

**Organizadores:**

Cleide Correia de Oliveira

Luis Fernando Reis Macedo

Ana Caroliny Oliveira da Silva

Ana Raiane Alencar Tranquilino

# Ciência e Evidência em Saúde Mental

**VOLUME 1**



2023



Universidade Regional  
do Cariri - URCA



**Organizadores:**

Cleide Correia de Oliveira

Luis Fernando Reis Macedo

Ana Caroliny Oliveira da Silva

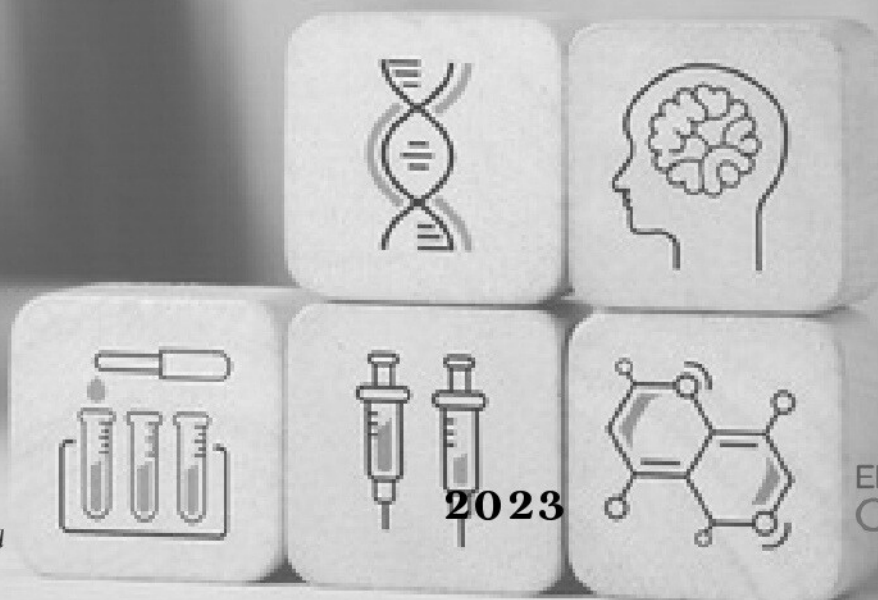
Ana Raiane Alencar Tranquilino

# Ciência e Evidência em Saúde Mental

**VOLUME 1**



Universidade Regional  
do Cariri - URCA



EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



Editora Omnis Scientia

**CIÊNCIA E EVIDÊNCIA EM SAÚDE MENTAL**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2023

## **Editor-Chefe**

Me. Daniel Luís Viana Cruz

## **Organizadores**

Cleide Correia de Oliveira

Luis Fernando Reis Macedo

Ana Caroliny Oliveira da Silva

Ana Raiane Alencar Tranquilino

## **Conselho Editorial**

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

## **Editores de Área - – Ciências da Saúde**

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

## **Assistente Editorial**

Thialla Larangeira Amorim

## **Imagem de Capa**

Freepik

## **Edição de Arte**

Vileide Vitória Larangeira Amorim

## **Revisão**

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-  
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são  
de responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Lumos Assessoria Editorial

C569 Ciência e evidência em saúde mental : volume 1 [recurso eletrônico] / organizadores Cleide Correia de Oliveira ... [et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2023.

Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-6036-057-0

DOI: 10.47094/978-65-6036-057-0

1. Serviços de saúde mental. 2. Enfermagem psiquiátrica. 3. Assistência em hospitais psiquiátricos. I. Oliveira, Cleide Correia de. II. Macedo, Luis Fernando Reis. III. Silva, Ana Carolyn Oliveira da. IV. Tranquilino, Ana Raiane Alencar. V. Título.

CDD23: 616.890231

Bibliotecária: Priscila Pena Machado - CRB-7/6971

**Editora Omnis Scientia**

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

[editoraomnisscientia.com.br](http://editoraomnisscientia.com.br)

[contato@editoraomnisscientia.com.br](mailto:contato@editoraomnisscientia.com.br)



# PREFÁCIO

Caro leitor!

Este livro tem como proposta abordar sob diferentes perspectivas temáticas relacionadas a Saúde Mental enfatizando a assistência de enfermagem nessa área de atuação. Composto por sete capítulos, que tratam desde a reforma psiquiatria e práxis do enfermeiro na assistência psicossocial até temáticas da atualidade como as consequências psicológicas da violência doméstica contra a mulher, novas abordagens em saúde mental e impactos da pandemia da COVID-19 na saúde mental de adolescentes, dentre outros temas altamente pertinentes para discussões sobre saúde mental no Brasil. Nesse sentido, esta obra propõe expor, através da literatura e de relatos de experiência, os aspectos relacionados à promoção de saúde na assistência em saúde mental, com enfoque na atuação do profissional enfermeiro.

Boa leitura.

# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 1.....10

### ASPECTOS RELACIONADOS À REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Milton Lucas Pereira dos Santos

Byanca Alves de Sousa

Thaís Ellen Cavalcanti Lôbo

Mírian Cecília Silva Matias

Ana Caroliny Oliveira da Silva

Ana Raiane Alencar Tranquilino

Samuel Da Silva Freitas

Luis Fernando Reis Macedo

Rosely Leyliane dos Santos

Woneska Rodrigues Pinheiro

Cleide Correia de Oliveira

**DOI: 10.47094/978-65-6036-057-0/10-17**

## CAPÍTULO 2.....18

### A PRÁXIS DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Kauanny Vitória dos Santos

Bianca Fernandes Marcelino

Gerliane Figueira Leite

Myllena Farias Gomes

Ana Caroliny Oliveira da Silva

Ana Raiane Alencar Tranquilino

Amanda Sousa Rodrigues

Luis Fernando Reis Macedo

Rosely Leyliane dos Santos

Woneska Rodrigues Pinheiro

Cleide Correia de Oliveira

Aluízio Rodrigues Guimarães Júnior

DOI: 10.47094/978-65-6036-057-0/18-27

**CAPÍTULO 3.....28**

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

Luana Barros Duarte

Samara Alves dos Santos

Welisvelton de Sousa Silva

Ana Caroliny Oliveira da Silva

Ana Raiane Alencar Tranquilino

Edyeuza Alixandrina Ferreira Cordeiro

Luis Fernando Reis Macedo

Rosely Leyliane dos Santos

Woneska Rodrigues Pinheiro

Cleide Correia de Oliveira

Aluízio Rodrigues Guimarães Júnior

DOI: 10.47094/978-65-6036-057-0/28-39

**CAPÍTULO 4.....40**

**CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS NA GESTAÇÃO RESULTANTES DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHERES**

Ana Raiane Alencar Tranquilino

Grayce Alencar Albuquerque

DOI: 10.47094/978-65-6036-057-0/40-55

**CAPÍTULO 5.....56**

**NOVAS ABORDAGENS PARA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO NA SAÚDE MENTAL**

Maria Helena da Conceição Santos

Ingrid da Silva Araújo

Maria Letícia de Moura Leandro

Thays Lopes Lucas



Ana Raiane Alencar Tranquilino  
Luis Fernando Reis Macedo  
Ana Caroliny Oliveira da Silva  
Marta Maria Martins Brazil  
Rosely Leyliane dos Santos  
Woneska Rodrigues Pinheiro  
Cleide Correia de Oliveira  
Kely Vanessa Leite Gomes da Silva

**DOI: 10.47094/978-65-6036-057-0/56-67**

**CAPÍTULO 6.....68**

**IMPACTOS DA PANDEMIA DE CORONAVÍRUS (COVID-19) NA SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES BRASILEIROS: REVISÃO DE LITERATURA**

Camila Almeida Pinho de Oliveira  
Daniel Galvão de Oliveira  
Luis Fernando Reis Macedo  
Kely Vanessa Leite Gomes da Silva

**DOI: 10.47094/978-65-6036-057-0/68-82**

**CAPÍTULO 7.....83**

**ENFERMAGEM E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM RELATO DE EXPERIENCIA ACERCA DA PRÁTICA E DESAFIOS NA SAÚDE MENTAL**

Crisanto Ferreira Neto  
Cleide Correia de Oliveira  
Ana Hilene de Brito Correia Oliveira  
Maria Isabel Caetano da Silva  
Ana Raiane Alencar Tranquilino  
Ana Caroliny Oliveira da Silva  
Luis Fernando Reis Macedo  
Aluizio Rodrigues Guimarães Júnior

**DOI: 10.47094/978-65-6036-057-0/83-97**

### ENFERMAGEM E REFORMA PSIQUIÁTRICA: UM RELATO DE EXPERIENCIA ACERCA DA PRÁTICA E DESAFIOS NA SAÚDE MENTAL

**Crisanto Ferreira Neto<sup>1</sup>;**

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

ORCID: [0000-0003-2525-5715](https://orcid.org/0000-0003-2525-5715)

**Cleide Correia de Oliveira<sup>2</sup>;**

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

ORCID: [0000-0001-8135-449X](https://orcid.org/0000-0001-8135-449X)

**Ana Hilene de Brito Correia Oliveira<sup>3</sup>;**

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

ORCID: [0000-0001-5134-6739](https://orcid.org/0000-0001-5134-6739)

**Maria Isabel Caetano da Silva<sup>4</sup>;**

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

ORCID: [0000-0001-5389-3664](https://orcid.org/0000-0001-5389-3664)

**Ana Raiane Alencar Tranquilino<sup>5</sup>;**

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

ORCID: [0000-0002-7488-6540](https://orcid.org/0000-0002-7488-6540)

**Ana Caroliny Oliveira da Silva<sup>6</sup>**

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/8756064369486484>

**Luis Fernando Reis Macedo<sup>8</sup>;**

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6284801775936981>

**Aluízio Rodrigues Guimarães Júnior<sup>9</sup>.**

Universidade Regional do Cariri (URCA), Crato, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/6329904604786893>

**RESUMO:** As mudanças paradigmáticas nas práticas de saúde mental oriundo da reforma psiquiátrica, especialmente a desinstitucionalização e desospitalização preconizadas pela nova política, que favoreceu, mesmo que de forma gradativa, reformulações dos ambientes psiquiátricos de internação, além do fechamento de muitos outros. O estudo objetiva descrever a experiência enquanto profissional de enfermagem na assistência em saúde mental em um hospital psiquiátrico. Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência com abordagem qualitativa. Realizada em um hospital psiquiátrico do estado do Ceará em abril e maio de 2019 com a experiência vivenciada nos anos de 1994 a 1995. Para a análise dos dados foram criadas duas categorias temáticas são elas: adaptação ao serviço de saúde mental e a interação entre enfermagem-usuários. Nesse sentido este trabalho apresenta-se como um condutor para refletir sobre as práticas de enfermagem no âmbito da saúde mental. Também é possível apreender que a enfermagem teve que se readaptar à evolução da reforma psiquiátrica e que ainda hoje é mister que haja na área profissionais habilitados em saúde mental/psiquiatria bem como educação continuada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem Psiquiátrica. Reforma Psiquiátrica. **Assistência.**

## **NURSING AND PSYCHIATRIC REFORM: AN EXPERIENCE REPORT ABOUT THE PRACTICE AND CHALLENGES IN MENTAL HEALTH**

**ABSTRACT:** The paradigmatic changes in mental health practices arising from the psychiatric reform, especially the deinstitutionalization and dehospitalization advocated by the new policy, which favored, even if gradually, reformulations of psychiatric hospitalization environments, in addition to the closure of many others. The study aims to describe the experience as a nursing professional in mental health care in a psychiatric hospital. It is a descriptive research of the experience report type with a qualitative approach. Carried out in a psychiatric hospital in the state of Ceará in April and May 2019 with the experience lived in the years 1994 to 1995. For the analysis of the data, two thematic categories were created: adaptation to the mental health service and the interaction between nursing -users. In this sense, this work presents itself as a guide to reflect on nursing practices in the field of mental health. It is also possible to apprehend that nursing had to readapt to the evolution of the psychiatric reform and that, even today, it is necessary to have qualified professionals in mental health/psychiatry, as well as continuing education, in the area.

**KEY-WORDS:** Psychiatric Nursing. Psychiatric Reform. Assistance.

## **INTRODUÇÃO**

A área de atuação psicossocial ficou marcada na história a partir do monopólio institucional psiquiátrico do século XIX com as práticas de internamento manicomial. Nesse contexto histórico a medicina começa a deter o conhecimento sobre a loucura, antes

considerada uma forma de erro ou ilusão, não sendo necessário reclusão social, pelo contrário, recomendava-se, no início da idade clássica, que os doentes mentais viajassem, entrassem em contato com a natureza para então retornarem as suas faculdades mentais, convivendo normalmente em sociedade. Só requeriam separação/reclusão/internamento, caso a situação chegasse ao extremo, onde o indivíduo representasse um risco para a coletividade (SILVA e SILVA, 2017).

Partindo do pressuposto que a pessoa louca deveria ser tratada como doente, na concepção do modelo biomédico, e que por isso deveria ser internada em espaços ao qual poderiam ser tratados, surge o asilo como ambiente que seria utilizado para restaurar a sanidade mental desses indivíduos.

Dessa forma criam-se os espaços manicomiais da psiquiatria clássica. Para tanto era necessário estudar mais sobre essa problemática e vários autores dedicaram boa parte do seu tempo para o seu estudo enquanto saber e prática. Um dos grandes pensadores a respeito do tema é Michel Foucault, que muito contribuiu para a historicidade que possibilitou a constituição do saber sobre a loucura, a pessoa louca, a prática do internamento como busca de solução bem como os discursos produzidos a respeito da loucura (AMARANTE, 2000).

O conceito de alienação mental, posteriormente chamada de doença mental, foram construídas a partir de experiências coletivas e individuais, recheada de preconceitos e estereótipos sobre a loucura, desencadeada pelo processo de construção dos hospícios, cuja proposta era a de retirar do meio social os indivíduos considerados loucos/doente mental, tendo para isso como base a hegemonia médica, principalmente com o advento da medicina mental, mais tarde intitulada de clínica psiquiátrica, isolar para tratar. No sentido do modelo biomédico e hospitalocêntrico, isolar, seria confinar o doente mental em um ambiente, realizar exames (observação, clínica e experimentos, uma vez que a mente, bem como os problemas que a envolve, relaciona-se com a subjetividade do avaliador) para estudar e descobrir o problema, sua causa, posteriormente o tratamento, que se dará por uso de medicamentos (AMARANTE e TORRE, 2018). T

Tinha-se essa visão, por isso fazia-se o uso de espaços, os conhecidos manicômios, para recluir os pacientes que ali permaneciam por longos períodos, afastados de tudo e de todos.

Os indivíduos loucos eram aqueles considerados fora de si, irracionais, incapazes do raciocínio, da verdade, e que por isso representava um perigo para si e para os outros, não se enquadrando dentro dos padrões estabelecidos pela sociedade. Esses comportamentos atípicos gerava um desconforto nas pessoas que estavam ao redor do doente mental, abrindo espaço para o preconceito e marginalização do indivíduo (AMARANTE e TORRE, 2018).

Ainda de acordo com Amarante e Torre (2018) a base para o processo de tratamento das pessoas em sofrimento mental teve como um dos fundamentos o isolamento, afastando

o louco da sociedade, do trabalho, do seio familiar e cultural, tendo a reclusão como papel de proteção para o indivíduo e sociedade, mais não somente isso, possuía um caráter voltado ao querer conhecer a doença mental, suas causas e forma adequada para tratá-la.

Sendo assim, o isolamento se constituía como um objeto para poder conhecer melhor a doença, seja por estudos clínicos ou testagem de novas drogas, objetivando instituir novas condutas terapêuticas que fossem resolutivas, ou seja, procuravam uma causa biológica, orgânica, para explicar o desenvolvimento dos problemas mentais, descartando, para isso, as dimensões socioculturais e espirituais, visto que o adoecimento mental envolve vários aspectos que fogem ao biológico.

Surge, em um contexto histórico mais amplo, a necessidade de se reformular os cuidados prestados aos pacientes psiquiátricos, que inicialmente começa por uma modesta reforma institucional do espaço asilar, algo denominado de comunidade terapêutica, que se refere a uma gama de reformas institucionais restritas ao ambiente hospitalar cujo objetivo era promover uma mudança dinâmica no espaço asilar. Preconizava a recuperação dos indivíduos para promover seu retorno às atividades laborais, possuindo assim um cunho mais econômico social do que de promoção de melhorias na atenção ao paciente com transtorno mental, especialmente no contexto da Europa no período pós-guerra, onde se necessitava de mão de obra para alavancar a economia. Os resultados da guerra impulsionaram uma série de reflexões sobre maus tratos, direitos humanos, dentre outras questões, que acabou por permitir que a ideia da comunidade terapêutica e suas reformulações quanto ao espaço asilar fossem aceitas, visto que as barbáries oriundas da guerra eram associados às práticas desumanas dos manicômios, algo inaceitável, especialmente pela conjuntura política europeia da época (AMARANTE, 2000).

Esses novos moldes incitados por vários pensadores, ademais às críticas e contraposições, possibilitaram reflexões acerca do papel do manicômio, gerando críticas duras ao modelo vigente, o que de acordo com Amarante (2000) suscitou a ressignificação das instituições asilares e permitiu que novas práticas fossem incorporadas ao sistema de cuidado ao doente mental. Cria-se a psiquiatria preventiva, que visa a promoção da saúde mental, que define o internamento não como uma unilateralidade no tratamento, mais como uma passagem. O principal momento de tratamento seria na comunidade. Esses e outros pensamentos levou a reformulações e avanços na psiquiatria que culminou, mesmo que ainda tardiamente, na reforma psiquiátrica brasileira.

No Brasil, a reforma psiquiátrica se inicia nos anos 1978-1980 e surge a partir de demandas e pressões sociais, pela baixa resolutividade do tratamento, pelos maus tratos aos pacientes, pela reclusão/exclusão do indivíduo do convívio social e familiar. Para tanto contou com a participação de várias militâncias da pauta antimanicomial como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento da Renovação Médica (Reme), Associação Brasileira de Psiquiatria (SBP), dentre outros. Todos eles criticavam o modelo hospitalocêntrico, lutavam pela construção e fortalecimento da rede de saúde mental, busca pelos direitos

de cidadania dos usuários e integralidade na assistência (AMARANTE, 2000; DUTRA e OLIVEIRA, 2014).

Acompanhando o avanço da atenção à saúde mental no Brasil, a enfermagem psiquiátrica, que teve sua gênese no Hospital dos Alienados, o primeiro para doentes mentais da América Latina, amplia sua visão enquanto profissão e ganha espaço, algo permitido pelo desenrolar da reforma psiquiátrica que passa a requerer uma equipe multiprofissional além de espaços que permitam um maior conforto aos pacientes, que seja humanizado, reduza o uso de drogas psicoativas, que envolva a comunidade e promova a desospitalização e desinstitucionalização. Uma grande conquista foi permitir a contratação de profissionais enfermeiros habilitados, o que antes não ocorria, interferindo positivamente na assistência (RODRIGUES, XAVIER, FIGUEIREDO et al, 2016; DUTRA e OLIVEIRA, 2014).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirada na proposta psiquiátrica democrática italiana, ganha força e mantém o foco na reabilitação do indivíduo, promovendo independência, capacidade de autogerenciamento e melhoria na qualidade de vida. Sua principal ação consiste na desinstitucionalização, com base na reconstrução de saberes e práticas psiquiátricas, buscando a desconstrução da realidade manicomial, permitindo transformações culturais, combatendo a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura e das diferenças (RODRIGUES, XAVIER, FIGUEIREDO et al, 2016; MUNIZ, TAVARES, ABRAHÃO et al, 2015).

Após várias lutas de movimentos que buscavam uma nova maneira de lidar com a saúde das pessoas acometidas de sofrimento mental, foi possível, em abril de 2001, aprovar a lei 10.216, que previa o redirecionamento do cuidado em saúde mental instituindo tratamento alternativo ao internamento asilar, devendo ficar com suas famílias, sendo tratados em serviços de terapias comunitárias. Portarias e normas foram publicadas afim de garantir o acesso a esses serviços, atendendo inclusive ao proposto pela constituição brasileira de 1988 que instituiu o Sistema único de Saúde-SUS, subsequentes às leis 8.080 e 8.142 de 1990 que regulamentaram o SUS, prezando por um cuidado humanizado e integral, universal e equânime (FILHO, FORTES, QUEIROS et al, 2015).

A Lei 10.216 de 2001, veio para garantir os direitos e promover a proteção dos indivíduos com sofrimento mental, sendo-lhes assegurados sem qualquer forma de discriminação acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde de acordo com suas necessidades, que seja humanizado e integral, reorganizando, para isso, o cuidado em saúde mental (BRASIL, 2001).

A enfermagem nesse sentido foi de grande ajuda no que tange ao cuidado do paciente mental, que para Muniz, Tavares, Abrahão et al (2015) teve que “adquirir uma postura que coadune com os objetivos da reforma psiquiátrica na inserção da comunidade na assistência ao portador de sofrimento psíquico”. Contava-se com a participação da classe profissional da enfermagem para reformular os princípios da assistência e redefinir as prioridades assistenciais (RODRIGUES, XAVIER, FIGUEIREDO et al, 2016).

Por esse motivo acredita-se na relevância de se relatar experiências vivenciadas na saúde mental, dificuldades no atendimento de enfermagem, as práticas clássicas da psiquiatria realizadas pela equipe mesmo após a instauração do novo modelo assistencial que seguiam ocorrendo e assim fazer uma reflexão, considerando as ações da equipe de enfermagem, acerca dos desafios encontrados no desenrolar da política de reformulação da saúde mental em um hospital psiquiátrico no estado do Ceará, Brasil. O estudo tem como objetivo descrever a experiência enquanto profissional de enfermagem na assistência em saúde mental em um hospital psiquiátrico.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir da vivência profissional em um hospital psiquiátrico no estado do Ceará no período de 1994 a 1995.

O trabalho foi realizado nos meses de abril-maio de 2019 tendo como população observada os profissionais de enfermagem que prestavam assistência à saúde mental.

É um estudo descritivo porque visa observar, registrar e descrever características do fenômeno observado, no caso, a assistência de enfermagem. É qualitativo por permitir ao pesquisador fazer uso de sua subjetividade e reflexões críticas ao objeto em estudo atribuindo-lhe significados a partir da realidade experienciada. Sendo definido como um conjunto de práticas interpretativas do mundo, fazendo dele uma série de representações, seja em diário de campo, conversas, entrevistas, fotografias, gravações e anotações pessoais (OLIVEIRA, STRASSBURG, PIFFER, 2017).

Para isso, este relato será apresentado em etapas condicionada aos respectivos momentos de vivência no serviço, a entender: foram criadas duas categorias temáticas: **um Adaptação ao serviço de saúde mental**, que corresponde à experiência inicial no hospital psiquiátrico dois **interação entre enfermagem-usuários**, que se relaciona ao processo de cuidado/assistência de enfermagem. Analisadas a luz da literatura pertinente.

Dessa maneira é possível descrever a trajetória enquanto profissional de enfermagem, pautando as ações desenvolvidas pela equipe e como a instituição era gerenciada.

Desse modo busca-se aludir sobre as práticas terapêuticas realizadas pela equipe de enfermagem, que em muito tinham dificuldades em se adequar ao novo modelo assistencial, realizando para isso uma reflexão crítica no desenrolar da reformulação das práticas de atenção à saúde mental.

## RESULTADOS E ANÁLISE

A assistência de saúde mental até a década de 1970 (na região do cariri cearense) era realizada por hospital geral, sem especialização na área, que além de atender a

população local e circunvizinha, recebia pacientes de outros estados. Dessa forma, e com forte apoio da imprensa, da população local, do clero, dentre outros setores sociais da época, foi inaugurada em 1970 a Casa de Saúde Santa Tereza-CSST. Nesse momento estava sendo implementada uma instituição inteiramente especializada para tratar pacientes com transtornos mentais, sendo credenciada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (CUNHA, 2013).

O hospital psiquiátrico veio suprir demandas locais e circunvizinhas no que tange ao atendimento médico psiquiátrico, fortalecendo a relação entre os médicos fundadores e a sociedade inclusa nesse contexto da saúde mental, como o clero e a imprensa, que tinham grande influência política e social na época, o que fez da cidade uma referência como modelo na prestação de serviços de saúde, oferecendo, além da assistência à saúde em âmbito geral, a especializada na área da psiquiatria (CUNHA, 2013).

O quadro de profissionais na instituição era diversificado, composta por médicos psiquiatras diaristas e plantonistas 24h, psicólogos, enfermeiros (as), técnicos de enfermagem, farmacêuticos, nutricionista, assistentes sociais, auxiliares de serviços gerais, auxiliares administrativos, vigilantes patrimoniais, uma coordenadora de enfermagem e uma equipe na direção administrativa, configurando, dessa forma, uma instituição considerada apta para prestação de serviços no âmbito da saúde mental.

Existiam dois pavilhões, um masculino e outro feminino, tendo como norma para cada ala, respectivamente, profissionais mulheres e homens e no outro somente profissionais do sexo feminino. Cada membro da equipe de enfermagem ficava responsável por um posto de enfermagem, um setor de emergência, onde eram mantidos pacientes em situação de crise, surtos psicóticos, delírios e alucinações, necessitando de urgência, medicação.

O paciente poderia ficar internado por um tempo médio de 45 dias, podendo ser estendido até 90. Para que o mesmo pudesse ser aceito era necessário que obedecesse às regras do serviço e que um responsável assinasse um termo se responsabilizando pelo paciente.

O perfil dos internos era composto por pacientes que buscavam por tratamento ou aqueles que eram internados de forma compulsória, considerando a situação de vulnerabilidade e quadro psíquico. Conforme informações da coordenação de enfermagem, o hospital possuía uma média de 150 usuários acometidos por distintos distúrbios psiquiátricos além de dependentes químicos. Desse modo, percebe-se que o serviço era diversificado e dinâmico, porém não estava de acordo com os anseios da reforma psiquiátrica e os movimentos de desospitalização e desinstitucionalização, que buscava solucionar os problemas evidenciados pelo modelo de tratamento convencional e reinserir esse grupo na sociedade.



## **Categoria um: Adaptação ao serviço de saúde mental**

Inicialmente ao se ver dentro da unidade em um espaço fechado, vigiado em todos os momentos pela equipe de enfermagem, onde os pacientes ficavam sob constante supervisão, avaliando e registrando toda e qualquer alteração de comportamento para possível medicalização constituindo-se um modelo de perfil dominante, disciplinar e repressivo, com pouco vínculo enfermagem/paciente na assistência, causando forte impacto psicológico.

A medicina tinha um papel centralizador das ações, com forte reconhecimento social e que detinha o saber da psiquiatria, direcionando seus cuidados para diagnósticos e medicalização, sendo a enfermagem estabelecida como uma profissão do cuidar, submetida às ordens médicas, o que de acordo com Polubriaginof e Campos (2016) pautava-se na aplicação disciplinar afim de mantê-los às prédicas médicas e na manutenção da ordem manicomial, sendo os organizadores do cuidado ao doente mental.

Amarante (2000) fala que houve e há necessidade de rompimento do modelo manicomial. Contudo, ao falar de modo amplo e geral, o hospital psiquiátrico, necessitaria submeter-se a um processo de reformulação de sua assistência, tornando-se um ambiente mais humanizado e acolhedor, tratando o paciente em sua integralidade, servindo não somente como lugar de clausura e exclusivo do tratamento mental, mais como um ambiente de passagem, fazendo parte do ciclo de tratamento do paciente, sendo implementadas novas dinâmicas terapêuticas e metodologias do cuidar, com abordagem holística e uma concreta participação social, caracterizando-se como psiquiatria preventiva, hospital como um momento de passagem e o principal momento terapêutico seria na comunidade. Dessa forma os cuidados prestados pela CSST teriam que se adequar a esse novo modelo, porém, em decorrência da situação degradante dos hospitais psiquiátricos e dados de torturas realizadas nesses espaços e forte pressão social, fez com que fossem fechados muitos hospitais, a saber, também a instituição aqui abordada.

Observar um ambiente de cuidar em saúde mental repleto de grades, um setor de emergência era impactante. Percebia-se naquele momento condições rígidas oferecidas pela instituição aos pacientes e pelo papel da enfermagem, que estabelecia práticas construídas do tratamento em certo momento repressor, no qual cabia à enfermagem o exercício de técnicas disciplinares, manter a vigilância e a ordem, garantindo para os pacientes alimentação, segurança, higiene e medicação.

A reformulação da assistência ao paciente mental teve, em sua gênese, objetivo de combater o desvio tomado pelo asilo, que em vez de promover a recuperação do indivíduo passou a ser um lugar de segregação, violência e agravamento do quadro psíquico (AMARANTE, 2000). O intuito de fechar os hospitais psiquiátricos, oferecer alternativas de tratamento que privilegiasse a desospitalização, desinstitucionalização, humanização e integralidade na assistência, focando na reabilitação psicossocial, foram métodos encontrados de combate ao manicômio, o que antes, segundo Dutra e Oliveira (2014), as

práticas de cuidados eram pautadas nas questões do corpo e ambiente.

A assistência prestada na época era em sua maioria responsabilidade da enfermagem, desde medicação, aferição dos SSVV, higienização, questões comportamentais e de segurança, lazer e alimentação, sendo comunicado ao médico plantonista qualquer alteração psíquica e clínica percebida.

Assim, a vivência como membro da equipe de enfermagem dentro da instituição incutiu sentimentos significativos, positivos e negativos, decorrente da sensação de estar adentrando em um ambiente repleto de estigmas exercidos tanto pela sociedade como por alguns profissionais da área. A priori, o contato inicial possibilitou assimilar a rotina estabelecida, a prática assistencial realizada que me despertou para a necessidade de melhor compreender a psiquiatria e seus mecanismos assistenciais bem como a atuação dentro do campo da saúde mental.

Uma das estratégias encontradas para lidar com o novo foi desenvolver práticas de aproximação com os pacientes, buscando criar um vínculo paciente/cuidador. Reconhecer a rotina do serviço, dificuldades e desafios enfrentados, perfil sócio econômico, cultural e religioso dos usuários bem como reconhecer quais as necessidades essenciais para o cuidar de enfermagem em saúde mental, levando em consideração a realidade do serviço.

### **Categoria dois :Interação entre enfermagem e usuários**

Amarante e Torre (2018) dizem que o paciente deve se tornar um sujeito ativo (coautor) em seu processo de saúde, devendo incluir o mesmo em associações de usuários, cooperativas, participação de reuniões em conselhos de saúde, encontro e eventos de movimentos da luta antimanicomial, encontros com lideranças comunitárias, dentre outras, possibilitando o empoderamento dessa clientela, que ao longo de muitos anos vem sendo estigmatizada por uma cultura social preconceituosa.

Para se ofertar uma assistência qualificada é necessária uma boa comunicação, o que Muniz, Tavares, Abrahão et al (2015) descrevem como uma efetiva comunicação terapêutica, uma escuta qualificada, que valorize o ser humano de forma integral, baseada em evidências científicas e que respeite a singularidade de cada caso. Deve-se ouvir o paciente, a família, participantes de grupos terapêuticos e a comunidade, objetivando, dentre outras coisas, a ressocialização do paciente.

Dificuldade na interlocução, de entender e identificar o que o utente verbaliza dentro da subjetividade e dos campos dimensionais do ser humano, culmina, dentre outros, no prolongar do tratamento, dificultando sua reinserção na sociedade e no seio familiar.

Nesse contexto necessitamos como profissionais de saúde mental contextualizar de forma crítica e reflexiva o nosso papel como cuidador, para melhorar a condição de vida do portador de sofrimento mental, abrindo caminhos para seu empoderamento individual, familiar e social, como também sua inserção na sociedade como sujeito produtivo,

construindo conhecimentos e desenvolvendo habilidades.

O momento atual da saúde mental é muito complexo, vem a anos passando por indiferenças dentro da profissão da saúde, no que se refere a profissionais sem perfil ou capacitação para área da psiquiatria/saúde mental. Transições e incertezas, de um modelo asilar marginalizado (o que não deveria ser) e de isolamento social para um amplo e integral rompimento paradigmático para um novo sistema promotor de saúde mental que estejam de acordo com os anseios da reforma psiquiátrica. Os profissionais da área que abraçaram a causa ou se dedicam com respeito e responsabilidade para com o portador de sofrimento mental enfrentam muita dificuldade e entendem que precisam se superar para trabalhar na área, vivenciando no cotidiano o estigma social ainda existente (DUTRA E OLIVEIRA, 2014).

Adentrando numa perspectiva histórica, os cuidados de enfermagem psiquiátrica, em seus primórdios, eram realizados por pessoas leigas, principalmente religiosas, onde a repressão e punição eram usados como formas de tratamento (MUNIZ, TAVARES, ABRAHÃO et al, 2015). Ainda de acordo com esses autores os pacientes ficavam sujeitos a abusos, violência verbal e maus tratos como forma de punição, geralmente aplicada pelo pessoal da equipe de enfermagem, pessoal esse, escolhidos sem critérios técnicos-científicos. Eram chamados para assistência trabalhadores das áreas de segurança, limpeza ou vigias que ali existia no momento, e que em várias ocasiões substituíam as cuidadoras religiosas.

Antes do início da reforma psiquiátrica o modelo que prevalecia era o cuidar mediado pelo controle e exclusão, tendo como foco principal a doença e não a pessoa (RODRIGUES, XAVIER, FIGUEIREDO et al, 2016).

A estratégia inicialmente encontrada foi interagir com os usuários de maneira acolhedora, com respeito, de acordo com o tipo de limitação de cada paciente, nível de conhecimento, intimidade desenvolvida e tolerância de convivência entre os pacientes, despido de todo preconceito. A parti desse processo foi possível, diante do teor do conteúdo expresso na fala dos usuários, apreender as experiências de vida de cada interno e assim promover uma assistência mais humanizada e qualificada.

A equipe de enfermagem, tinha um modelo de aplicação de técnicas disciplinares qualificada para o momento vivido, passando por toda pirâmide hierárquica, de forma que a equipe de enfermagem se tornasse homogenia. Exercia o poder disciplinador, porém respeitando a total integridade física do cliente. Havia uma interação de certo ponto equilibrada com aqueles pacientes que não estavam em surtos psicóticos, para aqueles em crise, estabelecia-se os parâmetros de rotina.

Por causa da grande quantidade de pacientes e o número pequeno de profissionais por plantão, apresentava-se uma deficiência no processo de interação profissional/paciente.

Eram realizadas atividades terapêuticas, de caráter individual e coletivo, onde eram valorizados o saber de cada paciente, sua inteligência e seu valor para sociedade,

promovendo a autoestima. Após vários dias de convívio, com grupos terapêuticos e ações de promoção de saúde, observando, cuidando e acompanhando a evolução do quadro psíquico, durante a internação, pode-se perceber a importância de uma assistência de enfermagem que considere o paciente como coautor do seu processo saúde-doença, favorecendo a ressocialização e posteriormente, seu retorno para sociedade.

Interpreto o modelo asilar como incapacitante, o que retirou a loucura da cidade e o louco do convívio social, excluindo as pessoas em sofrimento mental do direito ao trabalho, lazer, cultura, e aos espaços de participação social e política.

O isolamento anula qualquer tipo de vínculo social, e essa situação levou a inúmeros questionamentos, mobilizações e inovações para a reforma psiquiátrica no Brasil, com prática de inclusão social, cultural, lazer e com inúmeros processos de transformação no campo da saúde mental nas últimas décadas (AMARANTE E TORRE, 2018).

Tomando essa base como referência e a experiência na saúde mental é possível afirmar que o enclausuramento do utente não promove e tão pouco possui benefícios terapêuticos, além de deixa-lo longe das pessoas que mais ama, filhos, esposa, parentes e amigos.

Assim, percebia-se certa revolta nos pacientes, pois esse distanciamento social fazia com que diminuísse o vínculo social e até mesmo familiar. Assim esse tema se apresenta como um desafio, que aos poucos, dentro da ótica da reforma psiquiátrica vem melhorando, mesmo que paulatinamente. A questão atual é fortalecer o cidadão, promover empoderamento e fomentar seu interesse pela coautoria de seu processo saúde-doença, promover intervenções multiprofissionais, ações no território e mobilização na comunidade, são algumas ferramentas que podem ser usadas para promoção e recuperação da saúde mental.

O momento atual vem passando por transformações importantes dentro da proposta da reforma psiquiátrica brasileira, com grandes possibilidades de inserção do sujeito com transtorno mental dentro de um novo modelo, onde a valorização do ser humano e o fortalecimento dos vínculos pessoais e coletivos possam trazer o paciente ao mundo real, formar uma família, entrar no mercado de trabalho e se sentir valorizado por suas habilidades e responsabilidades como cidadão.

A enfermagem necessitava ou ainda necessita, como coloca Muniz, Tavares, Abrahão et al (2015) de uma “modificação de postura do enfermeiro para uma abordagem holística, considerando a individualidade do ser humano”, não agindo de maneira automatizada, mais sim flexível e reflexivo quanto ao tratamento, aludindo às qualidades e potencialidades observadas no paciente, incentivando-o à coautoria do processo terapêutico no qual está inserido.

Nesse processo é fundamental que não haja fragmentação do cuidado, que promove o distanciamento dos pacientes, mais sim uma continuidade linear e ao mesmo tempo

horizontal do modo de cuidar, elaborando em conjunto um projeto terapêutico qualificado. Interessa também avaliar esses métodos de maneira integral, com criatividade e reflexão, compreendendo que pode ser modificado de acordo com a necessidade do usuário.

O profissional deve acumular e potencializar suas competências científicas, evoluindo a partir do carinho, compreensão e escuta terapêutica, como relata Tavares, Gama, Souza et al (2016) “O enfermeiro de saúde mental é um cuidador de afetos”. E como tal, deve assistir o paciente em suas várias dimensões, suas dores, sofrimento, limitações encontradas dentro do contexto social e familiar, entendendo o usuário como um ser dinâmico e com potencialidades.

No modelo biomédico e hospitalocêntrico moderno, porém ainda de clausura, a enfermagem tem seu papel de controlar e fiscalizar a conduta e evolução dos pacientes, função essa desde a admissão, evolução e acompanhamento da alta.

Com o fechamento dos muitos manicômios e com a nova proposta de saúde mental, foram implementadas as redes de assistência à saúde mental, com estratégias para prevenção e promoção da saúde, fortalecendo sua cidadania e inclusão social, seja por meio de projetos culturais como pintura; cinema; geração de renda através de cooperativa solidária e outros mecanismos de inclusão. Essa estratégia fortalece o utente, melhora sua autoestima e empoderamento, suas relações sociais e familiar. As implementações de eventos culturais, passeatas, mobilizações e do debate na sociedade acerca da violência nos hospitais psiquiátricos, foi de suma importância para fortalecer o direito social e de cidadania dessas pessoas nas últimas décadas, demonstrando relevância sobre a discussão integral no contexto da loucura, considerando os princípios da integralidade, equidade e universalidade (AMARANTE E TORRE, 2018).

Essas são contribuições de grande importância dentro do movimento da luta antimanicomial que culminou a reforma psiquiátrica, que consiste em ações políticas de saúde coletiva, visando além do simples protocolo assistencialista, medicamentoso e biomédico predominante por décadas, para trabalhos que privilegie trocas sociais.

Através dos movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei de autoria do Deputado Paulo Delgado, vários estados brasileiros aprovaram leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Sendo acompanhado posteriormente pela esfera federal (FILHO, FORTES, QUEIRÓS et al, 2015).

Dessa forma, a desospitalização redirecionou os pacientes para espaços comunitários e a desinstitucionalização, traz em seu sentido mais complexo a desconstrução do paradigma institucional, trazendo à luz uma nova ótica para a psiquiatria (AMARANTE E TORRE, 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Reforma Psiquiátrica não está concluída. É um processo contínuo que necessita de constantes transformações. A cada passo se fortalece, baseada em uma literatura sólida e com evidências, uma prática crítica e reflexiva, dentre outros, sendo primordial que a enfermagem e demais profissionais de saúde mental continuem em constante luta por novos modelos assistenciais que venham a ser mais resolutivos, lembrando que mudar somente os muros físicos do manicômio não significa desinstitucionalizar em saúde mental. É necessário quebra de paradigma e construção de um sistema capaz de comportar a nova demanda, além de condutas terapêuticas condizentes com a realidade.

Portanto essa reformulação do modelo de assistência psiquiátrica atingiu de maneira positiva o processo de cuidar em enfermagem, modificando a antiga prática do cuidar centrado na vigilância e repressão, para focar na reabilitação e reinserção social, sendo a assistência dada com mais complexidade, embasada em evidências científicas e humanizada, fortalecendo o novo modelo assistencial em saúde mental.

Assim prosseguimos numa transição complexa e difícil, que se arrasta a anos, requerendo muito debate e estudos, que melhorem a assistência em saúde mental e que tenham como norte resolutividade, empregando para isso mecanismos de mudanças que possam ser inseridas paulatinamente no contexto assistencial, reorientando o novo serviço que visa substituir o tradicional.

Assim, entendo que as ações no contexto psicossocial (atual) que fazem uso de novas tecnologias, metodologias e ações direcionadas ao sujeito ali inserido, respeitando suas necessidades, individualidade, religiosidade e cultura, sendo planejadas estratégias com o intuito de minimizar o sofrimento psíquico, fortalecer o vínculo familiar e melhorar sua integração social, atendendo sua integralidade e singularidade, sendo acompanhado pelo processo terapêutico singular (PTS), requer do profissional uma habilitação em saúde mental, o que por vezes não é possível observar nos serviços, ocasionando portanto um déficit na assistência.

## DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

## REFERÊNCIAS

SILVA, Thomas Josué da; SILVA, Denise Regina Quaresma da. Caleidoscópio narrativo: uma experiência etnográfica no campo da desinstitucionalização psiquiátrica no sul do Brasil. **Anuário Antropológico**. Brasília-DF. v. 42, n. 2, p. 327-351. Dez. 2017.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2.

ed. rev e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 132 p.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. Cidadão”. – Reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **rev. De administração pública-RAP**. Rio de Janeiro. v. 56, n. 6, p. 1090-1107. nov-dez. 2018.

DUTRA, Virginia Faria Damásio; OLIVEIRA, Roseane Mara Pontes de. As práticas da enfermagem psiquiátrica na transição paradigmática: estudo de teses e dissertações. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. Rio de Janeiro. v. 6, n. 4, p. 1719-1731. out-dez. 2014.

RODRIGUES, Ângela Aparecida Peters; XAVIER, Maria Lelita; FIGUEIREDO, Mariângela Aparecida Gonçalves de; FILHO, Antônio José de Almeida; PERES, Maria Angélica Almeida. Influências da reforma psiquiátrica no cuidado de enfermagem na casa de saúde esperança em juiz de fora, minas gerais, brasil (1994-1998). **rev. Texto Contexto Enferm**. Minas Gerais. v. 25, n. 2, p. 1-10. jul. 2016.

MUNIZ, Marcela; TAVARES, Cláudia; ABRAHÃO, Ana; SOUZA, Andrea de. A assistência de enfermagem em tempos de reforma psiquiátrica. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. Porto v. 1, n. 13, p. 61-65. jun. 2015.

FILHO, Antônio José de Almeida; FORTES, Fabíola Lisboa da Silveira; QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina; PERES, Maria Angélica de Almeida; VIDINHA, Telma Sofia dos Santos; RODRIGUES, Manuel Alves. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**. v. 4, n. 4, p. 117-125. Jan-fev-mar. 2015. Disponível em <<http://www.indexf.com/referencia/2015/r44117.php>> Consultado em Dezembro de 2018.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF, mar 2001.

OLIVEIRA, Nilton Marques de; STRASSBURG, Udo; PIFFER, Moacir. Técnicas de pesquisa qualitativa: uma abordagem conceitual. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista - UNIOESTE/MCR** - v.17, n. 32, p. 87-110. Maio 2017.

TAVARES, Cláudia; GAMA, Linda; SOUZA, Marilei Tavares e; PAIVA, Laís de; SILVEIRA, Pâmela da; MATTOS, Mônica. Competências específicas do enfermeiro de saúde mental enfatizadas no ensino de graduação em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v. Especial 4. p. 25-32. Out 2016.

POLUBRIAGINOF, Cláudia; CAMPOS, Paulo Fernando Souza. Enfermagem psiquiátrica: análise do Manual Cuidados aos Psicopatas. **Rev. Enf. Ref**. Coimbra. v. 4, n. 9, p. 125-132. maio 2016.

CUNHA, Cecília de Menezes Sobreira. **A fundação da Casa de Saúde Santa Teresa em Crato-CE (1970): história local, médicos e políticas públicas para a área psiquiátrica.** 2013 Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro



# Índice Remissivo

## A

Ações Terapêuticas 19  
Adaptação Ao Serviço De Saúde Mental 84  
Adolescentes 62, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82  
Ambientes Psiquiátricos De Internação 84  
Ansiedade 31, 40, 45, 46, 47, 48, 51, 62, 68, 74, 77  
Apoio Biopsicossocial 19  
Arteterapia 57, 61  
Aspecto Institucional 11, 13  
Assistência Do Caps 11, 13  
Atenção Primária 19, 22, 23, 25, 37, 60, 65  
Atenção Psicossocial 14, 19, 21, 24, 25, 26, 27, 33, 37, 38, 39, 62, 66, 76, 81  
Atenção Psicossocial 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 59, 61, 66, 71, 72, 79, 80  
Atendimento Às Vítimas 40, 53  
Atendimentos Em Saúde Mental 57

## B

Bem-Estar De Adolescentes 68  
Brasil 11, 12, 13, 14, 15, 17, 29, 30, 31, 32, 34, 43, 44, 54, 58, 59, 61, 64, 65, 69, 71, 72, 73, 74, 79, 80, 81, 82, 86, 87, 88, 95, 96

## C

Centros De Atenção Psicossocial (Caps) 14, 19  
Cidadania 11, 16, 35, 38, 87, 94  
Compartilhamento De Informações 57, 64  
Consequências Psicológicas 40, 42, 43, 51, 52, 53  
Consultas 19, 22, 25, 37, 51  
Covid-19 9, 50, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81  
Cuidado Aos Profissionais 19  
Cuidado Humanizado 19, 64, 87

## D

Depressão 31, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 55, 68, 74  
Depressão Pré-Natal E Pós-Parto 40, 52  
Dermatomiosite Juvenil (Dmj) 68, 74  
Desafios 11, 13, 17, 70, 75, 76, 80, 81, 88, 91  
Desassistência 20, 29, 32  
Desdobramentos Pós-Pandêmicos 69, 78  
Desinstitucionalização 22, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 59, 84, 87, 89, 90, 94, 95  
Desospitalização 29, 32, 34, 35, 84, 87, 89, 90, 94  
Dificuldade De Concentração 40, 51

Direitos Humanos 12, 16, 29, 30, 33, 53, 59, 79, 86

Distúrbios Do Sono 40, 51

## E

Educação Continuada 22, 24, 84

Empoderamento 57, 63, 91, 93, 94

Engajamento Terapêutico 57

Equipe De Enfermagem 11, 13, 15, 24, 25, 26, 38, 39, 88, 89, 90, 91, 92

Equipe Multiprofissional 19, 24, 87

Espaços Públicos 11, 16

Esquizofrenia 40, 51

Estratégias Hospitalocêntricas 29, 30

Experiência 11, 16, 26, 38, 45, 49, 65, 66, 71, 74, 84, 88

## F

Ferramentas E Práticas Educativas 57

Feto 40, 41, 47

## G

Gestação 40, 41, 42, 44, 51, 52, 53

## H

Hospital Psiquiátrico 14, 84, 88, 89, 90

## I

Ideação Suicida 40, 43, 44, 46, 48, 51, 52, 77

Impactos Da Pandemia 68, 72, 78

Impotência 40, 51

Integração Comunitária 57

Interação Entre Enfermagem-Usuários 84, 88

Isolamento/Disfunção Social 40, 51

## M

Medo 35, 40, 45, 51, 77

## P

Paciente 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 35, 36, 57, 59, 62, 64, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93, 94

Perda De Memória 40, 51

Políticas Públicas 12, 14, 29, 30, 31, 33, 40, 53, 58, 79, 97

Práticas De Enfermagem 84

Prevenção 22, 30, 35, 40, 53, 57, 58, 60, 61, 67, 70, 71, 72, 76, 94

Problemas Mentais 19, 20, 86

Processo De Desinstitucionalização 29

Processo De Recuperação 57, 63

Profissional Enfermeiro 19, 23, 24

Promoção Da Saúde 57

Psiquiatria 11, 13, 31, 32, 64, 80, 86

## Q

Qualidade Da Assistência 19, 23

Qualidade De Vida 11, 12, 16, 59, 70, 74, 77, 78, 87

Qualificação Profissional 19

Questão Psiquiátrica No Brasil 11, 13

## R

Recém-Nascido 40, 41

Reforma Psiquiátrica 11, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 57, 59, 64, 65, 66, 84, 86, 87, 89, 92, 93, 94, 95, 96

Reforma Psiquiátrica No Brasil 11, 13, 14, 17, 65, 66, 93, 95

Reinserção Social 29, 32, 35

Relações Interpessoais 52, 57, 63

Repercussões Psicoemocionais 68, 74

## S

Saúde Da Mulher 40, 41, 44, 48

Saúde Mental 12, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96

Saúde Mental/Psiquiatria 84

Saúde Psicossocial 19, 23, 24, 54

Saúde Pública 12, 41, 42, 53, 68, 74, 75

Sentimentos De Esperança 57

Serviços De Saúde 22, 23, 24, 25, 38, 57, 89

Sociedade 11, 15, 16, 24, 33, 34, 35, 36, 37, 59, 63, 64, 70, 85, 86, 89, 91, 92, 94

Sofrimento Mental 11, 16, 49, 85, 87, 91, 92, 93

## T

Transtorno De Estresse Pós-Traumático 40, 48, 51

Transtorno Do Espectro Autista (Tea) 68, 74, 75

Transtornos Mentais 15, 22, 23, 24, 25, 29, 30, 33, 37, 45, 49, 50, 53, 59, 62, 63, 70, 89, 96

Transtornos Por Uso De Álcool E Substâncias 40, 51

Tratamento 14, 15, 20, 21, 22, 23, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 66, 67, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 93

Tristeza 40, 51

## U

Unidades Especializadas 19

## V

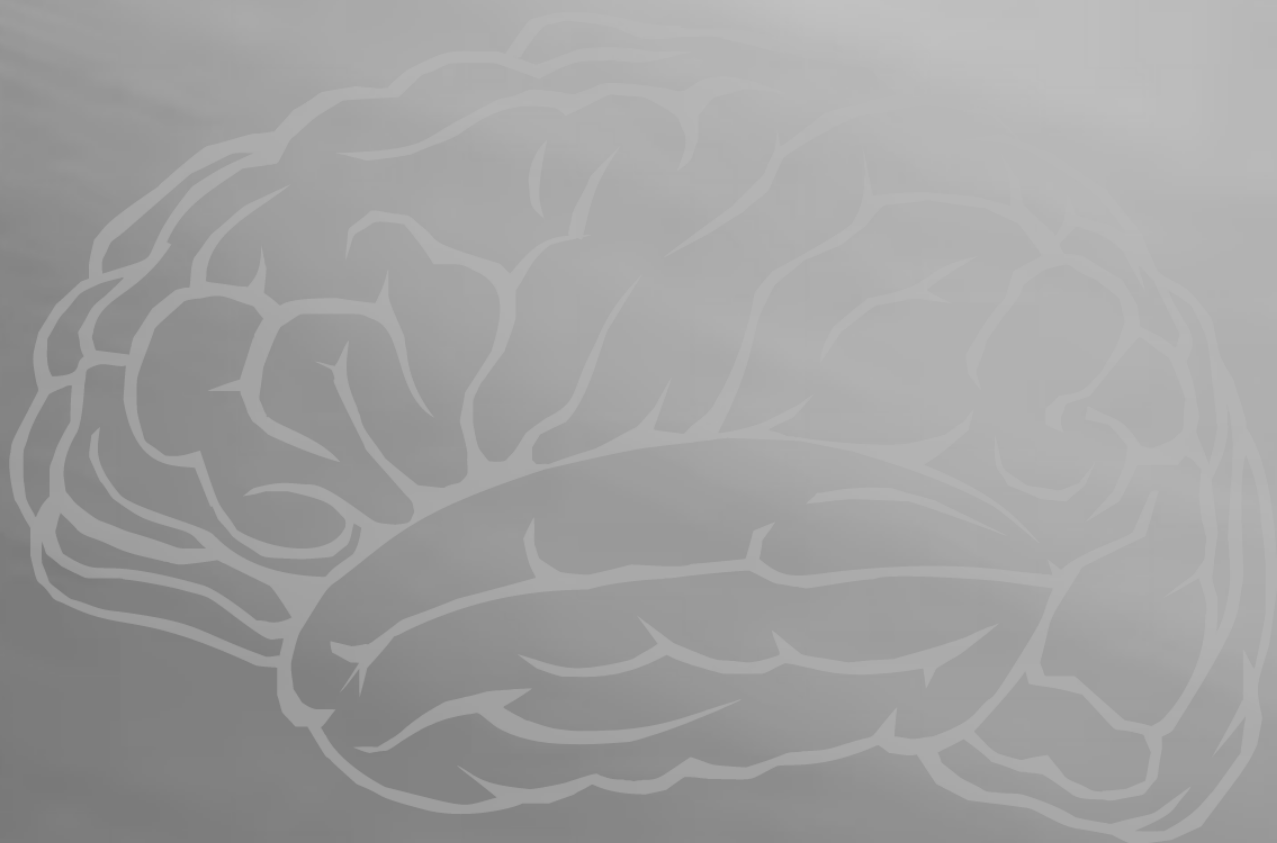
Violência 12, 35, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 59, 71, 81, 87, 90, 92, 94

Violência Contra A Mulher 40, 41, 42

Violência Doméstica 40, 41, 42, 43, 45, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 81

Violência Doméstica Contra A Mulher Na Gestação 40

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



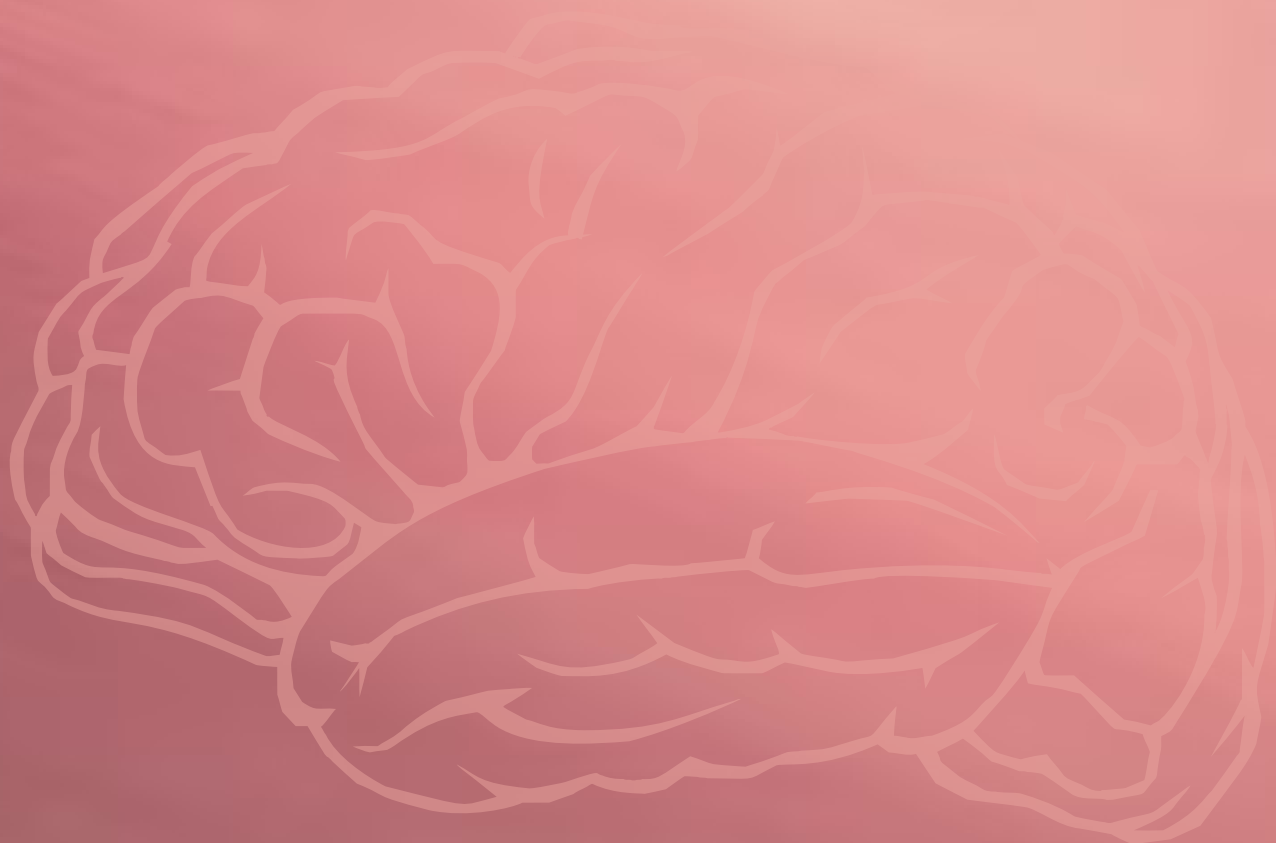
[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 