entender dessa proposta (Reforma Psiquiátrica), procuramos que venham (os usuários) fazer aqui o tratamento, que se vinculem mesmo ao serviço e que não necessitem de uma condição assim (internação). (E1)

A gente fez um movimento de procurar os juízes que estavam internando, os médicos começaram a escrever documentos explicando a situação, que não podia ser por aí. Isso diminuiu bastante (internações compulsórias). Hoje, a gente basicamente interna só por internação involuntária. (E5)

Quando é nosso paciente, a gente tenta para que não vá para a internação. A gente consegue, às vezes, reverter esse quadro (internação compulsória). A gente consegue conversar porque muitas vezes o paciente não precisa ir. (E7)

As internações por muito tempo foram utilizadas como único meio para o tratamento em saúde mental e a internação compulsória utilizada como medida rápida para esconder ou camuflar os problemas sociais, pois por períodos era entendido que essa seria a fonte para a cura da loucura. Nesse contexto, os enfermeiros procuram, então, estabelecer uma comunicação com o judiciário, aliando a Lei Nº 10.216/2001, na tentativa de demonstrar o que esta objetiva (FRANÇA, 2012).

Corroborando a isso, a saúde mental pode ser vista como uma área que envolve outras áreas do conhecimento. Poucos campos de conhecimento e atuação na saúde são tão complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes. A saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia, não podendo ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais. Nesta rede de saberes que se entrecruzam, além da psiquiatria e da

enfermagem psiquiátrica estão a psicologia, a psicanálise, a filosofia, a geografia, o direito, a antropologia, a sociologia, a história (AMARANTE, 2013b).

Além disso, como se fala em história, em usuários, em sociedades, em culturas não se pode excluir as manifestações religiosas, ideológicas, éticas, morais. Enfim, não existem respostas que definam os limites desse campo e quais saberes o compõe efetivamente (AMARANTE, 2013b).

A equipe multiprofissional precisa considerar a singularidade do usuário no tratamento disponibilizado como um preceito ético de sua atuação, não limitando sua visão a explicações científicas. O plano terapêutico necessita ser amplo abrangendo também as pessoas que cercam o usuário na comunidade (XAVIER, 2014). Torna-se, desse modo, importante que haja comunicação entre as áreas, como os enfermeiros estão buscando desenvolver, para que seja realizado um cuidado holístico em saúde mental.

A partir disso, percebe-se que há uma boa parte de profissionais comprometidos com ideias de mudança. Partindo do princípio que a saúde mental é uma área complexa e plural, as mudanças não deveriam ser reduzidas à simples reestruturação dos serviços, em um movimento que vai do modelo asilar em direção ao sistema de saúde e atenção psicossocial (AMARANTE, 2013b).

Observa-se que os movimentos reformistas, caminharam em direção a propostas de reformulação dos serviços, em tentativas como a de humanizar o hospital, na criação de serviços externos que reduzissem os efeitos do hospital ou que diminuíssem as internações.

Assim, a reestruturação se dá somente no âmbito dos serviços, sendo esse um primeiro grande desafio a ser superado. Ressalta-se que os serviços devem ser transformados e os manicômios superados, no entanto esse não pode ser o objetivo em si, mas sim consequência de princípios e estratégias anteriores (AMARANTE, 2013b).

Seguindo essa linha de pensamento, reduzir a Reforma Psiquiátrica somente à reestruturação dos serviços, pode gerar no sistema as reinternações. De acordo com o depoimento, entre outros motivos, as reinternações ocorrem devido aos usuários não conseguirem aderir aos serviços extra-hospitalares, por falta de informações sobre o tratamento ou ainda pelas internações involuntárias e compulsórias serem ineficientes.

O que dá para dizer é que ao longo dos anos a característica de funcionamento dos serviços tem se modificado em termos de atendimento, da forma como os pacientes têm sido atendidos. Tem se tornado um pouco mais humanizado, ainda não está no ideal que deveria ser. (E5)

Aqui no trabalho nós passamos dificuldades para conseguir leitos, o usuário fica um determinado período lá (internado) para desintoxicação, retorna ao seu contexto familiar, as suas rotinas, ao seu cotidiano, ao seu território e recai. Então, a gente sabe que a internação nesses casos não é a melhor coisa principalmente a involuntária ou a compulsória. (E1)

A gente vê que os pacientes que reinternam tanto involuntária, como compulsoriamente são pacientes que não aderiram ao tratamento extra-hospitalar [...] Alguns pacientes eles internam, reinternam e vão para os serviços e muitas informações em relação à saúde que seria de psicoeducação eles não recebem dos profissionais [...] Ele vem contra a vontade e é internado contra a vontade, mas na medida em que ele vai fazendo o tratamento vai melhorando. E outros pacientes não. Eles internam contra a vontade deles e passam o período de internação considerando que aquele procedimento tanto da família, como dos profissionais de saúde foram contra os direitos dele de liberdade e às vezes reinternam. (E6)

Tem muita reinternação! Tem casos que reinternam dez vezes [...] é difícil aceitar as condições, é difícil ter uma aceitação de uma imposição. Então, é complicado! É uma fase difícil da vida. Então, eles (usuários) acabam voltando. (E8)

A partir dos depoimentos, poder-se-ia questionar: mesmo existindo serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, as reinternações poderiam estar denunciando algum retrocesso no que diz respeito ao cuidado em saúde mental? (PANDE; AMARANTE, 2011).

A partir do que traz a Reforma Psiquiátrica, supõe-se que haja a superação do modelo manicomial, com a instauração de novos serviços, de portas abertas, de base territorial e com maior comunicação com a comunidade (MIELKE et al., 2009). Os serviços cujo objetivo é substituir o hospital psiquiátrico devem ser abertos, comunitários, que ofereçam atendimento diário aos usuários, realizando acompanhamento clínico e reinserção social desses por meio do acesso ao trabalho, lazer, família e direitos civis (DELGADO et al., 2007).

O que se percebe é que ao invés dos serviços extra-hospitalares substituírem o modelo asilar, passaram a compor a rede, coexistindo com os serviços já existentes como os ambulatoriais e os hospitais psiquiátricos (PANDE; AMARANTE, 2011). A partir disso, surge um desafio para a Reforma Psiquiátrica, que de acordo com a literatura internacional pode ser denominado de *revolving-door* ou porta-giratória (PEPPER; KIRSHNER; RYGLEWICZ, 2000).

Esse fenômeno pode ser definido como uma consequência da desinstitucionalização<sup>9</sup>, pois ocorre a redução de leitos hospitalares, entretanto os serviços criados para substituírem as

---

<sup>9</sup>O *revolving-door* ocorre quando a desinstitucionalização é tratada como desospitalização, em um modelo no qual as políticas públicas tem como foco a redução de leitos psiquiátricos, sem viabilizar condições necessárias para o atendimento extra-hospitalar, refletindo negativamente sobre o usuário e família, acarretando nas reinternações (AMARANTE, 2000; ROTELLI; LEONARD; MAURI, 2001).

internações não possuem todos os recursos necessários para acompanhar os usuários e acabam necessitando da instituição hospitalar. Assim, a assistência em saúde mental pode ser comparada a um circuito, onde cada serviço realiza e delimita o que considera ser de sua competência e o que considera não ser, transfere para outro serviço. De tal modo, o cuidado que deveria ser de forma contínua, havendo a comunicação entre as equipes, acaba se tornando fragmentado (ROTELLI; LEONARD; MAURI, 2001).

Nesse contexto, o fenômeno *revolving-door* é uma questão que merece atenção no processo da Reforma Psiquiátrica, como evidenciou este estudo. Como ponto positivo, pode-se observar que os enfermeiros reconhecem que há um grande número de reinternações. Esse reconhecimento pode ser considerado importante para que esse fator possa ser minimizado. Ter consciência crítica é um dos pontos-chaves necessários para o processo de transformação do modelo de atenção à saúde mental (PANDE; AMARANTE, 2011).

Levando-se em consideração o que foi mencionado, prestar ao usuário o mínimo de recursos que lhe permitam independência para as atividades do seu cotidiano e exercício de cidadania é o desafio para que a desinstitucionalização, não seja uma simples desospitalização. Imaginar um usuário que por anos permaneceu institucionalizado, ou que vivenciou diversas reinternações, frequentando oficinas terapêuticas, CAPS, hospitais-dia, desfrutando de sua livre gestão e seu direito de ir e vir é algo que não parece fácil e que requer perseverança e criatividade terapêutica (VIETTA et al., 2001).

Logo, a Reforma Psiquiátrica não pode ser depositada somente no sucesso terapêutico-assistencial, pois como um processo, é algo em movimento, que se transforma permanentemente, surgindo novos elementos, novas situações a serem enfrentadas. Um processo social complexo que se constitui como entrelaçamento de dimensões simultâneas, que em momentos se alimentam, se conflitam, produzem pulsões, paradoxos, contradições, consensos, tensões. Estando também seu futuro, na maneira de como a sociedade vai lidar com seus diferentes, com suas minorias, com os usuários em desvantagem social (AMARANTE, 2000; 2013b).

Em vista do que foi apresentado nesta categoria, no seu cotidiano quanto às internações compulsórias e involuntárias os enfermeiros compreendem que desde o advento do movimento reformista até a Lei da Reforma Psiquiátrica, houve mudanças significativas no contexto da saúde mental. As mudanças apresentadas por eles se situam mais especificamente nos serviços. Nos depoimentos não se evidenciou que essas mudanças tenham ultrapassado os muros do serviço e chegado até a sociedade, sendo esse um desafio.

No que diz respeito às internações compulsórias, os enfermeiros procuram estabelecer comunicação com o setor judiciário na tentativa de demonstrar que a saúde mental e as internações envolvem mais questões que somente a doença, contemplam questões sócio-políticas, éticas, culturais, familiares, entre outras. Sendo que um dos fatores apresentados pelos enfermeiros, que atualmente é outro desafio para a desinstitucionalização, são as reinternações (fenômeno *revolving-door*). Como evidenciado nos depoimentos há a ocorrência de reinternações pelo fato dos usuários não estarem aderindo aos serviços extra-hospitalares, por falta de informações quanto seus diagnósticos e pela falta de leito.

Considera-se que as reinternações pela falta de leito giram e recaem no fato de alguns usuários não estarem aderindo de forma efetiva aos serviços extra-hospitalares. A não aderência poderia se justificar pelo fato da Rede de Atenção em Saúde Mental do município se apresentar fragmentada e o hospital acaba sendo visto como um recurso importante para os usuários e seus familiares.

Dessa forma, se torna um desafio para o processo de Reforma Psiquiátrica, a construção de uma rede que disponibilize alternativas à internação psiquiátrica e que possam suprir as necessidades dos usuários que estão sendo desinstitucionalizados (PARENTE et al., 2007). Visto que para isso, se mostra importante que haja profissionais implicados, comunicação entre os serviços, mas também investimentos políticos e aplicação de recursos que visem serviços extra-hospitalares eficazes e resolutivos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão das internações compulsórias e involuntárias preconizadas na Reforma Psiquiátrica brasileira segundo os enfermeiros que atuam na saúde mental devem ser vistas além da doença, levando em consideração o usuário e seu contexto social, econômico, cultural e familiar. Quando esses fatores se encontram em desequilíbrio, as chances para uma internação tendem a aumentar. Os enfermeiros compreendem que com a Reforma Psiquiátrica houve mudanças no que diz respeito ao cuidado em saúde mental, no entanto, ainda não está de acordo com os princípios da Lei 10.216/2001, principalmente no que diz respeito à participação social, pois as mudanças ainda focadas na reestruturação dos serviços.

Dessa forma, mudanças que focam somente na reestruturação dos serviços tendem a não chegar de forma efetiva na comunidade. Assim, as internações involuntárias e compulsórias são consideradas pelos enfermeiros como não efetivas no tratamento, mas em alguns momentos consideradas necessárias como em momentos de fase aguda de algum transtorno mental ou da dependência química. Como a RAPS se apresenta fragmentada em situações de crises, o recurso utilizado ainda é a internação que, em sua maioria, acontece de forma involuntária ou compulsória na ocorrência da falta de leitos. Essa fragmentação da RAPS gera o que pode ser denominado de fenômeno *revolving-door* ou porta-giratória, que se caracteriza como reinternações sucessivas, e que de acordo com os enfermeiros são numerosas, sendo considerado um desafio para a desinstitucionalização.

Durante o desenvolvimento deste estudo percebeu-se que os enfermeiros, por vezes, se deparam com situações que não conseguem resolver devido à falta de comunicação entre os serviços e devido à fragmentação da RAPS, mas que no seu cotidiano de trabalho procuram realizar ações como a comunicação com o judiciário na tentativa de reduzir as internações compulsórias a partir da troca de conhecimentos. Em uma dimensão teórico-conceitual, isso demonstra que a constituição do saber psiquiátrico como verdadeiro, neutro e inquestionável já não é mais aceito. Os enfermeiros procuram mostrar que, ao elaborar uma intervenção, devem contemplar um conjunto de aspectos que vão do âmbito social, ético, político, ideológico ao religioso, cultural, moral, entre outros.

Assim, em uma dimensão técnico-assistencial, a doença precisa ser colocada entre parênteses e no momento que isso ocorre, surge um usuário com família, anseios, problemas, trabalho, vizinhos, amigos e novamente para que esse usuário tenha suas necessidades atendidas necessita-se de uma assistência em saúde mental que opere de forma contínua e não

a partir de serviços isolados, em que cada um desempenha suas funções e transferem-se entre si o que consideram não ser de sua competência, como, por exemplo, os usuários que possuem algum transtorno mental, mas que também são usuários de substâncias psicoativas.

Para que isso ocorra, em uma dimensão sócio-cultural é importante que haja a construção de um novo imaginário social com relação à loucura e aos usuários, em que não se tenha rejeição ou intolerância e sim reciprocidade e solidariedade. O hospital psiquiátrico, de acordo com a história da psiquiátrica foi constituído como o local que isola para tratar. Porém, atualmente, isso não se apresenta como uma exclusividade do hospital. O isolamento pode ser reproduzido em outros serviços e na sociedade quando não há uma discussão da Reforma Psiquiátrica com o objetivo de refletir a loucura, a doença mental, o usuário, o hospital, a produção cultural dos envolvidos como os usuários, voluntários, famílias, equipes de saúde, judiciário, entre outros.

Quanto aos conceitos das internações compulsórias e involuntárias, os enfermeiros demonstraram saber diferencia-las, pois os relatavam na fase introdutória aos depoimentos. Ainda, vale destacar que a intenção deste estudo, não foi apresentar qual é a melhor forma que os enfermeiros necessitam prestar assistência aos usuários e nem apontar verdades, pois se entende que essas seriam inventadas, legitimadas ao longo do tempo, passando a ser naturalizadas, não sendo discutidas nem questionadas. Assim, pretendeu-se buscar um espaço para que os enfermeiros pudessem discutir e questionar os aspectos que envolvem as internações compulsórias e involuntárias, na busca de outras formas de pensar essas internações.

Entende-se para que os desafios sejam superados que seja necessário uma formação e projetos de pesquisa e extensão voltados para a lógica da desinstitucionalização, bem como exista espaços de discussões e trocas de conhecimentos para que os enfermeiros tenham uma formação permanente. Ainda, que sejam desenvolvidas outras pesquisas que envolvam a temática da Reforma Psiquiátrica, como por exemplo, o fenômeno *revolving-door*.

Espera-se que este estudo além de contribuir com a organização dos serviços de saúde mental do município, também possa repercutir em novas pesquisas voltadas as necessidades do usuário a partir de seu contexto social, com vistas a desenvolver um cuidado que permita uma assistência mais humanizada. Além disto, espera-se que possa colaborar para a disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto em Situações Críticas de Vida no que tange a área de Saúde Mental do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM, assim como de outras Instituições de Ensino Superior.



Por fim, como limitação da pesquisa pode-se citar as mudanças de profissionais enfermeiros nos serviços de saúde mental durante o período de coleta de dados. Era estabelecido contato com o enfermeiro e durante o prazo para a coleta, os profissionais eram substituídos e o contato necessitava ser realizado novamente. Com isso, pode-se evidenciar que a rotatividade de profissionais prejudica o vínculo com os usuários. Ainda, a pesquisa indicou a importância da RAPS integrada e da comunicação entre os serviços, apontando que os serviços extra-hospitalares precisam se apropriar na medida do possível de estratégias e recursos presentes no território, na procura de ações que não sejam centradas nas próprias atividades ou ações do serviço.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Manicômio e Loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I. (org.) **Fim de século: Ainda manicômios?**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p. 47-53.

AMARANTE, P. (1997) Loucura, Cultura e Subjetividade: Conceitos, Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. (FLEURY, S. org.) São Paulo: Lemos editorial.

AMARANTE P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In AMARANTE, P. (coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003. p. 45-66.

AMARANTE, P. A. Rumo ao fim dos manicômios. *Mente Cérebro*. 164. ed. 2006. Disponível em: [http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo\\_ao\\_fim\\_dos\\_manicomios\\_imprimir.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/reportagens/rumo_ao_fim_dos_manicomios_imprimir.html).

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. 4. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

AMARANTE, P. **Paulo Amarante fala sobre saúde mental e Reforma Psiquiátrica**. In: VERONI, W. (coord.) **Onde você guarda a sua loucura?: Saúde Entrevista**. Portal Minas Saúde. 2011

AMARANTE, P. et al. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 125-132, jan./jun. 2012a.

AMARANTE, P. Reflexões sobre a Luta Antimanicomial. In: CORREA, R (coord.) **(En)Cena entrevista Paulo Amarante**. (En)Cena,. 2012b.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2013a.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2013b.

AMARANTE, P. In: DOMINGUEZ, B (coord.) **‘Queremos diminuir a apropriação que a medicina faz da vida cotidiana’**. *Radis: Comunicação e Saúde*. n. 146. 2014.

ATLAS TI. **ATLAS.ti: The Qualitative Data Analysis&Research Software**. Versão 7.0. 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – 1979/2000: Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem. ABEn, Brasília, v. 1, n.18, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – 2001: Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem. ABEn, Brasília, v. 19, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – 2002: Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem. ABEn, Brasília, v. 20, 2002. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/documentos/tituloscatalogoxx.pdf>. Acesso em: 10 de Janeiro 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – 2003: Informações sobre pesquisas e pesquisadores em enfermagem. ABEn, Brasília, v. 21, 2003. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/documentos/Catalogo2002%20Segundo%20Semestre.doc>. Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

ASSOCIAÇÃO FRANCISCANA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SEFAS. Disponível em: <http://sefas.org.br/site/>. Acesso em: 20, Mar. 2015.

BALDUINO, A. F. A; MANTOVANI, M. F; LACERDA, M. R. O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença cardíaca crônica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, junho de 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452009000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452009000200015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 Nov. 2013.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARROS, D. M; SERAFIM, A. P. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. **RevPsiq Clín.** v. 36, n. 4, 2009.

BIRMAN, J; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In P. Amarante (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994.

BOCCHI, S. C. M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v.12, n.1, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100016). Acesso em: 25 Jan. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 1.132**: Promulgado em 22 de dezembro de 1903. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 15 Out. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 24.559**: Promulgado em 3 de julho de 1934. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-norma-pe.html>. Acesso em: 16 Out. 2013.

BRASIL. **Constituição Federal Brasileira**: promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 05 Out. 2013

BRASIL. **Lei 8.080**: Promulgada em 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 15 Out. 2013.

BRASIL. **Lei da Reforma Psiquiátrica**: promulgada em 7 de agosto de 1992. Porto Alegre, 1992. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/legislacao/id326.htm>>. Acesso em: 11 Set. 2013.

BRASIL. **Lei da Reforma Psiquiátrica**: promulgada em 6 de abril de 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm). Acesso em: 08 Ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 27 Set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Justiça do Brasil. Observatório brasileiro de informação sobre drogas. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 28. Set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 466. 2012. Brasília: CNS; 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Portal Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/01/em-2012-sao-paulo-registrou-mais-de-5-3-mil-internacoes-involuntarias-de-dependentes-quimicos>>. Acesso em: 15 Out. 2013.

BRITTO, R. C. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. 2004 Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, 2004.

CASTRO, R. C. B. R; SILVA, M. J. O. O conhecimento e a percepção do enfermeiro a respeito do processo de reforma psiquiátrica. **Acta Paul. Enf.** São Paulo. V.15, n. 5, p:55-62, 2002.

CAVADA, C. T. **Concepções de Reforma Psiquiátrica presentes no discurso de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial**. 2011 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pelotas, 2011.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, Sage; 1994. Campos, R e Furtado, JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 6, n. 42, p. 1090-6, 2008.

DELGADO, P. G. G. et al. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A.; KOHN, R. **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. São Paulo: Artmed, cap.2, p. 38-79. 2007.

DIAS, T. A. **A reforma psiquiátrica na região oeste do Paraná: o discurso dos enfermeiros e suas práticas**. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 2008.

DONOSO, M. T. V. O gênero e suas possíveis repercussões na gerência de enfermagem. **Rev. Min. Enf.** v. 4, n.1/2, p.67-69, jan./dez, 2000.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, Coleção estudos. 2004.

FRANÇA, G. L. **Internação compulsória do dependente químico: violação do direito de liberdade ou proteção do direito à vida?** 2012 Monografia (Graduação em Direito) - Faculdade de Direito de Presidente Prudente, 2012.

FREITAS, F. F; TERRA, M. G; SILVA, A. A, et al. Hospital discharge of people with mental disorder: meanings assigned by family. **J Nurs UFPE online**. v. 7, n. 11, p.6477-87, 2013.

GANZELA, M; ZAGO, M. M. F. A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa de literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 351-355, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt\\_a19v21n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a19v21n2.pdf). Acesso em: 21 Jan. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008a.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008b.

GRANDO, L. H; ROLIM, M. A. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem, de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: v. 13, n. 6, p. 989-995, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a11.pdf>. Acesso em: 21 Jan. 2015.

GUIMARÃES, J. et al. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, mai/ago. 2001.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – HUSM. Disponível em: [www.ufsm.br/husm](http://www.ufsm.br/husm). Acesso em: 15, Mar. 2015.

KALLERT, T. W; GLOCKNER, M; SCHUTZWOHL, M. Involuntary vs. voluntary hospital admission: a systematic literature review on outcome diversity. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci**, v. 258, p. 195-209, 2008.

LOPES, M. J. M; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos pagu**. v. 24, p. 105 – 125, janeiro-junho de 2005.

- MACIEL, S. C. Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012.
- MENDES, T. H; CASTRO, R. C. B. R. Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria. **RevEnferm UNISA**. v.6, p.94-98, 2005.
- MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no Caps no entendimento dos profissionais. **CienSaudeColet**. v. 14, n. 1, p. 159-164,2009.
- OLIVEIRA, A. G. B; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n.3, mai./jun. 2003.
- PANDE, M. N. R; AMARANTE, P. D. C. Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 4, p.2067-2076, 2011.
- PEPPER, B; KIRSHNER, M. C; RYGLEWICZ, H. The Young adultchronicpatient: overview of a population (1981). **Psychiatric Services**. v.1, n. 5, p.989-995, 2000.
- PARENTE, et al. O fenômeno de revolving-door em hospitais psiquiátricos de uma capital do nordeste brasileiro. **REME – Rev. Min. Enf.** v. 11, n.4, p. 381-386, out./dez, 2007.
- QUARESMA, S. J; BONI, V. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2 n. 1, p. 68-80. janeiro-julho/2005. Disponível em<<http://www.emtese.ufsc.br>>. Acesso em: 05. Set. 2013.
- RAMOS, D. K. R. **Reinternações psiquiátricas no Rio Grande do Norte: implicações e impacto das novas estratégias de atenção à saúde mental**. 2011. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2011.
- REINALDO, A. M. S; PILLON, S. C. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 688-693, dez. 2007.
- ROTELLI, F; LEONARDI, O; MAURI, D. Desinstitucionalização uma outra via. **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- SANTA MARIA. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/280-centros-de-atencao-psicossocial>. Acesso em: 05, Mar. 2015.
- SILVA, T. C; KIRSCHBAUM, D. I. R.A construção do saber em enfermagem psiquiátrica: uma abordagem históricocrítica. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**.v. 6 Nov; 6(Especial), p.409-38, 2010.
- SILVA. A. T. M. et al. Formação de enfermeiros na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 57, n. 6, p: 675-8. no/dez .2004.

SOARES, J. M. A. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. 1997 Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública.

SOCOL, K. L. S. et al. O cotidiano das relações familiares com indivíduo dependente químico. **Cogitare Enferm**; v. 19, n. 1, p. 116-22, Jan/Mar, 2014a.

SOCOL, K. L. S. et al. Sobrecarga financeira vivenciada por familiares cuidadores de indivíduo dependentes químicos. **Rev Enferm UFSM**; v. 4, n. 3, p. 602-611, Jul/Set, 2014b.

TERRA, M. G. et al. Saúde mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão. **Esc Anna Nery R Enferm**; v. 4, n. 10, p. 711-7, dez, 2006.

TORRE, E.H. G; AMARANTE, P. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.6, n. 1, p. 73-85, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

TURATO, E. R.; FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa**. 4.ed. São Paulo: Vozes, 2013.

TURATO, E. R.; Métodos qualitativos quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005. Disponível em: <<http://www.fps.usp.br/rsp>>.15/10. Acesso em: 14 jan. 2013.

VIEIRA, R. Q; SILVA, L. X. A família como ponto chave no tratamento terapêutico de pacientes portadores de transtornos psiquiátricos e dependentes químicos. **UNIICA**. 2013. Disponível em: <http://www.uniica.com.br/>. Acesso em 15 de fev. 2015.

VILLARES, C. C; REDKO, C. P; MARI, J.J. Concepções de doença por familiares de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.21, n.1. Jan./Mar.1999.

VIETTA, E. P; KODATO, S; FURLAN, R. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Rev Latino-AmEnferm**. v. 9, n. 2, p. 97-103, 2001.

XAVIER, M. S. et al. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. **Esc Anna Nery**. v. 18, n. 2, p. 323-329, 2014.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2006 Tese (Doutorado em Ciências a área da Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

## **APÊNDICES**



## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título do estudo:** Internação compulsória e involuntária na compreensão de enfermeiros atuantes em saúde mental

**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

**Mestranda pesquisadora:** Enfa. Mda Mariane da Silva Xavier

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Programa de Pós Graduação em Enfermagem

**Telefones para contato:** (55)3220-8029

**Local da coleta de dados:** Serviços substitutivos e hospitalares de saúde mental que prestem cuidados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Porém, antes de concordar e responder a entrevista é importante que você compreenda as informações contidas neste documento, pois os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas. Além disto, você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou perda de benefícios aos quais tenha direito.

- **objetivo:** Conhecer como os enfermeiros de saúde mental de um município do interior do Rio Grande do Sul compreendem a internação compulsória e involuntária consideradas na reforma psiquiátrica brasileira.

- **Procedimentos:** sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista (conversa), individual, gravada em gravador digital em que o pesquisador fará algumas perguntas. Caso você não desejar, sua vontade será respeitada. O dia e horário para realização da entrevista será marcado com você conforme a sua disponibilidade. O tempo de duração da entrevista será conforme você desejar. A entrevista será realizada em uma sala no seu local de trabalho, previamente reservada ou em algum local da sua escolha. O que você falar será digitado (transcrito) e será guardado por cinco anos, por determinação ética da pesquisa sob a responsabilidade da Profa. Dra. Marlene Gomes Terra (orientadora desta pesquisa) em seu armário exclusivo para pesquisa, chaveado que está em uma sala no Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Após este período, os dados (transcrições) serão destruídos. Somente os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa terão acesso à gravação a qual será destruída logo após a sua digitação (transcrição). Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável, comprometidas em apresentar o relatório da pesquisa para o serviço no qual você trabalha.

- **Benefícios:** para você, os benefícios serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em saúde e enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática.

- **Riscos:** você, a princípio, não sofrerá risco, mas poderá sentir cansaço e desconforto pelo tempo que envolve a conversa e por ter de relembrar algumas vivências que possam ter causado sofrimento. Caso isto venha acontecer, poderei concluir a entrevista e encaminhá-lo para o serviço de Pronto Atendimento Psiquiátrico do Hospital Universitário de Santa Maria.

- **Sigilo:** ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Dissertação de Mestrado, bem como de artigos em Revistas da Área da Enfermagem. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento. A sua identificação será através da letra 'E', que é a inicial da palavra Enfermagem seguida de um número (E1, E2, E3...).

É importante salientar, caso você tiver alguma dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com:

**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFSM Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – CEP: 97105-900, Santa Maria, RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br**

Eu, \_\_\_\_\_ estou ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, aceito participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando em posse de uma delas.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura do (a) participante da pesquisa



---

Assinatura do pesquisador

## Apêndice B – ROTEIRO PARA A ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### 1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1.1. Idade:

1.2. Sexo:

1.3. Tempo que trabalha na área da Saúde Mental:

Entrevista nº:

Data:

Por favor, leia e reflita sobre os enunciados abaixo elencados, respondendo ao questionamento na sequência:

*A Lei nº 10.216/2001 denominada Lei da Reforma Psiquiátrica redireciona o modelo de atenção em saúde mental na medida em que passa de um modelo hospitalocêntrico para um modelo psicossocial. Esta dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).*

*A Lei da Reforma Psiquiátrica também regulamente as internações psiquiátricas e a distingue em três tipos conforme ser 6º artigo.*

*Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.*

*Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I - internação voluntária, II - internação involuntária e, III - internação compulsória.*

### 2. QUESTÃO NORTEADORA

Qual seu entendimento de internação compulsória e involuntária?

Apêndice C – **Termo de Confidencialidade**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE ENFERMAGEM**

**Título do projeto:** Internação compulsória e involuntária na compreensão de enfermeiros atuantes em saúde mental

**Pesquisadora responsável:** Enfa. Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

**Pesquisadora :** Enfa. Mda. Mariane da Silva Xavier

**Telefone para contato:** (55) 3220-8029 E-mail: martesm@hotmail.com.br  
marianesxavier@yahoo.com.br

**Local da coleta de dados:** Serviços substitutivos e hospitalares de saúde mental que prestem cuidados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas gravadas em uma sala previamente reservada no seu local de trabalho ou em local de escolha do participante. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto, construção de um banco de dados do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade, do Departamento de Enfermagem da UFSM e os desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da Enf<sup>a</sup>Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 1445, localizada no quarto andar do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, por cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

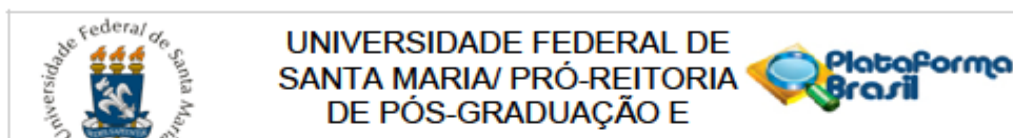
Santa Maria, ..... de .....de 2014.



Enf<sup>a</sup>Prof<sup>a</sup>Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra

Pesquisadora Responsável

## **ANEXO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E INVOLUNTÁRIA A PARTIR DA COMPREENSÃO DE ENFERMEIROS ATUANTES EM SAÚDE MENTAL

**Pesquisador:** Marlene Gomes Terra

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 27928814.9.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

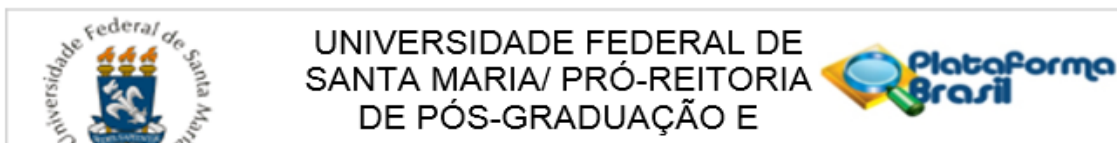
**Número do Parecer:** 564.014

**Data da Relatoria:** 08/04/2014

#### Apresentação do Projeto:

O histórico da saúde mental tem sido marcado pela discriminação, exclusão e afastamento das pessoas com transtorno mental da sociedade, não para que recebessem tratamento, mas para serem isoladas e, assim, não causarem desordem ou algum tipo de violação na ordem social. Para isso, ocorriam internações sem critério para que fosse possível observar e medicalizar essas pessoas. Neste sentido, tem-se como objetivo, analisar a compreensão de enfermeiros atuantes em saúde mental de um município do interior do Rio Grande do Sul acerca da internação compulsória e involuntária proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória que será desenvolvida em dois hospitais, cinco serviços substitutivos e em um núcleo de saúde mental da Secretaria de Saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul. Para tanto, serão entrevistados os enfermeiros atuantes na saúde mental. A entrevista semi estruturada com pergunta aberta, individual e gravada será realizada no período de março e maio de 2014 em uma sala reservada no serviço na qual se fará a seguinte questão: qual seu entendimento de internação compulsória e involuntária? Esta pesquisa será fundamentada no referencial teórico de Paulo Amarante. Para a análise dos dados será utilizada a Análise de Conteúdo. Serão respeitados todos os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos pautados na Resolução Nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 91.059-900  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 564.014

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar a compreensão de enfermeiros atuantes em saúde mental de um município do interior do Rio Grande do Sul acerca da internação compulsória e involuntária proposta pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios estão bem descritos e obedecem aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, conforme segue:

**Riscos:**

Tendo em vista que a entrevista mobiliza sentimentos, a pesquisadora se compromete disponibilizar suporte para as possíveis intercorrências emocionais que poderão surgir por meio de contato prévio com o serviço de psicologia e/ou medicina do referido local.

**Benefícios:**

Para os sujeitos da pesquisa, os benefícios serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento em saúde e enfermagem, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre essa temática. Os participantes não terão despesas e nem compensação financeira relacionada à sua participação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão apresentados adequadamente: Folha de rosto, Termo de confidencialidade, registro no GaP, TCLE, autorização do DEPE, da Casa de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde.

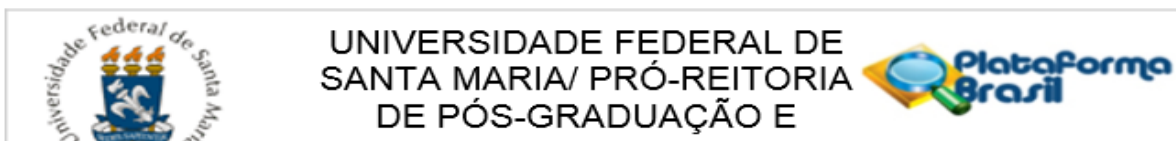
**Recomendações:**

.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências anteriormente apontados foram resolvidas.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 91.059-900  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 564.014

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 21 de Março de 2014

---

**Assinador por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
**(Coordenador)**