



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Priscilla Ingrid Gomes Miranda

**Desenhando a configuração da assistência nos Centros de Atenção
Psicossocial em Teresina (2003-2005)**

Rio de janeiro – Brasil
Novembro/2023

Priscilla Ingrid Gomes Miranda¹

**Desenhando a configuração da assistência nos Centros de Atenção
Psicossocial em Teresina (2003-2005)**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Área de concentração/Linha de Pesquisa:
Enfermagem no contexto Brasileiro/ História da Enfermagem Brasileira

Orientadora: Maria Angélica de Almeida Peres.

Rio de Janeiro - Brasil
Novembro/2023

¹ Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa Carlos Chagas do Rio de Janeiro (FAPERJ).

CIP - Catalogação na Publicação

I672d Ingrid Gomes Miranda, Priscilla
Desenhando a configuração da assistência nos
Centros de Atenção Psicossocial em Teresina (2003
2005) / Priscilla Ingrid Gomes Miranda. -- Rio de
Janeiro, 2023.
154 f.

Orientadora: Maria Angélica de Almeida Peres.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2023.

1. História da Enfermagem. 2. Serviços de Saúde
Mental. 3. Enfermagem Psiquiátrica. 4. Centro de
Atenção Psicossocial . I. de Almeida Peres, Maria
Angélica, orient. II. Título.

Priscilla Ingrid Gomes Miranda

Desenhando a configuração da assistência nos Centros de Atenção Psicossocial em Teresina
(2004-2005)

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 10 de novembro 2023, por:

Dra. Maria Angélica de Almeida Peres – Presidente da Banca
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – 1º Examinador
Universidade Federal do Piauí/UFPI

Dra. Pacita Geovana Gama Santos Aperibense – 2ª Examinadora
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Dra. Camila Pureza Guimarães da Silva – Suplente
Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ

Dr. Deybson Borba Almeida – Suplente
Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS

Dedico este trabalho às mulheres da minha família, que diante das adversidades não desistiram e continuaram trilhando seus caminhos com muita luta e garra. Através do amor delas, pude chegar cada vez mais perto de meus sonhos. Em especial, o amor de minha mãe, que sempre foi meu apoio e suporte.

Ao meu amado avô Antônio (*in memoriam*) que sempre acreditou no meu potencial e torceu por mim até seus últimos dias em vida.

Às pessoas com transtornos mentais, espero que a história contada sobre os serviços possa levar, mais ainda, a assistência para longe das amarras sobre o agir e o pensar.

AGRADECIMENTOS

Ao amor de minha vida, meu avô Antônio (*in memoriam*), por sempre acreditar no meu potencial e ser incentivador dos meus sonhos.

À minha pessoa predileta, minha mãe Haêde, que sempre incentivou o meu gosto pela leitura ao me dar livros de todos os tipos para passar meu tempo, o que fez eu aproximar e amar as ciências. Também pelo amor incondicional diante das minhas escolhas, sendo suporte e incentivo, principalmente, nos dias que a saudade de casa era imensa.

Ao meu melhor amigo, meu irmão, Marcos Filho, pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida, sem julgamentos e por sempre entender o meu lado “fora da caixinha”.

Ao meu pai, Marcos Antônio, que me deu a melhor educação possível, nas melhores escolas, e a partir disso, com o conhecimento adquirido, pude participar dos seletivos para as melhores universidades do país.

Às minhas avós, Maria das Dores e Luiza da Penha, que sempre me disseram que através dos estudos eu poderia ter tudo que eu queria ter.

À minha amada família, em especial, Filipe, Haymêda, Meyre, César, Vitória, Adelaide, nordestinos de muita determinação e que devido ao apoio destinado a mim, puderam formar a segunda mestre da família.

Aos amigos da minha família, que se preocupam com os meus e comigo também: Socorro Matos, Luís, Aline, Maxuell, Jean, Claudete e Socorro Silva.

Aos meus queridos amigos de vida, em especial, Janayra, Larisse, Maria Eduarda, Amanda, Glaysa, Agostinho, Ellen, Maria Paula, Mayrla, Larissa, Patrícia, Rhana, pelos momentos em que mais precisei e estiveram presentes com palavras de incentivo, por me motivarem a todo momento a continuar essa jornada, por acreditarem em mim quando eu não acreditei na minha capacidade e serviram de impulso para que eu pudesse estar onde realmente queria.

Ao meu companheiro de vida e amigo, Gabriel Leite, que esteve ao meu lado durante todo o mestrado, desde o processo seletivo, até os dias atuais, com muita paciência, parceria, cuidado e afeto.

Aos meus colegas de curso de mestrado e grupo de pesquisa, que hoje também são pessoas muito queridas por mim, que auxiliaram no desenvolvimento dessa pesquisa, através do compartilhamento de conhecimento, de incentivo, sendo apoio e suporte.

Aos meus professores da EEAN, especialmente os de história da enfermagem brasileira, por todo conhecimento, paciência, incentivo, apoio, para o desenvolvimento desta dissertação.

À minha querida orientadora, Maria Angélica de A. Peres, por acreditar em mim, desde o começo de tudo, quando ainda era aluna de graduação e tive a oportunidade de ser orientada a como escrever um projeto em História. Por todo conhecimento compartilhado, por mostrar como se escreve uma boa dissertação e por me ensinar a ser uma profissional ética, responsável, tanto na História da Enfermagem como na Saúde Mental.

Aos meus professores da UFPI, em especial, Fernando Guedes, Jaqueline Sales, Adriana Parente, Chrystianny Plácido, Marcia Teles, Zelia Madeira e Márcia Astrês, que graças aos ensinamentos sobre pesquisa e enfermagem, eu pude chegar aonde cheguei.

Aos grupos de pesquisa que participo, NUPHEBRAS, LaPHiSM, GEEVSM, pelas parcerias, contribuições, sugestões e opiniões que melhoraram mais ainda minha pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa (FAPERJ), que proporcionou meu crescimento acadêmico e moradia no Rio de Janeiro, através do financiamento de bolsas de pesquisa.

Aos meus bichos de estimação, Jandira e K que proporcionam momentos de distração e que me ajudaram na carga de responsabilidades que é escrever uma dissertação.

Aos colaboradores deste estudo. Sem seus depoimentos, parte dessa história não poderia ser contada.

Ao Hospital Areolino de Abreu, local onde passei parte da minha graduação e adquiri inúmeros conhecimentos sobre Enfermagem Psiquiátrica e pude voltar para conhecer a história da assistência no meu município e estado de origem.

Ao meu Piauí, lugar riquíssimo, que as pesquisas possam contar mais ainda a nossa história.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização desta dissertação, o meu profundo agradecimento, me sinto muito amada.

*“Eu cheguei de muito longe
E a viagem foi tão longa
E na minha caminhada obstáculos na estrada,
mas enfim aqui estou” (Erasmão Carlos)*

*Dizem que sou louco
Por pensar assim
Se eu sou muito louco
Por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz
Não é feliz*

“Os Mutantes”

RESUMO

MIRANDA, Priscilla Ingrid Gomes. **Desenhando a configuração da assistência nos Centros de Atenção Psicossocial em Teresina (2003-2005)**. Rio de Janeiro, 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A Reforma Psiquiátrica direcionou os cuidados em psiquiatria e saúde mental no Brasil, pois resultou na redução das internações das pessoas com transtornos mentais, transpondo a assistência para dispositivos comunitários. Teresina, capital do Piauí, acompanhou todo esse processo de mudanças, bem como a Enfermagem Psiquiátrica e os conhecimentos em saúde Mental desenvolvidos na cidade, visto que a Enfermagem atuava dentro dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) como um saber necessário à manutenção do cuidado em liberdade, enquanto uma transição estava em andamento, o que fez com que o profissional em Enfermagem permanecesse nesse cenário como um profissional necessário. **Objetivos:** Descrever o processo de criação dos primeiros CAPS da cidade de Teresina; Analisar as estratégias de organização e funcionamento dos dois primeiros CAPS de Teresina; Discutir o papel da equipe de Enfermagem no início do funcionamento dos primeiros CAPS de Teresina. **Métodos:** Estudo sócio-histórico, cujo recorte temporal começa em 2003, quando o primeiro CAPS do Piauí é inaugurado na cidade de Teresina e o marco final é o ano de 2005, quando ocorreu o credenciamento junto ao Sistema Único de Saúde do segundo CAPS criado na cidade e o primeiro CAPS Infantil. Esse estudo foi composto por fontes históricas diretas e indiretas, tais como documentos escritos: legislação e notícias da mídia jornalística e eletrônica, artigos, teses, dissertações e livros, como também por fontes orais obtidas pela técnica da História Oral Temática. Foram realizadas cinco entrevistas, seguindo um roteiro semiestruturado. A análise histórica foi realizada pela crítica aos documentos, triangulação de dados e interpretação histórica. **Resultados:** Após a legislação reconhecer os direitos das pessoas com transtornos mentais em 2001, por meio da lei n 10.216, o Piauí inaugurou seu primeiro CAPS em 2003, o que ocorre com certo atraso, pois o primeiro CAPS brasileiro foi inaugurado em 1989, em São Paulo. Neste cenário, o primeiro CAPS teresinense/piauiense surge como um serviço voltado para alcoolistas, dentro do hospital psiquiátrico estadual Areolino de Abreu, até ser inaugurado um CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas), com recursos financeiros e mão de obra próprios. Neste período, os usuários em uso abusivo de substâncias psicoativas eram encaminhados para o recém-inaugurado CAPS AD. No ano de 2005, foi inaugurado o CAPS I, um anexo do Hospital Areolino de Abreu, que funcionou durante anos com recursos e funcionários do próprio hospital. Tal configuração foi possível na época, frente

a força do modelo manicomial na cidade e ao poder político-financeiro dos donos das instituições psiquiátricas, opositores à Reforma. A Enfermagem esteve presente durante esse processo, por meio da assistência dentro e fora da instituição hospitalar, como também fomentando condições para a transferência do cuidado para os CAPS, o que representa uma luta bem-sucedida por mudanças na prática assistencial. **Conclusão:** A Reforma Psiquiátrica em Teresina, mesmo que tenha partido de dentro do hospital psiquiátrico foi um acontecimento positivo, apesar das circunstâncias, pois foi um passo dado na direção da desinstitucionalização. A Enfermagem psiquiátrica e de saúde mental possibilitou esse processo, pois sua presença constante nos serviços de saúde também ofereceu condições para a transformação da assistência com a criação, funcionamento e manutenção dos CAPS. Além disso, possibilitou a ruptura de práticas hegemônicas e biologicistas, pois a centralidade da Enfermagem, neste processo, permitiu uma assistência mais dinâmica e multidisciplinar.

Palavras-chave: História da Enfermagem; Enfermagem Psiquiátrica; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

MIRANDA, Priscilla Ingrid Gomes. **Desenhando a configuração da assistência nos Centros de Atenção Psicossocial em Teresina (2003-2005)**. Rio de Janeiro, 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The Psychiatric Reform directed psychiatric and mental health care in Brazil, as it resulted in the reduction of hospitalizations of people with mental disorders, transposing care to community devices. Teresina, the capital of the state of Piauí, followed this whole process of change, as did psychiatric and mental health nursing in Teresina, as it worked within the CAPS as a necessary skill to maintain care in freedom when a transition was underway, remaining in this scenario as a necessary professional. **Objectives:** To describe the process of creating the first CAPS in the city of Teresina; to analyse the organizational and operational strategies of the first two CAPS in Teresina; to discuss the role of the nursing team in the early days of the first CAPS in Teresina. **Methods:** This is a socio-historical study, whose time frame begins in 2003, when the first CAPS in Piauí was inaugurated in the city of Teresina. The final milestone is 2005, when the second CAPS created in the city, and the first Children's CAPS, was accredited by the Unified Health System. This study was made up of direct and indirect historical sources, such as written documents: legislation and news from the journalistic and electronic media, articles, theses, dissertations and books, as well as oral sources obtained through the Thematic Oral History technique. Five interviews were conducted following a semi-structured script. Historical analysis was carried out through document critique, data triangulation and historical interpretation. **Results:** After legislation recognized the rights of people with mental disorders in 2001, through law n° 10.216, Piauí inaugurated its first CAPS in 2003, which occurred with a certain delay, as the first Brazilian CAPS was inaugurated in 1989 in São Paulo. In this scenario, the first CAPS in Teresina/Piauí was set up as a service for alcoholics within the Areolino de Abreu state psychiatric hospital, until a CAPS AD was opened with its own financial resources and workforce, to which users abusing psychoactive substances were referred. In 2005, CAPS I was opened next to Areolino de Abreu Hospital, which operated for years with the hospital's own resources and staff. This configuration was possible at the time, given the strength of the asylum model in the city and the political and financial power of the owners of the psychiatric institutions, who were opposed to the Reform. Nursing was present during this process, providing care inside and outside the hospital, as well as fostering conditions for the transfer of care to the CAPS, which represents a successful struggle for changes in care practice. **Conclusion:** The Psychiatric Reform in Teresina, with regard to the

creation of CAPS, started from within the psychiatric hospital and was a positive event, despite the circumstances, as it was a step taken towards deinstitutionalization, preceding the inauguration of new CAPS in other municipalities in Piauí. Psychiatric and mental health nursing made this process possible, as its constant presence in health services also provided the conditions for the transformation of care with the creation, operation and maintenance of CAPS.

Keywords: History of Nursing; Psychiatric Nursing; Mental Health Services.

RESUMEN

MIRANDA, Priscilla Ingrid Gomes. **Desenhando a configuração da assistência nos Centros de Atenção Psicossocial em Teresina (2003-2005)**. Rio de Janeiro, 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

La Reforma Psiquiátrica dirigió la atención psiquiátrica y de salud mental en Brasil, ya que resultó en la reducción de las hospitalizaciones de personas con trastornos mentales, transponiendo la atención a los dispositivos comunitarios. Teresina, capital del estado de Piauí, acompañó todo este proceso de cambio, al igual que la Enfermería psiquiátrica y de salud mental en Teresina, ya que actuó dentro de los CAPS como una pieza necesaria para mantener los cuidados en libertad cuando la transición estaba en marcha, permaneciendo en este escenario como un profesional necesario. **Objetivos:** Describir el proceso de creación del primer CAPS en la ciudad de Teresina; analizar las estrategias organizativas y de funcionamiento de los dos primeros CAPS de Teresina; discutir el papel del equipo de Enfermería en los inicios del primer CAPS de Teresina. **Métodos:** Se trata de un estudio socio-histórico cuyo marco temporal se inicia en 2003, cuando se inaugura el primer CAPS de Piauí, en la ciudad de Teresina, y finaliza en 2005, cuando el segundo CAPS creado en la ciudad, y el primer CAPS Infantil, es acreditado por el Sistema Único de Salud. Este estudio se compuso de fuentes históricas directas e indirectas, como documentos escritos: legislación y noticias de los medios periodísticos y electrónicos, artículos, tesis, disertaciones y libros, así como fuentes orales obtenidas a través de la técnica de Historia Oral Temática. Se realizaron cinco entrevistas siguiendo un guión semiestructurado. El análisis histórico se llevó a cabo mediante la crítica de los documentos, la triangulación de datos y la interpretación histórica. **Resultados:** Después de que la legislación reconociera los derechos de las personas con trastornos mentales en 2001, por medio de la ley n 10.216, Piauí inauguró su primer CAPS en 2003, lo que ocurrió con cierto retraso, ya que el primer CAPS brasileño se inauguró en 1989 en São Paulo. En este escenario, el primer CAPS de Teresina/Piauí surgió como un servicio para alcohólicos dentro del hospital psiquiátrico estatal Areolino de Abreu, hasta que se inauguró un CAPS AD con recursos financieros y mano de obra propios, donde se derivaba a los usuarios que abusaban de sustancias psicoactivas. En 2005, se inauguró el CAPS I junto al Hospital Areolino de Abreu, que funcionó durante años con recursos y personal propios del hospital. Esta configuración fue posible en la época, dada la fuerza del modelo asilar en la ciudad y el poder político y financiero de los propietarios de las instituciones psiquiátricas, que se oponían a la Reforma. La Enfermería estuvo presente durante este proceso, proporcionando cuidados dentro y fuera del hospital, así como

propiciando las condiciones para la transferencia de los cuidados a los CAPS, lo que representa una lucha exitosa por los cambios en la práctica asistencial. **Conclusión:** La Reforma Psiquiátrica en Teresina, aunque haya partido del interior del hospital psiquiátrico, fue un acontecimiento positivo, a pesar de las circunstancias, pues fue un paso hacia la desinstitucionalización. La Enfermería Psiquiátrica y de salud mental hizo posible este proceso, ya que su presencia constante en los servicios de salud también proporcionó las condiciones para transformar la atención con la creación, funcionamiento y mantenimiento de los CAPS. También permitió romper con las prácticas hegemónicas y biologicistas, ya que la centralidad de la Enfermería en este proceso permitió unos cuidados más dinámicos y multidisciplinarios.

Palabras-clave: Historia de la Enfermería; Enfermería Psiquiátrica; Servicios de Salud Mental.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Expressão de buscas nas bases de dados, Rio de Janeiro, RJ, 2023.....	32
Quadro 2. Documentos escritos, Rio de Janeiro, RJ, 2022.	60
Quadro 3. Número de entrevistados, categoria profissional e tempo de duração das entrevistas, Rio de Janeiro, RJ, 2022.....	64
Quadro 4. Comparativo de surgimento entre os CAPS, Teresina, PI, 2023.	85

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Chamada para inauguração do Sanatório Meduna, 21 de abril de 1954.....	71
Figura 2. Sanatório Meduna, 1954.	72
Figura 3. Notícia sobre as novidades no Hospital Areolino de Abreu, 1970.	75
Figura 4. Artigo da problematização do uso de álcool e outras drogas, 2003.....	78
Figura 5. Inauguração do CAPS AD, 2003.	80
Figura 6. Inauguração do CAPS Infantil Areolino de Abreu.	83
Figura 7. Notícia sobre os leitos psiquiátricos brasileiros em 2005.	84
Figura 8. Quantitativo de pessoas internadas na SCM de Teresina, 1902.	90
Figura 9. Matéria sobre D. Severino Vieira de Melo e a congregação das “filhas do coração imaculado de Maria”. Teresina, PI, Brasil, 1948.	102
Figura 10. Irmã Abrahide Alvarenga, Rio de Janeiro, RJ, 1954.	103
Figura 11. Cartão de identificação biopsicossocial, Teresina, PI, Brasil, 2005.	112
Figura 12. Instrumento de triagem utilizado para os serviços de Enfermagem do Hospital Areolino de Abreu, Teresina, PI, Brasil, 2003.	113

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABEn - PI	Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Piauí
ACSM	Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí
ÂNCORA/PI	Associação de Parentes e Pessoas interessadas na causa da Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CEDOC	Centro de Documentação
COFEn	Conselho Federal de Enfermagem
COREn	Conselho Regional de Enfermagem
COREn-PI	Conselho Regional de Enfermagem Seção Piauí
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EE/UFRGS	Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
EUA	Estados Unidos da América
GEEVSM	Grupo de Estudos em Enfermagem Violência e Saúde Mental
HOT	História Oral Temática
HTP	História do Tempo Presente
LaPHiSM	Laboratório de Pesquisa em História e Saúde Mental
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
Nuphebras	Núcleo de pesquisa em história brasileira
PCdoB	Partido Comunista do Brasil
PMSC	Programa de Saúde Mental Comunitária

PNAD	Política Nacional de Álcool e outras Drogas
PNASH/psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS
PT	Partido dos Trabalhadores
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termo de Ajustamento de Conduta
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UESPI	Universidade Estadual do Piauí
UFPI	Universidade Federal do Piauí
UFRJ	Universidade do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	21
1.1 Apresentação do objeto de estudo e problematização.....	21
1.2 Objetivos.....	30
1.3 Interesse pelo tema	30
1.4 Justificativa	31
1.5 Relevância	31
1.6 Contribuições potenciais do estudo.....	33
2 REFERENCIAL TEÓRICO	35
2.1 Antecedentes da Reforma Psiquiátrica.....	36
2.2 Modelo Psicossocial no Brasil.....	42
2.3 Práticas de Enfermagem em Saúde Mental	49
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	54
3.1 Tipificação do estudo.....	54
3.2 Recorte espacial e temporal.....	56
3.3 Técnicas/Coleta/Produção de dados	58
3.4 Colaboradores.....	63
3.5 Técnicas de tratamento/análise de dados	64
3.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	66
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO	68
4.1 Capítulo I: História da Reforma Psiquiátrica teresinense/piauiense: do manicômio aos primeiros CAPS do estado.	69
4.1.1 Constituição do Campo Psiquiátrico em Teresina.....	69
4.1.2 Luta antimanicomial e o início do processo de implementação dos primeiros CAPS em Teresina.....	74
4.1.3 Processo de criação dos primeiros CAPS de Teresina: CAPS AD e CAPS I	76
4.2 Capítulo II: A organização assistencial dos dois primeiros CAPS de Teresina como complementar ao hospital psiquiátrico	89
4.2.1 Dos muros do Asylo de Alienados ao CAPS: A trajetória assistencial em Psiquiatria e Saúde mental em Teresina/Piauí.....	89
4.3 III: Os desdobramentos da assistência psicossocial para as práticas de enfermagem nos primeiros CAPS do Piauí.....	101
4.3.1 Breve histórico da assistência em enfermagem psiquiátrica na cidade de Teresina	

.....	101
4.3.2 Processo de transição da assistência de Enfermagem do modelo manicomial ao psicossocial em Teresina	104
4.3.3 Reabilitação psicossocial e a Enfermagem: transformação do cuidado	115
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS	123
FONTES PRIMÁRIAS ICONOGRÁFICAS.....	123
FONTES PRIMÁRIAS ESCRITAS	123
FONTES SECUNDÁRIAS	124
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	138
ORÇAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA.....	140
APÊNDICES	141
APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA DOCUMENTAÇÃO ESCRITA	141
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DAS FONTES TEXTUAIS.....	142
APÊNDICE C – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM ENTREVISTA	143
APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO PARA SUBSIDIAR A TÉCNICA DE HISTÓRIA ORAL TEMÁTICA.....	144
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	145
APÊNDICE F - TERMO DE CESSÃO DE DIRETOS AUTORAIS E DE IMAGEM PARA PUBLICAÇÃO	147
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	149

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do objeto de estudo e problematização

Esse estudo tem como objeto a configuração das práticas profissionais nos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Teresina, nos anos de 2003 a 2005, referentes, respectivamente, à inauguração de um CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas) e de um CAPS Infantojuvenil (CAPS I).

A criação do primeiro CAPS na cidade, configurado como CAPS AD, foge ao padrão implementado em outras cidades brasileiras, no que se relaciona a criação desses dispositivos, que, geralmente, iniciaram sua Reforma Psiquiátrica (RP) com a criação de um CAPS II ou CAPS III, a depender da quantidade de habitantes residentes no local. Isto ocorre porque, em outras cidades, esses locais atendem a todas as faixas etárias de pessoas com transtornos graves ou persistentes, incluindo uso de substâncias psicoativas, diferente do CAPS AD, que atende todas as faixas etárias, mas é especializado em transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Quanto ao segundo CAPS, também é inesperada a sua presença em um hospital psiquiátrico, como aconteceu com o CAPS I, pois estes serviços surgem com o objetivo de substituir os manicômios. Contudo, em Teresina, tal serviço substitutivo começou a ser implementado nesta condição, devido a força do modelo manicomial, uma história peculiar, que, ao mesmo tempo, tem semelhanças com os caminhos pela liberdade das pessoas em sofrimento psíquico² no país, desde o surgimento da Luta Antimanicomial.

Uma transição de modelos assistenciais é um fato repleto de conjunturas sociais e políticas que se manifestam de formas diferentes a depender da região onde ocorre. Estudos desenvolvidos pelo Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras) e pelo Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem e de Saúde Mental (LaPHiSM), que se dedicam à história da Psiquiatria e a história da Enfermagem, vêm mostrando que em curtos espaços temporais ocorreram mudanças significativas na assistência às pessoas em sofrimento psíquico, apesar das dificuldades enfrentadas para superar o paradigma biomédico e estabelecer em seu lugar o paradigma biopsicossocial.

Além disso, demonstram que a RP representou um marco para que as ações em saúde

² Indivíduos que são portadores de transtornos mentais, mas que em momentos de crise, apresentam sinais e sintomas psicopatológicos. Segundo Paulo Amarante (2008) nem sempre uma pessoa portadora de transtorno mental vai estar “transtornada”, daí cunhou-se o termo pessoas em sofrimento psíquico, momento em que se evidencia o transtorno mental e pode haver ou não a busca pelos serviços de saúde.

mental pudessem ser desenvolvidas no território brasileiro. Dentre as profissões que atuam no cenário da Psiquiatria e da Saúde mental, a Enfermagem teve um papel de destaque nesse processo de transformações (Cordeiro *et al.*, 2019; Delgado, 2011; Guerra, 2004; Moraes *et al.*, 2010).

No que se refere à assistência em Psiquiatria e em saúde mental ³ no Brasil, o início do século XXI é marcado pela aprovação da Lei brasileira N° 10.216/2001, que oficializa a RP no país (BRASIL, 2001). Tal período é marcado por mudanças no cuidado ao usuário em sofrimento psíquico, no qual se percebe transformações ocorridas nos mais variados âmbitos da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente, com uma sequência de criação de CAPS, a fim de oferecer suporte às políticas de desospitalização, desinstitucionalização e atendimento de base comunitária.

O que se buscava com o movimento de RP, que antecede a Lei n°10.216/2001, era desenvolver ações e políticas públicas voltadas para o cuidado em saúde mental, que apresentassem mudanças significativas em sua conformação, permitindo que as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais recebessem cuidados, sob uma ótica diferente daquela que marcava o modelo manicomial, o que se acreditava possível pela priorização do uso de práticas holísticas e humanizadas nesse cuidado. Tais transformações eram resultado da luta antimanicomial, levantada, no país, pela voz de profissionais e usuários de saúde mental e seus familiares, em meados da década de 1960, tendo como exemplo os novos modelos terapêuticos implantados pelo psiquiatra Franco Basaglia⁴, na Itália (Serapioni, 2019).

As discussões sobre a necessidade da RP brasileira se fortaleceram a partir dos anos 1970 e se intensificaram ainda mais na década seguinte, promovendo o avanço de estratégias que visavam a desinstitucionalização dos pacientes, oferecendo-lhes suporte extra-hospitalar com terapias centradas em suas queixas e não em sua condição, enquanto pessoa em sofrimento psíquico. Isso viabilizaria abolir manicômios, transferir a assistência do hospital especializado para a comunidade, construir dispositivos voltados para cuidados psiquiátricos e reduzir internações de modo progressivo. Neste cenário, o movimento de Reforma começa a promover uma importante transformação na atenção destinada à saúde mental, permeada de estigmas e preconceitos, que tinha como principal tratamento a institucionalização, que, por sua vez,

³ Os termos “psiquiatria” e “saúde mental” foram reconfigurados após a Reforma Psiquiátrica, de modo que o primeiro ficou relacionado ao modelo manicomial e o segundo ao modelo psicossocial, sendo mais usado por autores que defendem a Reforma.

⁴ Psiquiatra, precursor de um movimento de Reforma Psiquiátrica, que influenciou o mundo, a partir da década de 1960, lutou contra as instituições totais, em particular os manicômios. Acreditava que a assistência psiquiátrica deveria ocorrer fora dos muros do hospital (Serapioni, 2021).

favorecia um lucrativo sistema de internação em instituições privadas (Cordeiro *et al.*, 2019; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Ao se tratar da RP no Brasil é necessário relacionar a reformulação dos cuidados prestados em saúde mental com a criação do SUS, que redemocratizou o acesso à assistência em saúde à população. Outrossim, auxiliou quanto a fomentação de senso crítico por parte dos gestores e profissionais de saúde sobre as necessidades específicas de cada pessoa, avaliando não somente os aspectos biológicos, mas também sociais e culturais. Aliadas a isso, mudanças na mentalidade sobre as pessoas em sofrimento psíquico foram concebidas e cederam espaço para a construção de políticas públicas com diferentes estratégias de atendimento a esse grupo e para a sua reinserção social (Nunes *et al.*, 2019; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

Nesse sentido, a RP fomenta a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), em 2001, e o processo de desinstitucionalização começou a ser instaurado a partir da alta hospitalar psiquiátrica (desospitalização) e transferência da assistência para dispositivos extra-hospitalares. A redução dos leitos passa a se tornar política pública, em 2002, e ganha impulso com uma série de normatizações do Ministério da Saúde (MS), que institui mecanismos claros, eficazes e seguros para que essa diminuição aconteça primeiro em macros hospitais psiquiátricos. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como o Programa de Volta para Casa (PVC) e a expansão de serviços, como os CAPS e as Residências Terapêuticas (SRT), permitiram o fechamento de milhares de leitos psiquiátricos no país (Brasil, 2004a).

O PNASH/Psiquiatria é um instrumento de gestão que permite a redução e fechamento de leitos em Psiquiatria de forma gradual. Ele foi instituído em 2002 e tinha como objetivo avaliação dos serviços hospitalares, classificando-os em cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo. A área de saúde mental teve um desdobramento específico por conta destes resultados, gerando impacto na gestão e financiamento dos leitos psiquiátricos (BRASIL, 2004a). Nesse sentido, o PNASH/Psiquiatria permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS e públicos existentes na rede de saúde, ao mesmo tempo que indica aos prestadores de serviços critérios para uma assistência em saúde mental hospitalar, compatível com as normas do SUS, sob pena de descredenciamento daqueles hospitais sem a qualidade mínima exigida na assistência prestada à população (Brasil, 2004b).

A redução de leitos psiquiátricos estabeleceu a estruturação do CAPS/NAPS no Brasil, uma vez que são serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. A implantação dos CAPS

transforma os usuários em sujeitos do seu processo de saúde-doença e não mais o vê como mero objeto da violência institucional dos manicômios. Os CAPS estabeleceram uma revisão das práticas assistenciais em saúde mental da equipe de saúde, uma vez que visam a autonomia, a corresponsabilização do cuidado e o protagonismo sociocultural e político das pessoas em sofrimento psíquico (Pitta; Coutinho; Rocha, 2015).

O primeiro CAPS do nordeste brasileiro foi inaugurado em 1991 na cidade de Iguatu, no estado do Ceará. Também neste contexto, a lei estadual nº12.151, de 1993, conhecida como lei Mário Mamede, foi implantada nove anos antes da Lei Nº10.216, o que representa um marco para o estado cearense. Tal lei instituiu a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentou, naquele período, a internação psiquiátrica compulsória de pacientes psiquiátricos. Essas mudanças possibilitaram que outros estados nordestinos buscassem melhorias no atendimento em saúde mental. Em 1993, o primeiro CAPS de Pernambuco é inaugurado, seguido do primeiro CAPS do Rio Grande do Norte, em 1994 (Ceará, 1993; Fusam, 2003; Nunes; Guimarães; Sampaio, 2016; Silva; Simpson; Dantas, 2014).

Nessa conjuntura, Teresina, outra cidade do nordeste brasileiro, no estado do Piauí, que vinha numa conduta manicomial, também aderiu ao movimento de RP e deu início ao processo de modificações da assistência prestada ao usuário com sofrimento psíquico. Políticas públicas voltadas para saúde mental foram criadas no intuito de melhorar as condições vivenciadas pelas pessoas com transtornos mentais. Até a construção do primeiro CAPS da cidade, em 2003, alguns acontecimentos históricos demarcam as primeiras mudanças na realidade psiquiátrica teresinense, dentre eles o Programa de Saúde Mental Comunitária (PSMC) e o Plano de Saúde Mental de Teresina (Macêdo; Dimenstein, 2012).

O PSMC surgiu na década de 1980 e perdurou até 1990, sendo considerado a primeira política pública em saúde mental do Piauí, na lógica reformista. Esse Programa era baseado na medicina preventiva de Gerald Caplan⁵ e tinha como função levar o atendimento em saúde mental para os serviços comunitários, o que foi positivo, pois fortaleceu o trabalho desenvolvido por psiquiatras e psicólogos e ampliou a assistência à população da periferia da capital, além de regionalizar os serviços ambulatoriais no interior do estado. Entretanto, essa experiência apresentou dificuldades, visto que o conceito de doença mental estava restrito ao

⁵ Psiquiatra, foi professor da Escola de Saúde Pública e Diretor do Programa de Saúde Mental Comunitária da Universidade de Harvard e precursor do modelo de psiquiatria preventiva que visava reduzir o surgimento de transtornos mentais na comunidade, cabendo aos profissionais de saúde manipular algumas circunstâncias de vida da população para efetivar a reorganização das pessoas em sofrimento psíquico, que eram consideradas “fora da realidade” (Amarante, 2001).

desvio, ao mal-estar e ao desajustamento das pessoas em sofrimento psíquico, o que “patologizou” os problemas sociais (Macêdo; Dimenstein, 2012).

Após o fim do PSMC, em 1990, foi implementado, em nível municipal, o Plano de Saúde Mental de Teresina, inaugurando uma política pública de saúde mental na capital. Ocorreu durante o processo de “desospitalização saneadora” do MS que visava reduzir leitos, mas possuía poucos subsídios para financiar a assistência extra-hospitalar (Vasconcelos, 2008).

Logo, serviços ambulatoriais em saúde mental, compostos por equipes multidisciplinares, em centros e unidades de saúde nos bairros periféricos da capital foram inaugurados. Além disso, no ano de 1994, foi implantado um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) voltado, em especial, para pessoas com transtornos ocasionados por uso de álcool e outras drogas. Contudo, ainda na década de 1990, esse dispositivo encerrou seu funcionamento, devido à falta de incentivo fiscal e à pouca demanda. Nesse cenário, o movimento de redução de leitos psiquiátricos em Teresina foi intensificado e isso gerou uma crise hospitalar pela falta de leitos, que foi sanada com a instalação do Instituto de Psiquiatria Infante-Juvenil, em 1997, dentro do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, que funcionava como hospital-dia, para oferecer ações hospitalares de semi-internação para crianças e adolescentes (Macêdo; Dimenstein, 2012).

No mesmo período, com os intensos debates e movimentações sociopolíticas sobre o projeto de lei que reconhecia o direito de pessoas com transtornos mentais, proposto pelo Deputado Paulo Delgado, que tramitava desde 1989 no Congresso Nacional para oferecer aparato legal à RP, as discussões acerca da lei estadual de saúde mental piauiense foram iniciadas. Esse debate foi apresentado no legislativo pelo deputado estadual Olavo Rebelo, do partido dos trabalhadores (PT). Porém, o projeto de lei foi postergado até ser elaborado por um dos representantes da Associação Piauiense de Psiquiatria. Isso gerou debates em torno do fechamento ou manutenção dos hospitais psiquiátricos e, por causa da indefinição de um consenso em torno do assunto, o projeto acabou esquecido na Assembleia Legislativa do estado (Rosa, 2004).

No ano de 1999, no cenário municipal, o vereador Anselmo Dias do partido comunista brasileiro (PCdoB) propôs um projeto de lei para Teresina nos moldes do projeto do deputado Paulo Delgado, sobre o qual um grupo de psiquiatras se levantou em oposição, com o argumento de que o fechamento dos hospitais geraria perda de empregos. Devido à dificuldade de se chegar em um consenso, a vereadora Flora Izabel, do PT, aliada ao proponente do projeto, elaborou um texto final com mudanças na concepção do CAPS, que passou a ser entendido como um serviço complementar ao hospital e não como seu substituto (Macêdo; Dimenstein, 2012).

Essa concepção do CAPS como serviço complementar não substitutivo ao hospital psiquiátrico foi a forma da cidade de Teresina lidar com problemas que também foram vivenciados por outras cidades e estados brasileiros, relacionados ao poder dos donos de instituições psiquiátricas, que enriqueceram com o modelo hospitalocêntrico de internações de longa permanência (Rodrigues *et al.*, 2016). Muito mais do que o desemprego gerado pela redução de leitos psiquiátricos, utilizado no discurso formal, incomodava a redução financeira que isso iria ocasionar, gerando embates políticos em relação à proposta para modificar a assistência em saúde mental de Teresina.

Embora essas políticas visassem melhorar as condições do desenvolvimento da saúde mental teresinense, a capital do Piauí foi na contramão da realidade de cidades mais desenvolvidas, nas quais a prioridade era a organização de serviços abertos e territoriais, como CAPS/NAPS, para substituir e não para complementar a rede hospitalar, muito menos se previa a abertura de mais leitos hospitalares, mesmo que de semi-internação, conforme ocorreu no Hospital Areolino de Abreu.

Assim, a construção do primeiro CAPS em Teresina ocorreu com uma proposta diferente da pensada pelo movimento de RP e com certo atraso, em comparação a algumas cidades do nordeste do Brasil. Isso decorre, em especial, do fato do Piauí, à época, ser um estado que apresentava dificuldades na captação de recursos financeiros e uma capacidade de gestão fragilizada, o que resultou no retardo na reformulação do atendimento em saúde mental para colocar em prática a RP, em comparação a outros estados do nordeste brasileiro (Macêdo; Dimenstein, 2012; Macêdo; Dimenstein, 2016).

Desse modo, no final da década de 1990 e início dos anos 2000, em Teresina, o cuidado em saúde mental era realizado, principalmente, em dois locais, sendo o primeiro e mais antigo, o Hospital Areolino de Abreu, uma instituição governamental, e o segundo, o Sanatório Meduna, de caráter privado. Ambas as instituições desempenhavam o cuidado manicomial e durante vários anos detiveram exclusividade na oferta de assistência psiquiátrica na cidade, sendo referências para todo o estado do Piauí.

Apesar de o Hospital Areolino de Abreu ser uma instituição pública e o Sanatório Meduna particular, conveniado ao SUS, as pessoas atendidas nesses locais pouco se diferenciavam. Muitos internos eram indigentes, moradores de rua e sem contato com a família. Também não havia distinção entre sexo, idade, raça, visto que um dos objetivos desses hospitais era a higiene social (Souza, 2013). Isso, futuramente, se tornaria um dos motivos para a RP na cidade, pois, esses manicômios eram considerados desumanos e apresentavam péssimas condições estruturais.

Neste sentido, o Hospital Areolino de Abreu aderiu ao processo de reforma e fechamento dos leitos, a fim de manter seu funcionamento de acordo com as políticas do SUS. Em 2003, este hospital possuía 233 leitos para internação integral, como também tinha outras funcionalidades de atendimento ambulatorial. Após a publicação da portaria do MS N° 52/2004, que trata da redução de leitos psiquiátricos, o Hospital Areolino de Abreu fechou 73 leitos e, no mesmo ano, passou a contar com 160 leitos integrais, o que acelerou a crise financeira do Sanatório Meduna, pois era de caráter particular e precisou fechar leitos. Diante disso, o Meduna encerrou os seus serviços em 2010, fechando suas portas definitivamente. Este acontecimento representou o fechamento de mais 200 leitos psiquiátricos na cidade, o que contribuiria para impulsionar a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em Teresina, no ano de 2011 (Fernandes *et al.*, 2012; Rosa; Silva, 2021; SESAPI, 2011).

Todo esse curso de modificações, proporcionado pela RP, foi fundamental para as melhorias na assistência em saúde mental teresinense. Aliado, também, à Lei Municipal de Teresina n°. 2.987/2001, que dispõe “sobre a política de saúde mental e de assistência psiquiátrica e da regulamentação dos serviços de saúde mental do município”, o cuidado em saúde mental passou a requerer qualificação. Contudo, a política pública foi considerada frágil por não atender amplamente a população. Em 2003, manifestações na cidade a favor da luta antimanicomial pediam ações efetivas de substituição do modelo manicomial para os serviços de base comunitária. Isso impulsionou a inauguração, no mesmo ano, do primeiro CAPS de Teresina (Rosa; Moura, 2015).

Embora o primeiro CAPS do Piauí tenha sido implantado em 2003, em Teresina, um estudo desenvolvido no ano de 2021, demonstrou que a capital piauiense tem a quinta melhor cobertura assistencial em Psiquiatria do Brasil. Essa assertiva é possível devido, essencialmente, ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde mental, que visavam um cuidado de qualidade e mudanças na dinâmica desenvolvida, para reduzir cada vez mais a institucionalização e o uso de procedimentos e terapias próprias do modelo manicomial (Moura; Bernardes; Rocha, 2011; Rosa; Silva, 2021).

Dentre os profissionais das equipes de saúde mental, a Enfermagem é um grupo profissional atuante, cuja prática assistencial passou por inúmeras transformações no contexto da RP. Embora muito pouco tenha sido registrado sobre como os enfermeiros atuaram na reformulação do atendimento à saúde mental em Teresina, sabe-se que eles são profissionais cruciais na atenção destinada às pessoas em sofrimento psíquico, pois acolhem, escutam, encaminham, acompanham e desenvolvem projetos terapêuticos, avaliando as singularidades de cada indivíduo (Rosa; Silva, 2021; Silva *et al.*, 2020).

A Enfermagem religiosa e laica esteve presente nas áreas de Psiquiatria e Saúde mental desde os primeiros movimentos de internação de pessoas em sofrimento psíquico. Depois de anos trabalhando dentro das instituições psiquiátricas, de forma integral, sem preparo e sem condições de trabalho dignas, a Enfermagem abraçou a luta antimanicomial e se colocou em favor da RP, que trouxe o desafio de cuidar fora da internação, em espaços com outros recursos não existentes em instituições hospitalares. Deste modo, a Enfermagem foi ao encontro de novas propostas terapêuticas, da aplicação das teorias de Enfermagem Psiquiátrica, de um novo modo de cuidado bem diferente do anterior, que ficava restrito aos espaços institucionais, o que permitiu o desenvolvimento de práticas psicossociais (Peres; Barreira, 2009; Silva *et al.*, 2020; Rosa; Silva, 2021).

Ademais, no Piauí, a qualificação profissional foi possibilitada pela inserção de cursos de Enfermagem, tanto na capital como no interior do estado, principalmente nas universidades públicas. A Universidade Federal do Piauí (UFPI) e a Universidade Estadual do Piauí (UESPI) tiveram seus cursos de Enfermagem inaugurados em 1974 e 1996, respectivamente, e trouxeram um cuidado baseado em evidências, pois contavam com disciplinas voltadas para a Enfermagem Psiquiátrica e para a saúde mental em sua grade curricular (Silva; Nunes, 2019; Nunes, 2013). Isso possibilitou a inserção também de estudantes no cuidado nessas áreas, aumentando os recursos humanos atualizados nos cenários assistenciais, aperfeiçoando o conhecimento do que antes era desempenhado como cuidado. Também, a inserção de estágios, extensões universitárias e pesquisas, tanto nos hospitais psiquiátricos como na rede de serviços em saúde mental, permitiram que estudantes pudessem conhecer a realidade em saúde mental teresinense, podendo, futuramente, se especializar na área.

A Enfermagem piauiense teve sua participação na manutenção do modelo manicomial, com muitas instituições psiquiátricas voltadas para as internações e, como outros estados brasileiros, se engajou no movimento de RP lutando para que fossem fornecidas condições para a desinstitucionalização e construção da rede de cuidado psicossocial, de base territorial e interdisciplinar. Nesse processo, ainda em curso, a Enfermagem de saúde mental piauiense precisou se adaptar e ressignificar seu cuidado, de modo a contribuir para a implantação do modelo em vigor após a reforma psiquiátrica, com diferenças significativas nas práticas de cuidado, práticas essas que ainda estão em consolidação na sociedade, uma vez que não podemos considerar que o modelo institucionalizante está definitivamente abolido no Brasil, que, em 2019, aprovou a Nova Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), inserindo na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o hospital psiquiátrico (Brasil, 2019).

Além disso, atualmente, a PNSM vem passando por retrocessos políticos que visam o

desmonte do que é proposto pelas diretrizes. A partir do ano de 2016 com a deposição da presidente Dilma Rousseff (PT), o presidente Michel Temer (Movimento Democrático Brasileiro- MDB) determinou o congelamento por 20 anos dos recursos destinados a diversas políticas sociais, entre as quais o SUS. Isso impactou diretamente na assistência em saúde mental, do qual vários serviços tiveram diminuição de suas verbas e no número de profissionais. Os anos seguintes, 2017-2019, foram marcados por políticas que incluíam o hospital psiquiátrico na RAPS e no realinhamento da Política Nacional de Álcool e outras drogas (PNAD). Contudo, tais políticas não visaram integralmente o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e sim a higiene social, o fortalecimento dos estigmas, e do proibicionismo do uso de álcool e outras drogas (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

O governo, do ex-presidente, sem partido, Jair Bolsonaro deu continuidade ao desmonte da PNSM, visto que houve o incentivo ao retorno dos hospitais psiquiátricos e demonstra o retorno ao paradigma manicomial, resultado de retrocessos na saúde brasileira. Isso se caracteriza pela situação anômala, que o país vive desde a ruptura institucional de 2016 (Siqueira, 2021). Entender que a RP é um processo complexo e que todos os anos passa por inúmeras transformações auxiliará a compreensão de como Teresina vem se estruturando frente ao desenvolvimento de suas práticas assistenciais em saúde mental.

Portanto, o conhecimento histórico da organização das práticas profissionais nos primeiros CAPS teresinenses e de como ocorreu a adaptação da equipe de Enfermagem a esta nova realidade assistencial pode levar a compreensão de como a equipe de saúde mental superou as diversidades relacionadas à transição de paradigma assistencial com a RP e adequou suas práticas às atividades extramuros, em direção ao território, lidando com os aspectos sociais, culturais, políticos, financeiros e assistenciais. Ao conhecer sobre esse processo de apropriação do modelo psicossocial, numa perspectiva histórica, de como a Enfermagem organizou-se diante do novo serviço e conseguiu superar os paradigmas impostos pelo modelo manicomial, iniciando o processo de transição de modelos, entende-se o que desencadeou mudanças significativas nas suas práticas e melhorias no atendimento voltado à saúde mental em Teresina e no cenário mais amplo do país, que busca avançar com a RP.

Após uma breve contextualização do objeto de estudo e das lacunas presentes dos fatos históricos sobre os primeiros movimentos assistenciais nos CAPS de Teresina, delinea-se o seguinte questionamento para nortear este estudo: Como o processo de criação dos primeiros CAPS de Teresina influenciou na prática assistencial da Enfermagem às pessoas em sofrimento psíquico?

1.2 Objetivos

- Descrever o processo de criação dos primeiros CAPS da cidade de Teresina;
- Analisar as estratégias de organização e funcionamento dos dois primeiros CAPS de Teresina;
- Discutir o papel da equipe de Enfermagem no início do funcionamento dos primeiros CAPS de Teresina.

1.3 Interesse pelo tema

A motivação para realizar esta pesquisa partiu da necessidade que senti de conhecer a História da Enfermagem psiquiátrica na cidade de Teresina/Piauí, de onde sou natural e onde realizei minha formação acadêmica, após experiências em grupos de pesquisa na Universidade Federal do Piauí (UFPI), onde me graduei enfermeira e fui bolsista do Programa iniciação científica da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), junto ao Grupo de Estudos Enfermagem, Violência e Saúde Mental (GEEVSM) e desenvolvi trabalhos voltados para área da Saúde Mental. Neste período, também atuei como estudante extensionista no hospital psiquiátrico da cidade, onde realizei ações de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, o que despertou meu interesse pela Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental.

Após a graduação, decidi seguir os estudos no curso de mestrado acadêmico na Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Assim, procurei interagir com pesquisadores dessa instituição e, após discussões reflexivas com a professora, hoje minha orientadora, que coordena estudos tanto na área de história da Enfermagem, quanto da saúde mental, busquei compreender o processo de construção da rede psicossocial na cidade, uma vez que tenho interesse por exercer a profissão de enfermeira junto a pessoas em sofrimento psíquico.

O ingresso no curso de mestrado acadêmico me possibilitou pensar sobre novas perspectivas, bem como, conhecer o método histórico e sua importância para compreender a construção das práticas da Enfermagem em Teresina/Piauí no decorrer dos vários panoramas sociais e culturais. O estudo da história em sua riqueza oferece entendimentos sobre práticas que são construídas ao longo do tempo e transformam a realidade vivenciada de acordo com o andamento da sociedade em seus contextos particulares.

1.4 Justificativa

Após os 20 anos da Reforma Psiquiátrica brasileira, o cuidado em saúde mental foi ressignificado e auxiliou nas mutações do cenário de inúmeras cidades, que tinham serviços voltados para essa área. Além disso, a Enfermagem Psiquiátrica acompanhou esse processo de mudanças, propostas pela RP, e reconfigurou sua assistência (Peres *et al.*, 2022; Sampaio; Bispo júnior, 2021). Neste sentido, Teresina foi uma das cidades que modificaram sua assistência psiquiátrica em direção à saúde mental. Contudo, pouco se conhece sobre a história do cuidado de saúde mental nos primeiros CAPS teresinenses e como se deu a inserção e atuação da enfermagem nesses serviços. Os estudos existentes, em sua maioria, são voltados para outras áreas profissionais.

Sabe-se que a Enfermagem é uma das principais profissões atuantes no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, devido ao seu trabalho diário, que começa com o acolhimento e vai desde a construção de uma assistência sistematizada. Também a partir do trabalho em equipe em caráter interdisciplinar e interprofissional, passa a realizar a organização do processo de trabalho em rede, no intuito de promover saúde mental, prevenir, proteger, recuperar, sendo uma peça importante na equipe (Peres *et al.*, 2022; Silva *et al.*, 2020). Destarte, faz-se necessário historicizar a sua colaboração na concepção da rede de saúde mental teresinense. Esse conhecimento valorizará o trabalho da Enfermagem em uma região que conta com uma história de lutas e conquistas para seu desenvolvimento no campo da saúde.

1.5 Relevância

A relevância deste trabalho remete ao seu valor histórico, pois eterniza a memória da Enfermagem, quanto ao conhecimento sobre como se deu seu desenvolvimento científico e profissional. Isso possibilita a compreensão sobre a assistência prestada na saúde mental teresinense. Também se faz relevante o registro histórico de fatos que narram as adaptações das práticas assistenciais para a atuação no modelo psicossocial, devido ao reconhecimento da mudança de paradigmas, o que representa um marco na assistência da Enfermagem e para a RP do país. Além disso, os resultados da investigação acrescentarão informações históricas para a reflexão sobre o tema, que poderão se somar a outras pesquisas já desenvolvidas sobre a saúde mental, o que contribui para a historiografia da Enfermagem.

Nos meses de fevereiro a maio de 2022, foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Scientific*

Electronic Library Online (SCIELO), *PsycINFO* e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes descritores controlados, “História da Enfermagem”, “Serviços de Enfermagem” e “Enfermagem Psiquiátrica”, e acrescentou-se a palavra “Teresina”, na busca livre no *Google scholar*.

Além disso, durante as pesquisas, acrescentamos os seguintes critérios de inclusão: estudos primários que abordaram a história da Enfermagem Psiquiátrica, da Psiquiatria e dos CAPS, no período de 2001 a 2022, recorte temporal definido tendo em vista o marco da criação a lei nº 10.216, que consolida a RP no Brasil.

Ademais, consideraram-se os estudos publicados em quaisquer idiomas. Os critérios de exclusão aplicados consistiram em estudos incompletos e que abordavam temáticas relacionadas a estudantes e instrumentos de pesquisa em história da Enfermagem Psiquiátrica. Diante disso, seguimos nossa pesquisa, visando responder ao seguinte questionamento: O que a literatura trata sobre a história da Enfermagem Psiquiátrica em Teresina?

Por último, por meio dos operadores *booleanos* *OR* e *AND*, utilizou-se a seguinte expressão de busca segundo o quadro 1:

Quadro 1. Expressão de buscas nas bases de dados, Rio de Janeiro, RJ, 2023.

BVS	((((<i>History of Nursing</i> [MeSH Terms]) OR (<i>History of Nursing</i>)) OR (<i>History of Nursing</i> [Title/Abstract])) OR (<i>History of Nursing</i> [Text Word])) AND (((<i>Psychiatric Nursing</i> [MeSH Terms]) OR (<i>Psychiatric Nursing</i>)) OR (<i>Psychiatric Nursing</i> [Text Word])) OR (<i>Psychiatric Nursing</i> [Title/Abstract])) AND
MEDLINE	((((((((((((((((((((<i>Mental Health Services</i> [MeSH Terms]) OR (<i>Mental Health Services</i>)) OR (<i>Mental Health Services</i> [Title/Abstract])) OR (<i>Mental Health Services</i> [Text Word])) OR (<i>Hygiene Service, Mental</i> [Text Word])) OR (<i>Hygiene Service, Mental</i> [Title/Abstract])) OR (<i>Hygiene Service, Mental</i>)) OR (<i>Health</i>

Scielo	<i>Service, Mental)) OR (Health Service, Mental[Title/Abstract])) OR (Health Service, Mental[Text Word])) OR (Services, Mental Health[Text Word])) OR (Services, Mental Health[Title/Abstract])) OR (Services, Mental Health)) OR (Service, Mental Health)) OR (Service, Mental Health[Title/Abstract])) OR (Service, Mental Health[Text Word]))</i>
--------	--

Fonte: Autora, 2023.

Encontrou-se ao todo 514 artigos. Após aplicação do filtro de estudos completos, trabalhos primários e voltados para Enfermagem Psiquiátrica, resultaram 85 estudos. Após a leitura de títulos e resumos apenas 16 estudos respondiam à pergunta de pesquisa.

Os poucos estudos voltados para esse objeto de pesquisa demonstram a necessidade de se realizar a pesquisa na área sobre o tema aqui proposto, além de impulsionar e estimular as reflexões acerca dos desdobramentos da RP, no nordeste brasileiro. Também ajudará a descrever o percurso dos profissionais de Enfermagem, durante o período do estudo, identificando as adaptações, transformações e inovações que fizeram nas práticas de cuidado.

O saber em história questiona momentos, trabalha com novas perspectivas e investiga pressupostos, o que oferece conhecimento sobre as mudanças ocorridas. Essa sapiência poderá fornecer subsídios em universidades para novas pesquisas, ações de extensão, além de melhorar o ensino de História da Enfermagem e de Enfermagem em Saúde Mental. Ademais, o conhecimento sobre presente, passado e futuro possibilita a criação de ações e políticas públicas sobre a temática trabalhada, tais como, leis, portarias, notas técnicas, cartilhas, dentre outros.

1.6 Contribuições potenciais do estudo

O estudo contribuirá para o conhecimento sobre a História da Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental teresinense, que ainda é pouco explorada, diante das transformações já ocorridas. Essas informações ajudarão no conhecimento, análise e discussão do trabalho desenvolvido por enfermeiros para a inserção dos serviços de saúde mental, que teve início com uma nova perspectiva a partir da RP brasileira. Ressalta-se que no ano de 2021, o Brasil completou 20 anos do marco legal da RP e ter dados sobre esse processo dará entendimento sobre a participação da Enfermagem na trajetória psicossocial não somente de uma capital

nordestina, mas para o país, o que fortalece, pelo reconhecimento, às práticas assistenciais desenvolvidas pelos profissionais de saúde, com o apoio do SUS.

O estudo auxiliará no conhecimento não somente da História da Enfermagem, mas também contribuirá para as produções de saúde mental. Os resultados poderão fornecer dados para o ensino da graduação, como também para extensão. Ao conhecer sobre a realidade da saúde mental brasileira, problemas poderão ser sanados, melhorias em saúde serão possibilitadas, além da criação de senso crítico sobre como a saúde mental vem se desenvolvendo no país. O conhecimento traz proximidade aos alunos, pesquisadores e pessoas em sofrimento psíquico e combate estigmas. Isso proporciona mais qualidade de vida e inclusão social.

As reflexões sobre a temática poderão ser utilizadas em pesquisas, projetos e trabalhos futuros, favorecendo o ensino, pesquisa e extensão do meio acadêmico. Da mesma forma, acrescenta novas fontes históricas para o fortalecimento da linha de pesquisa de História da Enfermagem Brasileira, como também ampliar a produção do Nuphebras e do LaPHiSM, bem como do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os estudos históricos exigem o conhecimento dos contextos em que os fatos se desenvolveram. A sociedade está em constante transformação e as práticas de saúde acompanham estas e outras mudanças. Para trabalhar com um fato histórico relacionado a um ato de mudança, como foi a criação de CAPS em um estado do nordeste brasileiro e colocar a Enfermagem como um foco da pesquisa, se faz necessário buscar referenciais que permitam compreender o espaço e tempo proposto para estudo.

Assim, as bases conceituais desta pesquisa serão construídas com estudos sobre as políticas de saúde mental no Brasil, em suas perspectivas histórica, política e social. Diante disso, o foco dessa pesquisa nos leva a autores que tratam sobre a psiquiatria e sobre a Reforma Psiquiátrica - momento histórico que está sendo investigado.

Os conceitos que sustentarão essa pesquisa, serão: loucura, Psiquiatria, saúde mental, movimento antimanicomial, reforma psiquiátrica e reabilitação psicossocial. Em vista disso, embora Foucault não seja um estudioso sobre a RP, seus conceitos servirão de base conceitual para o entendimento sobre como a RP se organizou no mundo. O conceito de loucura para Foucault, é caracterizado como um vasto campo de problemas, indagações e de possibilidades do fenômeno do que é ser “louco”. Para ele, é algo muito além das doenças mentais e que por causa das influências do poder médico é visto como algo ruim que precisa ser “purificado”, “perseguido”. Uma forma de confrontar isso seria a construção de um lugar social para o “louco”, através da sua saúde, intervenções nos novos serviços de Psiquiatria e implementação de políticas públicas (Torres; Amarante, 2011).

A Psiquiatria, por sua vez, pode ser conceituada como uma especialidade médica que se pauta na filosofia, antropologia e psicologia para reconhecer os problemas das pessoas em sofrimento psíquico e assim buscar seu tratamento (Pachêco, 2003). Saúde mental se refere a um bem estar no qual o indivíduo desenvolve suas habilidades pessoais, consegue lidar com os estressores da vida, trabalha de forma produtiva e encontra-se apto a dar contribuição para sua comunidade (WHO, 2013).

O Movimento manicomial se caracteriza pela luta dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico. Dentro dessa luta está o combate à ideia de que se deve isolar a pessoa em sofrimento psíquico em nome de pretensos tratamentos, ideia baseada apenas nos preconceitos que cercam os transtornos mentais. O Movimento da luta antimanicomial fala que, como todo cidadão, as pessoas em sofrimento psíquico têm o direito fundamental à liberdade, o direito a viver em sociedade, além do direito a receber cuidado e tratamento sem que para isto tenham

que renunciar o seu lugar de cidadãos (BVS, 2021). Neste sentido, surgem os conceitos de RP e de reabilitação psicossocial. A RP é entendida como processo social complexo, que envolve a mudança na assistência em saúde mental de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural de valores de inclusão e validação jurídico-legal dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico (Brasil, 2013).

Essas transformações, na assistência, permitiu a criação de um cuidado que reabilitasse a pessoa em sofrimento psíquico, diferente dos tratamentos realizados antes da RP. Logo, surge a reabilitação psicossocial que representa um conjunto de meios (programas e serviços), que se desenvolvem para facilitar a vida das pessoas em sofrimento psíquico. Tem como função de facilitar a restauração no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. Este processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada pessoa e de cada situação de modo personalizado (Pitta, 1996).

2.1 Antecedentes da Reforma Psiquiátrica

Um retorno breve aos tempos mais antigos permite introduzir o tema a partir da construção do conceito de loucura, que será reformulado no mundo por reformas das ideias a respeito das doenças mentais e seu tratamento. Uma obra clássica sobre a construção do conceito de loucura e das práticas de cuidado é do filósofo Michel Foucault, que afirma que nas primeiras civilizações, a exemplo da greco-romana, os indivíduos considerados “loucos” eram valorizados pelo meio social, pois muitos acreditavam que eles poderiam se comunicar com as divindades. Neste período, havia templos e hospitais com ar fresco, água limpa e luz solar. Na idade média essa realidade mudou com o advento do cristianismo e a dualidade “Deus x demônio”. Os “loucos”⁶ passaram a ser considerados pobres de espírito e doentes da alma. Os religiosos, em sua maioria, falavam que seu comportamento advinha de possessões demoníacas (Foucault, 2002).

No final da Idade Média e início da Idade Moderna, o conceito de loucura foi se modificando. Nessa época, médicos já relatavam que o modo como essas pessoas se comportavam não tinha ligação com demônios ou criaturas sobrenaturais e sim era oriundo de

⁶ Termo utilizado para caracterizar pessoas que tinham algum tipo de sofrimento psíquico. Nesse período ainda não existiam conceitos e bases sobre a psiquiatria e dos transtornos que são estudados na atualidade por essa especialidade médica (Teixeira, 2019).

doenças. Além do mais, nesta época, “os loucos” passaram a ser considerados como marginais e improdutivos e, por isso, não poderiam permanecer na sociedade. A partir daí, se pensa em um local onde essas pessoas seriam mantidas sem atrapalhar ou incomodar socialmente, ao tempo em que seriam controladas para não cometerem atos imorais ou criminosos (Ferreira *et al.*, 2016; Foucault, 2002).

O surgimento do hospital psiquiátrico e conseqüentemente do modelo manicomial, voltado para o cuidado hospitalocêntrico, acontece na transição da Idade Moderna para a Idade Contemporânea. Neste período, a condição de “louco” adquire um novo status jurídico e social, e passa a ser encarada como uma alienação, que o torna incapaz e relegado à condição de minoridade (Foucault, 2002; Foucault, 2003). Nesta época, também, surgem as bases modernas da Psiquiatria, por intermédio dos ideais do médico Philippe Pinel e, mais adiante, a loucura transforma-se em objeto de uma ciência médica, o alienismo. O termo Psiquiatria surge somente no século XIX, criado pelo alemão Johann Christian Reil (Foucault, 2002; Teixeira, 2019).

O advento do alienismo aconteceu no final do século XVIII para o século XIX e, a partir desse momento, articula-se uma prática clínica destinada à loucura. Todo este processo foi considerado uma mudança de paradigma, visto que, antes, os cuidados destinados aos loucos eram incipientes e não havia uma ciência em que se baseassem os tratamentos destinados às pessoas com transtornos mentais. A revolução francesa e os ideais iluministas serviram de alicerce para a busca de igualdade social, mudando a concepção das pessoas que eram consideradas irrecuperáveis, que viviam à margem da sociedade, abandonadas em asilos, considerando a possibilidade de um tratamento médico com vistas a melhora das suas condições (Teixeira, 2019).

Os ideais de Pinel e seus seguidores representam uma verdadeira revolução, pois, até então, não havia um pensamento sistematizado sobre as doenças mentais e o “louco” não era assumido pela medicina como responsabilidade de seu campo de ação, o que abria espaço para cuidados religiosos, envolvendo uma Enfermagem conduzida por congregações e irmandades. Pinel trouxe contribuições que puderam incorporar o discurso científico à prática assistencial ao registrar a semiologia psiquiátrica, classificar as formas de alienação, instituir a abordagem clínica, partindo dos sintomas até o quadro clínico, e aplicar uma terapêutica específica sobre a moral das pessoas atendidas. Com isso, houve a superação do empírico e do religioso (Pachêco, 2003).

O tratamento moral foi um dos principais modelos terapêuticos que Pinel propôs, contrariamente à ideia de possessão espiritual. Para ele, a alienação mental era um distúrbio da sensibilidade físico-moral e o alienista deveria promover o confronto da pessoa em sofrimento

psíquico e a sua “loucura”. Isso despertaria a consciência do absurdo de se viver em “constante delírio”. Outro ponto proposto por Pinel foi a retirada dessas pessoas dos hospitais gerais para os manicômios. Esses locais eram destinados somente aos doentes mentais ⁷, que dividiam os “alienados”, conforme seus sintomas, queixas, faziam uso da força e de medidas restritivas (Pachêco, 2003; Teixeira, 2019).

Nesta conjuntura, acreditou-se que a loucura seria superada pelos ideais alienistas. Este intento fracassou e deu legitimidade ao processo de exclusão social, feito em nome do isolamento social e uso indiscriminado e exclusivo dos recursos manicomial. O manicômio, que serviria como substituto dos hospitais gerais, que pouco atendiam às demandas das pessoas com transtornos mentais, transformou-se em um local de cronificação, estigmatização e exclusão desses indivíduos e de enriquecimento de seus donos, o que vai alimentar a indústria da loucura (Teixeira, 2019).

Para o filósofo estudioso da história da loucura, Michel Foucault (2002), o hospital psiquiátrico era considerado um local de poder sobre os sujeitos, onde as pessoas eram mantidas de forma submissa e violenta, sob rígida disciplina. Além disso, ele também criticava o modelo biomédico, que tinha a explicação unicausal da doença e via o indivíduo apenas como uma máquina com engrenagens:

Todas as técnicas ou procedimentos postos em ato nos asilos do século XIX: isolamento, interrogatório público ou privado, tratamentos punitivos como a ducha, as obrigações morais, a disciplina rigorosa, o trabalho obrigatório, as recompensas, as relações de preferência entre certos médicos e certos doentes, as relações de posse, de subordinação, de vassalagem, de domesticação, de servidão do doente ao médico, tudo isso tinha por função fazer do personagem médico o mestre da loucura: aquele que a faz aparecer em sua verdade (que explicita o que estava escondido e silencioso), aquele que a domina, a apazigua e a absorve depois de havê-la sabiamente desencadeado (Foucault, p.122, 2002).

A presença da Enfermagem garantia a existência do alienismo e seu tratamento moral, o que resultou em uma preferência dos médicos em ter pessoas pouco instruídas sob seu comando, atuando como enfermeiros, oportunizando o desenvolvimento da especialidade psiquiátrica. A necessidade de força física e coragem para lidar com os alienados dava preferência aos homens para trabalharem nos manicômios e, quanto essas instituições avançavam, mais mão de obra era necessária para mantê-las. Esse fenômeno de masculinização dos manicômios, incluía, além de enfermeiros homens, guardas e outros profissionais subalternos, capazes de manter a ordem no espaço e a segurança dos médicos e demais

⁷ Após o surgimento do alienismo e da psiquiatria como ciência médica, a partir do século XIX, passa-se a denominar os loucos como alienados ou doentes mentais. Esses termos serão utilizados até o entendimento sobre o que se caracterizava como doença e como transtorno (Teixeira, 2019).

funcionários (Peres; Barreira, 2009).

O manicômio vai perdurar, apesar do desenvolvimento da Psiquiatria e da Enfermagem, na primeira metade do século XX, sendo o principal lugar de tratamento dos doentes mentais. Este modelo só será questionado, no Brasil, na segunda metade do século XX, com a luta antimanicomial, que vai criticar o que a instituição representava na vida dessas pessoas e seus familiares, evidenciando o poder de exclusão e institucionalização do modelo manicomial. Assim, é posta em discussão a pouca eficácia institucional no tratamento dos transtornos mentais e a sociedade se permite pensar e agir em prol de mudanças no paradigma de abordagem assistencial, de modo a tratar essas pessoas como sujeitos ativos, devolvendo-lhes autonomia e incentivando sua participação social.

Tudo isso proporcionou o estabelecimento de estratégias de desinstitucionalização, com vistas a procurar um novo lugar social para a saúde mental. com novos dispositivos políticos, sociais e culturais, que saíssem do âmbito clínico e hospitalar. Mediante ao estímulo da participação social, na construção de políticas públicas, direcionadas à assistência em Psiquiatria, começou-se a construir um forte protagonismo do movimento antimanicomial, como também, um empoderamento frente às reais necessidade das pessoas em sofrimento psíquico e daqueles que estão ao seu redor, tais como, familiares, amigos, entre outros (Amarante; Nunes, 2018).

O conceito de loucura vai passando por transformações, e novas ideias vão surgindo, que servirão de referência para outros especialistas no século XX. Como exemplo de alguns desses preceitos, temos a Psicanálise, com Freud, a Psiquiatria Preventiva, com Caplan, as experiências das Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra, a Psiquiatria Democrática de Basaglia, na Itália, a Psiquiatria Institucional, na França, entre outros movimentos que entremeiam o tratamento moral e a atenção psicossocial. Neste último, a pessoa com transtorno mental⁸ passa a ser vista de forma completa, como ser humano que se insere em vários contextos e, a partir de serviços na comunidade, ela vai ser tratada. A família, o local de moradia, as relações interpessoais, a cultura e a história passam, também, a fazer parte do entendimento do transtorno mental, que é entendido como fenômeno biopsicossocial, que deve ser tratado no local, agora chamado de território, espaço de vida em exercício de autonomia (Amarante;

⁸ Esse termo passa a ser utilizado a partir do início do século XX, principalmente a partir da década de 1960, com a luta antimanicomial. O significado do termo “doença” engloba o prejuízo das funções da psique, de um órgão em específico ou do organismo como um todo, o que dá origem a sintomas e sinais característicos, já o transtorno é uma alteração na saúde, que nem sempre está associada a uma doença propriamente dita, eles não apresentam uma única causa definida, podendo ser resultado de aspectos biológicos e pode estar associado a fatores externos e internos em que a pessoa se encontra inserida (Amarante; Nunes, 2018).

Nunes, 2018; Brasil, 2008).

Ainda se tratando do século XX, foi com o fim da Segunda Guerra Mundial e seus resultados para a manifestação de problemas de saúde mental de ex-combatentes e de populações muito afetadas pelos conflitos bélicos, que novamente se intensifica uma preocupação com o bem-estar social. Neste sentido, como forma de enfrentamento do pós-guerra e das consequências ocasionadas no mundo, países como Inglaterra, França, Estados Unidos e Itália começaram também a pensar sobre a saúde mental da sua população, o que serviu de “gatilho” para os movimentos de reforma, entre as décadas de 1940 a 1970, como forma de confrontar o caráter muitas vezes fechado e autoritário das instituições e do saber psiquiátrico tradicional (Cezar; Coelho, 2017; Montanari, 2010).

Na Inglaterra, as Comunidades Terapêuticas eram uma dimensão de tratamento para o ambiente social, baseado no envolvimento da equipe, paciente e familiares. A pessoa em sofrimento psíquico se tornaria sujeito de suas vivências, buscando meios de transformar sua realidade. Já o movimento da Antipsiquiatria, também no mesmo país, surge no momento de contestação cultural e política da década de 1960. Laing e Cooper, que foram seus precursores, defendiam que as concepções científicas da loucura e seu tratamento violento seriam metonímias da alienação política, econômica e cultural da sociedade moderna. Para eles, a Psiquiatria Clássica distorcia a pessoa e não a via como sujeitos responsáveis por suas vidas. Dessa forma, eles questionaram o saber psiquiátrico que vigorava nessa época, estimulando o debate sobre novas formas de tratamento e o poder no ambiente psiquiátrico (Cezar; Coelho, 2017).

Já a Psiquiatria Democrática, tem como principal expoente o psiquiatra italiano Franco Basaglia. A Comunidade Terapêutica da Inglaterra foi o principal ponto de referência para o psiquiatra, que tenta humanizar o manicômio da cidade Gorizia, na Itália (Cezar; Coelho, 2017). Com a aplicação do conceito de Comunidade Terapêutica, Basaglia percebeu que as mudanças eram poucas e a situação psiquiátrica era a mesma dos asilos e manicômios tradicionais. Assim, ele passa a questionar se a reorganização do hospital psiquiátrico seria suficiente para solucionar os problemas desses locais e, diante, disso, passa a pensar sobre o fim dos manicômios.

Em Trieste, outra cidade italiana, Basaglia promove o fechamento do manicômio, fato que representa um marco epistemológico e político acerca das instituições manicomial e dos transtornos mentais. Assim, o psiquiatra passa a propor novas maneiras de lidar com a loucura e estimula a criação de tratamentos alternativos, voltados para a comunidade e inserção de redes de apoio, de forma que as pessoas com transtornos mentais passassem a ser vistas subjetivamente e não como meros objetos científicos (Amarante, 2001).

Outra estratégia dessa época foi a Psicoterapia Institucional, que tentou reorganizar o hospital psiquiátrico como um local de encontro entre os internos e pessoas que estavam fora. Entretanto, foi criticada por não contrapor o fim do tratamento asilar, apenas a sua reformulação. Isso lançaria bases para a Psiquiatria de Setor, que também visava mudanças nas condições asilares.

Na França, a Psiquiatria de Setor era um método que inseria o indivíduo em comunidades dentro do hospital, onde cada lugar tinha seus hábitos e costumes. A partir disso, quando essa pessoa recebesse alta, continuaria o tratamento com a mesma equipe. Todavia, esse novo conceito de assistência não conseguiu superar o hospital psiquiátrico, ainda que estivesse ligado a serviços externos a ele (Amarante, 2001).

Nos Estados Unidos da América (EUA), se configurou a Psiquiatria Preventiva, que visava reduzir o surgimento de transtornos mentais na comunidade. Gerald Caplan foi o médico que a definiu, considerando o que chamou de “desadaptação da realidade” de algumas pessoas, cabendo aos profissionais de saúde manipular algumas circunstâncias de vida da população para efetivar a reorganização desses indivíduos socialmente.

Neste sentido, Caplan amplia o espaço de atuação dos profissionais de Saúde mental para a comunidade, fora dos consultórios. Todo esse processo de ampliação do atendimento fora do hospital e a intervenção nas causas ou no surgimento das doenças demarcou um novo objeto para a Psiquiatria, que foi a Saúde Mental. Esse modelo de assistência também teve críticas, visto que alguns estudiosos consideravam a proposta como controladora, já que se pautava na detecção precoce dos comportamentos desviantes e de risco. Futuramente, essa proposta seria uma forte referência presente nas políticas públicas de Saúde mental no Brasil (Amarante, 2001; Cezar; Coelho, 2017).

Além disso, a reabilitação psicossocial é mais um conceito que surge nos EUA, como forma de configurar o cuidado manicomial em Saúde mental. Sua definição aconteceu a partir do encontro de ex-pacientes psiquiátricos. Essa reunião passou a pensar na capacitação desses indivíduos em oficinas protegidas, além de suas moradias. Contudo, sua estruturação acontece quando o governo estadunidense passa a investir e financiar redes complexas que se utilizam de recursos comunitários para atender aos usuários com transtornos mentais. Isso impulsionou o desenvolvimento desse novo modelo de assistência em outros países, inclusive, no Brasil. A compreensão desse novo modelo assistencial no território brasileiro pretendeu entender a heterogeneidade e os paradoxos nacionais e, como isso, pode dificultar o estabelecimento de novos discursos ou tendências comuns à prática (Guerra, 2004; Pitta, 1996).

Esses métodos de cuidado assistencial, criados ao redor do mundo, tornam mais

proeminente as discussões acerca dos serviços e dispositivos criados para a inserção social e capacitação dos usuários com transtornos mentais, inclusive no Brasil. O movimento de RP se consolidou como política pública, que possibilitou a diminuição dos leitos psiquiátricos em instituições asilares e a expansão de uma rede substitutiva, confrontando os ideais da Psiquiatria tradicional (Amarante, 2001).

Na realidade brasileira, também, após 20 anos de RP, é visível a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, em particular, no nordeste e sudeste do país. Isso demonstra a solidificação de políticas públicas em Saúde mental, voltadas para as comunidades, que se afastam progressivamente do modelo hospitalocêntrico. Essa evolução é acompanhada de temas como manejo da crise, constituição de redes de atenção psicossocial, oficinas e dispositivos de inserção social com efetividade. Outro ponto observado é que a evolução da RP tem apresentado eficácia e a superação de frustrações e desesperanças, com a lentidão e as negativas da sociedade e dos governos (Peres *et al.*, 2022; Pitta, 2011).

2.2 Modelo Psicossocial no Brasil

Um dos principais movimentos de RP ocorridos no mundo teve seu início em Gorizia, na Itália, a partir dos ideais de Franco Basaglia. Seu trabalho ficou conhecido pela denúncia do tratamento destinado às pessoas em sofrimento psíquico, pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos e reinserção dos internos na sociedade e a criação, como proposta alternativa aos manicômios, dos centros de saúde comunitários. Um dos seus conceitos centrais era desinstitucionalização, em que um processo prático de desconstrução e invenção de novas realidades deveria ser aplicado. Para ele, esse processo não se restringia ao fechamento dos hospitais e ou ausência das instituições manicomial, mas uma ruptura com o modelo de assistência psiquiátrica vigente, que não estava tratando e sim segregando (Junqueira; Carniel, 2012).

Logo, a RP apresentou uma vasta expansão em inúmeros países, inclusive no Brasil. As vindas de Basaglia para participar de eventos seriam influentes para a criação do atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil e futuramente da PNSM. Atualmente, a RP ainda se encontra em andamento, sempre buscando atender às demandas e provocações que surgem ao longo da sua implementação. O movimento de reforma é complexo, pois precisa se adequar a realidade cultural, social, política e econômica de cada nação (Junqueira; Carniel, 2012; Pitta, 2011).

Nesse cenário, a assistência em Saúde mental acompanhou as transformações, principalmente nos paradigmas. O modelo psicossocial ganhou força frente ao modelo

biomédico e as pessoas em sofrimento psíquico passaram a ocupar os mais variados espaços, visto que anteriormente elas eram excluídas da sociedade e seu cuidado acontecia em manicômios. A percepção desse modelo arcaico, considerado pelos estudiosos da temática como “ímpiedoso”, foi sendo confrontada, visto que, não ofertava uma qualidade de vida eficiente e refletia a necessidade de reformulação do entendimento sobre os transtornos mentais (Delgado, 2011).

Para a compreensão do modelo psicossocial é preciso conhecer os paradigmas que fundamentam a assistência do cuidado psiquiátrico brasileiro. A realidade em saúde no país era bem incipiente, igualmente ao que acontecia em outros países do mundo. Os cuidados eram realizados em hospitais gerais e não havia uma assistência médica específica voltada para pessoas em sofrimento psíquico. Em sua maioria, elas eram mantidas em prisões por perturbação da ordem social, ou viviam enclausuradas em celas especiais nas Santas Casas de Misericórdia. Com a criação da Psiquiatria como ciência no século XIX, através dos conceitos alienistas, essa realidade se modifica e esses indivíduos passam a ser tratados nos hospitais psiquiátricos (Mansanera; Silva, 2000).

No Brasil, durante o século XIX, a atenção em Saúde mental era de base manicomial. Os manicômios eram locais conceituados como instituições totais, pois o indivíduo era separado da sociedade e levava uma vida restrita e administrada por outras pessoas. Sustentava-se o discurso de manter os doentes mentais em isolamento para depois devolvê-las reabilitadas ou mesmo curadas à sociedade, o que revela que nesse período o saber psiquiátrico era incipiente em relação ao curso dos transtornos mentais. Logo, esse retorno à sociedade não acontecia, já que os transtornos mentais não tinham cura e os locais de internação sofriam com superlotação e precárias condições de tratamento, especialmente, de cuidados de enfermagem. Outro ponto observado é que esses grandes hospitais psiquiátricos trabalhavam com a lógica de segregação e as identidades dos sujeitos não eram levadas em conta, sendo as possibilidades terapêuticas precárias (Souza *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a assistência ofertada às pessoas com transtornos mentais, pautada no modelo manicomial, ocorreu dessa forma por vários anos. Com as mudanças no conceito de loucura, a política, cultura e a sociedade de cada época também se transformaram. Todo esse processo foi marcado por lutas contra os descasos do poder público, que foram determinantes para o avanço do entendimento do conceito de saúde mental (Ferreira *et al.*, 2016).

No início do século XX, reflexões sobre os paradigmas biomédico e psicossocial começam a surgir, principalmente com o movimento higienista, proposto pelo psiquiatra brasileiro, Gustavo Riedel. Os avanços tecnológicos, a industrialização e o aumento progressivo

das cidades e do contingente populacional trouxeram conceitos da elite dominante, que queria modernizar o país. Intelectuais médicos, historiadores, antropólogos, sociólogos e literatos passaram a questionar o tratamento ofertado nos manicômios, que, muitas vezes, eram infrutíferos e com terapêuticas intermináveis. Com isso, novos métodos de tratamento passaram a ser buscados, a exemplo da higiene mental e eugenia (Mansanera; Silva, 2000).

Riedel fundou a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), juntamente aos médicos psiquiatras que acreditavam que os transtornos mentais eram oriundos da miscigenação de raças, alcoolismo, prostituição, vagabundagem e marginalização. Dessa maneira, os conceitos higienistas e eugenistas visavam a defesa social contra os problemas socioeconômicos. Programas comunitários, em escolas, hospitais, reformatórios tentaram formar uma sociedade mais moderna e próspera. Contudo, a concepção de “raças superiores e inferiores” foi criticada como racista e segregatória (Mansanera; Silva, 2000). A LBHM de alguma forma possibilitou um cuidado dedicado a compreender as causas dos transtornos mentais a partir da promoção da higiene mental, que deveria ser realizada fora da instituição.

Embora com críticas, os primeiros movimentos voltados para a assistência psicossocial possibilitaram o debate entre a forma de assistência mais adequada às pessoas com transtornos mentais. Isso permitiu um olhar mais qualificado destinado aos transtornos mentais, que desconsidera somente o processo de cura, e leva em conta a melhor maneira de lidar com o adoecimento. As intervenções passaram a incluir também todos os que estão envolvidos com esses indivíduos, em especial a família (Weber; Jurena, 2017).

Essa estruturação se deu de modo complexo e sofreu a influência de diversos movimentos socioculturais de reestruturação da Psiquiatria tradicional, que foram ocorrendo no mundo todo. Dentre eles, as já citadas iniciativas de Comunidade Terapêutica e da Antipsiquiatria, na Inglaterra, da Psiquiatria Institucional e a Psiquiatria de Setor, na França, da Psiquiatria Preventiva, nos Estados Unidos e da Psiquiatria Democrática italiana (Andrade; Maluf, 2017; Ramos; Paiva; Guimarães, 2019).

Esse contexto, no Brasil, foi marcado pelo processo de conscientização sanitária e mudanças nas práticas institucionais que visavam a democratização do atendimento em saúde. Logo, a atenção em Saúde mental passou a ser questionada por trabalhadores da área, que criticavam o modelo hospitalocêntrico e médico que estava centrado na cura da doença. Isso propiciou experiências de cuidado contra hegemonias, mudanças em normas legais e efeitos socioculturais (Ramos; Paiva; Guimarães, 2019).

O Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que incluía familiares e amigos de portadores com transtornos mentais unidos ao movimento de luta antimanicomial,

foi o principal impulsor no desenvolvimento da RP. Nesse sentido, houve um impacto direto na sociedade brasileira, que passa a se relacionar positivamente com o indivíduo que apresenta sofrimento psíquico. A cultura, a organização dos processos de trabalho e a estrutura dos serviços e dispositivos voltados a essas pessoas passam a ser direcionados para a desinstitucionalização com o intuito de garantir a reinserção social e o seu direito à cidadania (Maftum *et al.*, 2017).

O planejamento para efetivar essas mudanças nas formas de abordar socioculturalmente e politicamente o tratamento em Saúde mental começou a se organizar no período de 1970 a 1980, com o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, inaugurado em Itapeva, no ano de 1986, e da experiência em Santos, em 1989, com a inauguração do CAPS e do NAPS, que representou um marco histórico na consolidação da RP. Santos era uma cidade que tinha o cuidado psiquiátrico pautado no modelo manicomial e durante vários anos o atendimento aos usuários em sofrimento psíquico foi realizado na casa de saúde Anchieta, que era considerada uma “casa dos horrores”. Após uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde, esse local foi fechado por conta das denúncias de violência e maus tratos. Em contrapartida, criou-se uma rede substitutiva, que contava com dispositivos e serviços destinados à Saúde mental da população paulista. Essa rede tinha como pilar os NAPS, que funcionavam por 24 horas (FIOCRUZ, 2019; Santos, 2019).

Essa nova modalidade de atendimento em 24 horas, futuramente, seria reconhecida pelo MS para fins de financiamento, como também, foi o primeiro passo para construção de uma rede de apoio para pessoas em sofrimento psíquico e/ou usuárias de álcool e outras drogas. O sucesso do NAPS serviu para ampliação dos equipamentos e substituição dos manicômios em Santos (Santos, 2019).

A criação do CAPS/NAPS em Santos impactou diretamente nas políticas de Saúde mental do Brasil. Além disso, em 1989, a lei nº 36.570, que consolida a substituição dos serviços de natureza manicomial para os serviços abertos na comunidade, permite que os CAPS sejam construídos em várias cidades do país, embora a RAPS seja aprovada somente em 2011 (Brasil, 2008).

Também, a publicação da portaria do MS nº 224/1992 estabeleceu diretrizes e normas para assistência em psiquiatria. Ela reafirmou os princípios do SUS, e instituiu os novos serviços criados com base nas experiências do CAPS e NAPS. Esses serviços foram definidos pela portaria como unidades de saúde locais e regionalizadas, a partir de uma população, segundo sua localização e deveria ser um intermediário entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Também, atendiam pessoas oriundas de outros serviços como urgências

e internações (Ferreira *et al.*, 2016).

Essas circunstâncias foram importantes para consolidar a RP no país que, em 2001, teve a aprovação da PNSM pela Lei nº 10.216/2001, que fala sobre a garantia da dignidade e da liberdade para pessoas acometidas de algum transtorno mental. A assistência passa a ser de base comunitária e com a participação de redes sociais de apoio aos indivíduos (Andrade; Maluf, 2017; Ramos; Paiva; Guimarães, 2019).

Logo, pessoas em sofrimento psíquico passam a ser protagonistas sociais, que apresentam sentimentos, crenças, costumes como qualquer cidadão brasileiro. Termos como “louco”, “doente mental”, ou “cliente” passam a ser considerados deslocados das novas propostas do SUS e estes passam a ser chamados de usuários⁹. Esses novos conceitos, embora considerados como algo simples, exercem uma melhoria efetiva na saúde da população, pois combatem o estigma e o preconceito frente aos transtornos mentais (Andrade; Maluf, 2017).

Os cuidados em Saúde mental no país foram direcionados às especificidades de cada território, que contaram com a cooperação federativa para a constituição dos CAPS, a partir do ano de 2002 (Ramos; Paiva; Guimarães, 2019). O CAPS é um lócus substitutivo ao hospital psiquiátrico, que se propõe a evitar internações e a acolher os egressos desses locais para poder oferecer um atendimento intensivo para pessoas em sofrimento psíquico dentro do novo modelo de assistência, que é preconizado com a RP (Brasil, 2004c). Esses serviços apresentam efetividade na substituição da internação por longos períodos, pois não isola o usuário de suas famílias e comunidades, mas que os envolve no atendimento e, assim, cria-se uma rede de recuperação e reintegração do indivíduo em sofrimento psíquico (Ferreira *et al.*, 2016).

Outrossim, apresenta modalidades de atendimento voltados para especificidades de cada um, tais como, CAPS AD e CAPS I. Nesse cenário, essas organizações atendem níveis de média e alta complexidade e possuem uma proposta de estrutura organizacional flexível, com espaços abertos, não burocráticos, de modo que possam desenvolver ações voltadas para as pessoas em sofrimento psíquico, com investimentos na inserção social desse usuário, no território e na rede de atenção intersetorial (Silva; Abbad; Montezano, 2018). Logo, observa-se a importância de um substituto do hospital psiquiátrico e não como complementar as suas atividades.

A assistência prestada nos CAPS foi considerada inovadora por possibilitar que essa

⁹ Com a reforma psiquiátrica, as bases e conceitos em psiquiatria e saúde mental, vão se reformulando. As pessoas passam a ser vistas como sujeitos que tem seus direitos garantidos e poder de escolha para decidir o que é melhor para suas vidas e saúde. Com isso, passam a ser inseridas na comunidade e a serem consideradas como usuárias do serviço (Andrade; Maluf, 2017).

pessoa em sofrimento psíquico esteja sempre em contato com os familiares. Sabe-se que esse apoio prestado possibilita a melhora efetiva de sinais e sintomas, como também facilita o convívio no serviço. Mas para que esse serviço tenha efetividade é necessário que haja uma rede de apoio e de organização que estejam disponíveis para oferecer um *continuum* de cuidados (Amarante, 2008).

Além disso, a organização dos CAPS é diferenciada e isso ajuda no processo da mudança paradigmática. O processo organizacional que define esses locais de cuidado em Saúde mental é pautado no processo de reabilitação psicossocial, como um exercício pleno da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico e surge de experiências bem-sucedidas de outros países. Isso se reflete na assistência prestada pelos profissionais que mudaram sua dinâmica de atendimento, que antes era hospitalar, para o tratamento em espaços extra-hospitalares, na comunidade, com abordagem psicossocial e envolvimento intersetorial (Silva; Abbad; Montezano, 2018).

Também, a portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em Psiquiatria, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e modifica a atenção hospitalar, que, aliada ao Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, visa a desabilitação/redução dos leitos psiquiátricos e melhorias na assistência. Essas mudanças buscam direcionar os recursos financeiros utilizados nos componentes hospitalares para bases comunitárias como os CAPS, SRT, ambulatórios, atenção básica e outros. Tudo isso passa a compor as diretrizes e normas que proporcionam mudanças para Saúde mental brasileira (Brasil, 2002; Brasil, 2004a).

Essas políticas públicas e ações trouxeram uma realidade positiva e possibilitaram a instalação da RP no país, pois permitiram êxitos assistenciais em Psiquiatria, tais como, aumento da acessibilidade ao cuidado, redução de leitos em hospitais psiquiátricos, reorientação assistencial, com foco na comunidade e nos espaços de sociabilidade dos sujeitos, criação e ampliação de dispositivos substitutivos e iniciativas de geração de emprego e renda, além da preocupação com a dependência química, permitindo a autonomia dos usuários (Amarante, 2001).

Com essas transformações, a Enfermagem também ocupa um papel de destaque, já que realiza ações efetivas, que tratam esses indivíduos de forma holística e humanizada. Especializações são criadas no intuito de oferecer o conhecimento qualificado para esses profissionais, voltadas para novas propostas terapêuticas que incentivem o autocuidado e criem uma relação de confiança entre enfermeiros e usuários (Maftum *et al.*, 2019).

A RP no Brasil trouxe, como concepção, novos serviços e dispositivos destinados à assistência em Saúde mental, que busca a reversão da soberania da técnica, em detrimento da valorização do sujeito. Ela não se restringe apenas a criação de locais extra-hospitalares, mas na criação de um senso crítico, que inclui essas pessoas, modifica práticas e oferece acesso integral aos seus direitos. Também visa a mudança de paradigmas em que o modelo psicossocial passa a ser o principal modo de atenção (Weber; Juruena, 2017; Maftum *et al.*, 2019).

Essa mudança paradigmática é refletida nas práticas assistenciais, que visam os avanços no cuidado em Saúde mental. Muito embora, sabe-se que os profissionais de saúde, inclusive da Enfermagem, que constituem o maior grupo dentro dos CAPS, já vivenciavam outras práticas e estratégias de cuidado, muitas vezes, moldadas no modelo hospitalar e organicista, que visava o controle das pessoas em sofrimento psíquico. Isso produziu dificuldades no momento de transição, que esteve permeada de estigmas, preconceitos e senso crítico incipiente. Existia, então, a necessidade de capacitação em Saúde mental para que os trabalhadores de saúde pudessem se adaptar e ressignificar a atenção (Fortes *et al.*, 2017; Moraes *et al.*, 2010).

A superação do modelo manicomial, proporcionado pelo CAPS, é de extrema importância. O atendimento prestado é caracterizado por um cronograma pré-definido de práticas terapêuticas de grupo, atendimento ambulatorial e clínico e atividades direcionadas à comunidade- embora, nem sempre os usuários possam participar, devido ao seu cotidiano. Na dinâmica dos CAPS, também o acompanhamento itinerário dos usuários na rede também é realizado, sendo registrado, no sistema de informações. Isso demonstra a demanda de uma equipe, em especial, de Enfermagem, com conhecimentos para desenvolver sua sistematização da assistência de forma correta e efetiva (Silva; Abbad; Montezano, 2018).

Dessa forma, os CAPS no Brasil proporcionam a criação da RAPS, em 2011, com vários dispositivos, que se propõe a organizar e financiar a assistência. A consolidação do trabalho, em uma rede aberta a todos, evidencia que a complexificação e especificidades são levadas em conta e não atendem somente ao público adulto, mas inclui crianças e adolescentes, além de prestar a assistência ao usuário de substâncias psicoativas. Esse cuidado se liga aos diferentes setores da sociedade e tenta atender às demandas que são propostas. Isso demonstra um cuidado sustentado na ética da corresponsabilidade, em que a equipe de saúde trabalha em conjunto com a comunidade e a importância de cada um é percebida, como é proposto na reabilitação psicossocial (Guerra, 2004; Pitta, 2011).

2.3 Práticas de Enfermagem em Saúde Mental

A Enfermagem Psiquiátrica ou de Saúde mental é uma especialidade que está ancorada no cuidado prestado ao usuário, família e comunidade. Por meio da criação de um processo interpessoal, que envolve uma interação entre enfermeiro e paciente, ações são desenvolvidas no intuito de prevenir, tratar e auxiliar no enfrentamento da doença/sofrimento, além disso, se possível, descobrir um sentido para essa experiência (Mello, 2008; Taylor, 1992).

Ao fazermos um resgate sobre o contexto histórico da Enfermagem Psiquiátrica, ela surge dentro dentro das SCM, nos hospitais gerais, com um caráter doméstico e de caridade. Não havia, de início, uma educação formal para essas pessoas, do qual, muitas vezes, eram leigas e com má reputação. Quando o mínimo de formação possuía, esses profissionais tinham certificação apenas de nível fundamental ou médio de estudo e, durante anos, foram coordenados pelas irmãs de caridade. Com a criação do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o Hospital Psiquiátrico Pedro II, em 1890, localizado no Rio de Janeiro, o governo da república convidou enfermeiras francesas para contribuírem na assistência psiquiátrica. Nesse período também, em 1891, é criada a primeira escola brasileira destinada à formação de pessoal de enfermagem para atuar no campo da assistência psiquiátrica, do qual, anos depois, seria considerada a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP). A preparação das enfermeiras seguiu o modelo francês da Escola de Salpêtrière e, até os anos de 1940, foi assumida pelos próprios psiquiatras (Esperidião *et al.*, 2013; Peres; Barreira, 2009).

Embora a EEAN, que surgiu em 1923, seja considerada um marco para a Enfermagem, enquanto formação da categoria profissional no Brasil, por ministrar o ensino sistematizado de Enfermagem, nos moldes fundados por Florence Nightingale, os aspectos relativos à formação de profissionais de Enfermagem, no cuidado psiquiátrico no final do século XIX e início do século XX, estão relacionados à EEAP, como também às escolas de Enfermagem nos estabelecimentos psiquiátricos, a partir da implementação de mecanismos informais de preparação (Esperidião *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2017).

Logo, parte da Enfermagem Psiquiátrica adquiriu seus conhecimentos no campo prático ou nesses locais coordenados por psiquiatras, e, em sua maioria, com a mesma conotação dos pacientes: castigo, ausência de opção de escolha ou transferência por se mostrarem como um problema para outras instituições. Os alienistas se encarregavam da formação dos agentes de Enfermagem por destacarem a inexistência de pessoal qualificado para tal ocupação no país e a pretensão de moralizar os trabalhadores, que assistiam às pessoas internadas nas instituições psiquiátricas. Os médicos creditavam tal insubordinação às características pessoais dos

indivíduos empregados das instituições psiquiátricas, descritos como imorais, despreparados culturalmente e que não tinham qualquer vocação para cuidar de doentes mentais. A qualificação formal ou o preparo informal, no interior do próprio processo de trabalho, seria uma medida eficaz para especializar enfermeiros de ambos os sexos para cuidar dos doentes mentais nas instituições psiquiátricas e nos programas de higiene mental, segundo os preceitos científicos e humanitários defendidos pela medicina mental brasileira. Isso também seria uma forma de controle sobre essas pessoas, pois esses médicos detinham o conhecimento (Kirschbaum, 1997).

Entretanto, na EEAN, em 1925, o conteúdo de Psiquiatria passou a ser introduzido gradualmente, com um ensino teórico e ministrado por médicos, através da disciplina de Higiene Mental, e, em 1931, a disciplina de Psiquiatria foi incluída no currículo e que também foi ministrada por médicos. A Enfermagem Psiquiátrica foi introduzida no currículo em 1933, ministrada por uma docente enfermeira da EEAN. Esta disciplina era constituída em dois blocos, em sala de aula: um teórico e outro com treinamento de técnicas de Enfermagem usadas na Psiquiatria. A partir disso, a Enfermagem Psiquiátrica surgiu com a premissa principal de um modelo assistencial disciplinador, mantenedor da ordem, visto que, no início do século XX, a equipe de Enfermagem era responsável por ouvir e atender a demanda dos pacientes, mas também era aquela que se responsabilizava pela vigilância, observação, contenção física, além das atribuições comuns, como aferição de sinais vitais, higiene e alimentação (Maftum *et al.*, 2017 Silva *et al.*, 2017).

Com a crescente criação de escolas de Enfermagem no país, em especial, entre os anos de 1930 a 1940, a assistência de Enfermagem Psiquiátrica, torna-se mais qualificada e formal, focada no crescente papel terapêutico. A Enfermagem Psiquiátrica cabia executar ou assistir ao médico nos procedimentos psiquiátricos, administrando drogas e implementando medidas hidroterapêuticas. No entanto, o seu papel ainda era custodial e baseado nas necessidades físicas dos pacientes. Em relação às necessidades psíquicas, preocupavam-se em manter boas atitudes, como tolerância, gentileza e humanidade para com os pacientes (Esperidião *et al.*, 2013).

Também na década de 1940, surgiram estudiosas no campo da Enfermagem Psiquiátrica, que trouxeram contribuições significativas no relacionamento terapêutico, as quais nortearam as transformações da assistência de Enfermagem. Peplau, Travelbee e Minzoni descrevem a práxis da Enfermagem Psiquiátrica, baseada no processo interpessoal, com nomenclaturas diferentes para tal processo. Peplau denominou-o de processo interpessoal de cunho terapêutico; Travelbee nomeou-o de relação de pessoa-a-pessoa e Minzoni preferiu a relação interpessoal terapêutica ou relação de ajuda (Esperidião *et al.*, 2013). Com a disciplina

de Enfermagem Psiquiátrica presente na formação graduada de enfermeiros, desde a primeira metade do século XX, passou a acumular conhecimentos de Saúde mental, o que impulsionou que os cuidados fossem levados para a reabilitação psicossocial (Maftum *et al.*, 2017, Oliveira, Fortunato, 2003; Vargas *et al.*, 2018).

As décadas de 1960 a 1970 foram permeadas de marcos históricos para a Enfermagem e possibilitaram avanços nos conhecimentos teóricos e práticos da profissão. No ano de 1961, foi criada a primeira residência em enfermagem, no Hospital Infantil do Morumbi da Legião Brasileira de Assistência (LBA), Seção de São Paulo, que tinha como finalidade: o "aperfeiçoamento em Enfermagem Pediátrica". Isso serviria de subsídios para criação da especialização em Enfermagem Psiquiátrica (Sousa; Barreira, 1999).

Aliado a isso, movimentos antimanicomiais, a partir da década de 1970, a favor da reforma psiquiátrica, a exemplo do MTSM, direcionou críticas ao modelo psiquiátrico clássico, ao constatar práticas manicomiais das instituições psiquiátricas e seu papel explicitamente médico-terapêutico. Isso serviria de base para as mudanças assistenciais na Enfermagem Psiquiátrica, que era de base manicomial, e para a implantação da PNSM, anos depois (Esperidião *et al.*, 2013). Também, nesse mesmo período, a nível *stricto sensu*, que é o ensino voltado para pesquisa, produção científica e carreira acadêmica, foi criado o primeiro mestrado em Enfermagem do Brasil, na EEAN, em 1972. E, no ano de 1975, a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) criou o primeiro mestrado em Enfermagem Psiquiátrica, sendo o primeiro do país com essa especialidade, e estendeu suas atividades para o doutorado em 1999, o que possibilitou as pesquisas na área e permitiu a ampliação de conhecimentos em Psiquiatria (Carregal *et al.*, 2021; Esperidião *et al.*, 2013).

A nível *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por um ensino em serviço, também na década de 1970, no ano de 1972, foram criadas as duas primeiras especializações em Enfermagem Psiquiátrica, sendo estas as pioneiras no país. Uma deu início às suas atividades na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EE/UFRGS) e a outra foi criada pela EERP. As duas surgiram através de convênios da universidade junto a órgãos de saúde, devido a necessidade de pessoal especializado/qualificado para a assistência psiquiátrica. Além disso, as iniciativas de abertura dos cursos relacionam-se com o incentivo para criação dos cursos de pós-graduação, definidos na Reforma Universitária de 1968, e sua conseqüente necessidade de titulação dos docentes das universidades, equiparando-se, nesse período, à formação em especialização ao mestrado, para concursos (Olschowsky; Silva, 2003).

Com a PNSM, em 2001, os serviços necessitavam de profissionais qualificados que se

adequassem às demandas dos serviços em Saúde mental, algo considerado novo, pois a realidade no país era de base manicomial (Souza; Afonso, 2015; Peres *et al.*, 2022). Logo, a partir de 2005, ocorre a regulamentação das residências multiprofissionais, como *lato sensu*. Com isso, a Enfermagem passou a ter mais oportunidade de qualificação por meio destas residências, a exemplo da residência de Psiquiatria e Saúde mental. Isso possibilitou mais qualidade ao serviço dos enfermeiros e conduziu seus cuidados para um novo modelo de assistência: o psicossocial (Martins *et al.*, 2016; Louzada *et al.*, 2022).

Todo esse processo consolidação da Enfermagem Psiquiátrica permitiu que o enfermeiro passasse a exercer funções específicas na área de Saúde mental, tais como, criador de um ambiente terapêutico, onde ele oferece um local adequado para receber essas pessoas; agente socializador por intermédio da oportunidade da criação de relações sociais de confiança, que visem a melhoria da autoestima dos usuários em sofrimento psíquico; conselheiro, que possui uma escuta qualificada e crítica, longe de julgamentos, que fomente a opinião e ajude na tomada de decisão; técnico que se mantém sempre atualizado sobre tratamentos, que observa, interpreta e avalia as mais variadas reações e acompanha a terapêutica, informando sobre possíveis dúvidas; por fim, terapeuta, que entende e procura a melhoria no processo saúde-doença (Mello, 2008).

Isto posto, a Enfermagem teve que acompanhar as transformações da RP, em que o usuário passa a ser visto como um sujeito ativo, com capacidade da fala e que necessita de um tratamento digno. Isso traz reflexões diárias para a prática desenvolvida sobre o saber, fazer e pensar do papel do enfermeiro na Saúde mental. Dessa forma, para que todo esse senso crítico seja construído, é necessário o desenvolvimento de competências e habilidades, com vistas em ampliar o campo de atuação da Enfermagem, dando sempre enfoque às características socioculturais de cada indivíduo. Ademais, não somente na assistência, mas de forma gerencial, coordenando equipes que atuem diretamente na terapêutica dos usuários em sofrimento psíquico (Maftum *et al.*, 2017).

Contudo, todo esse processo transformador ainda é um desafio, pois estudos demonstram que ainda existem muitas dificuldades, pois falta valorização profissional e cursos que ofereçam a formação necessária. Além disso, outro ponto observado é a presença de preconceitos e estigmas que dificultam a transição do modelo manicomial para o modelo psicossocial, pois ainda existe muita resistência para que as mudanças sejam realizadas nos serviços. Logo, as principais atribuições do enfermeiro continuam sendo a administração da unidade de serviço e a supervisão da equipe de Enfermagem (Fernandes *et al.*, 2014a; Fernandes *et al.*, 2015b; Mello, 2003).

No entanto, a Enfermagem precisa de mais apoderamento de suas atividades, visto que, para que a transformação de modelo seja concretizada, é necessário a conjunção de três dimensões: a dimensão gerencial, que conduzirão os processos de reorganização das ações e serviços; dimensão organizativa, que se estabelece através da hierarquização por níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e, principalmente, da dimensão técnico-assistencial, pois ela opera nas relações estabelecidas entre os sujeitos, as práticas e seus objetos de trabalho, mediadas pelo saber e por tecnologias em diversos planos (tratamento, recuperação, reabilitação e promoção de saúde), que são responsáveis pela melhora em saúde (Quinderé; Jorge, 2010).

Dessa maneira, constatar o cuidado terapêutico da equipe de Enfermagem, como um serviço essencial prestado a essas pessoas faz-se necessário. O reconhecimento do enfermeiro como agente transformador garante uma prática mais profícua, que não se destina apenas a um cuidado limitado à higiene, aplicação de medicamentos, aferição de sinais vitais, alimentação e contenção durante as intercorrências. Ela pode atuar na equipe multidisciplinar com funções abrangentes e ativas que permitam o exercício autônomo da profissão. O enfermeiro em Saúde mental tem uma atuação diferenciada, que busca sempre se renovar, reconhecer novas terapêuticas, e com um olhar crítico sobre a realidade em Saúde mental (Maftum *et al.*, 2017).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 Tipificação do estudo

O estudo foi realizado na perspectiva metodológica da História-social, opção que permite a descrição e compreensão de fatos oriundos das interações humanas em determinado tempo e espaço, por meio de fontes que retratam o passado da sociedade. A história dos cuidados em saúde vem se desenvolvendo, mais fortemente, a partir da segunda metade do século XX e desperta discussões acerca da escrita de uma história especializada, capaz de reunir uma historiografia própria a um mesmo enfoque (Barros, 2004).

De abordagem sistemática, a pesquisa histórico-social exige do pesquisador um trabalho minucioso pela busca de fontes históricas, que permitam a execução do projeto de pesquisa. Suas etapas são: levantamento dos dados, avaliação crítica destes dados, apresentação dos fatos, interpretações e conclusões. Pela sua característica narrativa, que relaciona o passado com o presente, a abordagem histórico-social é sempre descritiva e essencialmente de abordagem qualitativa (Barros, 2012a; Padilha; Borenstein, 2005). Neste estudo, a opção pela abordagem qualitativa se justifica pelo interesse em oferecer uma versão da história da Enfermagem, que considere os detalhes e contextos em que os fatos ocorreram.

Em relação ao recorte temporal definido para circunscrever o objeto de estudo (2003-2005), este estudo se define como História do Tempo Presente (HTP), na qual o pesquisador pertence ao tempo em que os fatos se deram e, ao interpretá-los, precisa ressignificar seu olhar sobre o passado, rever suas perspectivas e redefinir suas periodizações em função do hoje.

Ao emergir no contexto da Nova História, a HTP está inserida no movimento crítico que aprecia a história positivista e objetiva. Ela modifica os métodos através de novas concepções e de análise dos documentos, considerando trazer o domínio da história até o presente. Estudiosos como Lucien Febvre e Marc Bloch buscaram romper com o paradigma tradicional da história, que oferecia margem para preconceitos, rotinas, erros de concepção e compreensão (Le Goff, 1990a).

Para a compreensão da história, Lucien Febvre defendia a importância de viver e compreender o mundo e os problemas em que se está inserido. Isso só seria possível graças a HTP, que veio para mostrar uma nova realidade (Le Goff, 1990a). O paradigma tradicional da História não levava em consideração outros tipos de fontes que não fossem documentais, subtraindo do historiador fontes produzidas em diferentes contextos, capazes de dar voz àqueles que não ocupavam espaço de poder na sociedade. Narrativas passam a ser inseridas como fontes

e modificam as limitações dos documentos, que muitas vezes poderiam se perder ao longo do tempo (Burke, 1992).

As definições da história passaram por modificações, contudo o diálogo entre as ciências ainda é complexo. Historiadores tentaram reverter isso, aliando conceitos para a construção de uma nova história:

Podemos, enfim, nos perguntar o que a história pode vir a se tornar depois de amanhã, se não amanhã. Portanto há apenas uma ciência dos homens no tempo, a qual necessita sem cessar, unir o estudo dos mortos com os vivos. Como chamá-la? O antigo nome da história parece ser o mais compreensível, o menos exclusivo, também o mais carregado das comóventes recordações de um esforço mais que secular (Le Goff, p. 56-7, 1990a).

A HTP surgiu no início do século XX, dentro do movimento da Nova História, para documentar o período da Segunda Guerra Mundial, e se consolidou pela necessidade de historiadores entenderem os mecanismos sociais dos indivíduos de uma mesma formação social. Apesar das críticas de historiadores mais tradicionais, vem se constituindo como uma opção aos estudos da história de profissões recentes, como a Enfermagem, que devido a sua profissionalização ser ainda recente no mundo, não oferece uma distância suficiente entre o tempo do historiador e do objeto estudado. Assim, pode-se considerar que a HTP oferece um maior entendimento sobre a realidade estudada, de maneira a superar a descontinuidade fundamental, que separa o instrumental intelectual, afetivo e psíquico do historiador e a história (Chartier, 1993).

A HTP se dá por intermédio de testemunhos vivos, que podem contestar e confrontar o historiador por terem estado presentes quando o fato histórico ocorreu. Seu marco inicial tem início em uma grande última ruptura ou época em que as testemunhas possam oferecer seus relatos supervisionando ao pesquisador, de maneira a enfatizar aquilo que está sendo pesquisado, pois com a presença dos colaboradores durante o fato, a história passa a ser algo verificável (Ferreira, 2013; Hobsbawn, 1995).

Diante disso, a HTP se dedica a uma análise de experiências históricas específicas, especialmente delimitadas e pouco compatíveis com critérios universais e abrangentes de definições cronológicas. Além dessa dificuldade de delimitação temporal, para sua consideração teórica e metodológica, ela possui variáveis que contribuem com a sua significação, como campo constitutivo e temporalidade, memória e retenção do passado e pluralidade de fontes e procedimentos metodológicos (Delgado; Ferreira, 2000).

Ao fazer referência a um passado atual ou em permanente processo de atualização, que está inscrito em experiências analisadas e intervém nas projeções de futuro, elaboradas por

sujeitos ou comunidades, a HTP também observa diferentes dimensões, como um processo histórico, marcado por experiências vivas, com tensões e repercussões a curto prazo, com um sentido de tempo provisório, com sujeitos ainda vivos, que têm sua produção de fontes históricas inseridas no processo de transformação em curso e na temporalidade em curso próprio ou contíguo a pesquisa (Delgado; Ferreira, 2000).

3.2 Recorte espacial e temporal

Essa pesquisa foi realizada na cidade de Teresina, capital do estado do Piauí, localizado no nordeste brasileiro. Teresina é a única capital nordestina que não se encontra no litoral e se desenvolveu entre dois rios, Parnaíba e Poty. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), a capital do Piauí possui uma população estimada em 871.126 pessoas, sendo considerada a cidade piauiense mais populosa. Apresenta conurbação com a cidade maranhense Timon, formando, assim, uma rede integrada de desenvolvimento, a grande Teresina. Encontra-se em constante desenvolvimento, com uma área de unidade territorial de 1.391,293 km². É considerada uma das mais prósperas cidades brasileiras e se destaca no setor de prestação de serviços: comércio, rede de ensino avançada, congressos, indústria têxtil e um grande e moderno complexo médico, que atrai pacientes de vários estados (IBGE, 2020; Landim; Oliveira, 2016).

O cenário foi constituído pelos 02 primeiros CAPS instituídos na região, nos anos de 2003 e 2005, sendo o CAPS I, criado dentro do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, primeira instituição psiquiátrica do estado, localizada na zona norte de Teresina, no bairro Primavera.

O recorte temporal tem início no ano de 2003, quando ocorreu a inauguração do primeiro CAPS, que era um CAPS AD, na cidade, representando um momento simbólico relacionado a RP no estado. A atenção em Saúde mental oferecida, até então no Piauí, tinha como base o modelo manicomial. O marco final é o ano de 2005, quando ocorreu o credenciamento junto ao SUS do segundo CAPS criado na cidade e primeiro CAPS Infantil do estado, o CAPS I. O credenciamento se caracteriza por um sistema por meio do qual a Administração Pública convoca todos os interessados em prestar serviços ou fornecer bens, aos quais, preenchendo os requisitos necessários previstos em edital, são contratados pelo órgão ou entidade para executar o objeto do pacto quando convocados. Isso serviu para abrir caminhos para a expansão desses serviços substitutivos ao manicômio na cidade.

Fontes históricas

Esse estudo contou com duas etapas de coleta de dados e o *corpus* documental foi composto por fontes históricas diretas e indiretas. São fontes históricas tudo aquilo que é produzido pelo homem, traz vestígios de sua inferência e permite acesso à compreensão de algo do passado humano, como documentos textuais e quaisquer discursos que possam revelar uma realidade um dia vivida e que se apresenta como relevante para o presente do historiador. Além disso, o historiador deve se atentar à definição do que é uma fonte direta ou indireta:

A ‘fonte direta’ e a ‘fonte indireta’, relaciona-se à questão da possibilidade que ocorram intermediações no processo informativo ou de produção de uma fonte histórica. Naquela que chamaremos de ‘fonte indireta’, o autor ou enunciador do texto, chega ao seu objeto ou nos transmite alguma informação, passando por um intermediário ou mais. A fonte em ‘posição indireta’ situa-se, por vezes, em uma cadeia documental, testemunhal ou informativa, colocando-se, por exemplo, entre o historiador e um primeiro documento ou testemunho, anterior a todos. Nenhuma fonte, destarte, é direta ou indireta de maneira absoluta (Barros, p.134, 2012b).

O estudo histórico-social não pode prescindir de fontes históricas para o desenvolvimento de suas práticas historiográficas. Elas asseguram a base científica para o discurso do historiador (Barros, 2006; Padilha; Borenstein, 2005).

Para o estudo foram utilizadas fontes diretas e indiretas escritas, buscadas em acervos, arquivos, jornais e bibliotecas, bem como uma fonte iconográfica - o documentário “Vozes da Loucura” - para integrar o *corpus* documental da pesquisa, junto com documentos orais, produzidos pela História Oral Temática (HOT), atendendo aos aspectos da HTP, que permite confrontar dados, inclusive com testemunhos daqueles que vivenciaram o fato ocorrido.

Primeira etapa de coleta de dados - A princípio, levantou-se as principais normativas nacionais e municipais que no período regulavam a assistência em Saúde mental no país, bem como livros, artigos e teses que tratam da história da assistência psiquiátrica e de saúde mental no Brasil, em especial em Teresina/Piauí. Nesse levantamento, constatou-se que existem três livros que são referência fundamentais para este estudo: 1. O panorama da assistência psiquiátrica no Piauí (Rosa, 2004), que trata do desenvolvimento das práticas assistenciais em Saúde mental do Piauí, no contexto da RP; 2. O nordeste na reforma psiquiátrica (Rosa, 2006), que trata de questões acerca do desenvolvimento da RP no país e como ela se desenvolveu no nordeste brasileiro; 3. Políticas e ações de Saúde mental no Piauí: 2000 a 2010 (Rosa, 2011), que traz questões políticas e sociais sobre a Saúde mental piauiense, conforme a estruturação da PNSM e fechamento dos manicômios no estado. Esse material foi produzido pela pesquisadora Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Assistente Social que trata de temas relativos à

RP piauiense.

Além disso, o documentário intitulado “Vozes da Loucura: A assistência em Saúde Mental no Piauí” (Sales, 2008), do jornalista Leonardo Sales Lima, também foi utilizado como referência para a pesquisa. O documentário de 22 minutos fala sobre a história da assistência em Saúde mental no Piauí. Esse material faz parte de um trabalho de conclusão de curso e teve o intuito de complementar o conhecimento sobre a Saúde mental do piauiense.

O recorte temporal do estudo permite a inclusão de mídias eletrônicas, assim, foram buscadas fontes de interesse para a pesquisa em sites oficiais de órgãos públicos, envolvidos com as políticas de Saúde mental do estado e da cidade, e de outras instâncias da saúde e profissionais (secretarias, fundações, associações, conselhos etc.).

Segunda etapa de coleta de dados - foram produzidas fontes orais pela técnica da HOT, a fim de promover discussões em torno do assunto da pesquisa, por intermédio da forma dialógica de entrevistas. Para o historiador José Carlos Sebe Bom Meihy, autor do referencial metodológico selecionado para a coleta de fontes orais, a HOT abriga a subjetividade, mas confronta datas, fatos, situações e ainda formula documentos que se opõem a situações estabelecidas. As fontes orais seguem um roteiro que é preestabelecido para o entrevistado, denominado participante, que é a testemunha que vivenciou determinado fato e eventos que estão relacionados com o objeto de estudo (Meihy, 2005).

A HOT proporciona debates com redes capazes de nutrir opiniões diversas e é um meio de busca para esclarecer situações conflitantes, polêmicas e contraditórias, sobre as quais, muitas vezes, não se tem fontes escritas. A exteriorização do tema é sempre dada, *a priori*, e organiza a entrevista que deve estar em consonância com o objetivo proposto. O grau de atuação do entrevistador é orientado pelos recursos dados pela sequência de perguntas que devem levar ao esclarecimento do tema. Desse modo, os colaboradores e o objeto de pesquisa passam a ser parte íntimas daquilo que se busca (Meihy; Holanda, 2015).

3.3 Técnicas/Coleta/Produção de dados

Coleta do documento escrito e iconográfico

1. Fonte escrita direta: A busca e coleta de fontes foi realizada presencialmente no Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, nos referidos CAPS, cenários desta pesquisa, e no arquivo público do Piauí. De forma remota, realizou-se a pesquisa de fontes em sites oficiais dos Conselhos Regionais de Enfermagem, de Medicina e de Psicologia do Piauí, na hemeroteca

digital da Biblioteca Nacional, no Acervo da Memória do Jornalismo Piauiense e no site de vídeos *YouTube*.

Para a coleta de fontes, o pesquisador escolhe instrumentos que direcionam a seleção aos interesses estabelecidos no tempo presente e formula as perguntas que serão pertinentes ao seu objeto de estudo. Além disso, pode ser apresentado ao colaborador algo para ativar sua memória, um documento, uma imagem, que ajude a trazer à consciência um determinado acontecimento que se encontra oculto (Agnés; Tétart, 1999; Le Goff, 1990b).

2. Fonte escrita indireta: A busca foi realizada presencialmente, na Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco da UFPI, na biblioteca setorial do Centro de Ciências Humanas e Letras (CCHL) da UFPI e na biblioteca do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ). De forma remota, realizou-se a pesquisa de fontes, nos sites da Biblioteca Virtual em Saúde, no Banco de Teses e Dissertações da CAPES e em Bases de Dados, tais como, *Scielo* e *Medline* e *Google Scholar*, que abordam a história da Enfermagem Psiquiátrica teresinense/piauiense, a Reforma Psiquiátrica brasileira e as práticas de Enfermagem em Saúde mental.

O pesquisador reconhece, de forma crítica, a noção do fato histórico, que não é apenas um fato, mas é o que exprime o poder do passado sobre a memória e o futuro, ou seja, é considerado como um monumento para história (Agnés; Tétart, 1999; Le Goff, 1990b).

Nesse sentido, os dados presentes, nos documentos escritos, foram coletados e organizados com o auxílio de um instrumento que se caracteriza por um quadro (APÊNDICE A), no qual foram registradas informações como o tipo de documentos, autoria e assunto. Também, observações relativas a esses documentos seriam registradas, caso fosse necessário.

As fontes escritas diretas se caracterizaram por documentos, localizadas no Arquivo Público do Piauí, no arquivo do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu e no CAPS I e se constituiu de relatórios de enfermagem e da equipe multidisciplinar, prontuários, matérias jornalísticas, do principal jornal teresinense à época, Jornal “O dia”, e que possuíam dados sobre o objeto da pesquisa dentro do recorte temporal, coletados a partir do Instrumento de Exame de Documentação Escrita (APÊNDICE A) e estão especificadas no quadro 2.

Considerou-se relevante o arquivamento deste material em mídias digitais, após registro de imagens por *scanner*, quando possível, ou mediante registro fotográfico, a fim de facilitar a consulta em cópia digitalizada do documento original. Esta medida também assegura que as fontes possam ser consultadas e revistas pela pesquisadora quantas vezes forem necessárias, ao longo do desenvolvimento da pesquisa, independentemente de eventuais contratempos no

acervo, tais como greve de funcionários, danos ao acervo, entre outros.

Quadro 2. Documentos escritos, Rio de Janeiro, RJ, 2022.

Nº do documento	Tipo de documento	Localização	Autor	Assunto
1	Reportagem de Jornal	Memória do Jornalismo Piauiense 1970. Link: http://memoriadojornalismopi.com.br/admin/search-params/	Jornal “O Dia”	Reportagem sobre o Hospital Dia dentro do Hospital Areolino de Abreu e suas ações
2	Reportagem de Jornal	Arquivo Público do Piauí. Livro de notícia do ano de 2002	Jornal “O Dia”	Reportagem sobre a necessidade de construção do CAPS AD em Teresina, como meta para 2004
3	Reportagem de Jornal	Arquivo Público do Piauí. Livro de notícias do ano de 2003	Jornal “O Dia”	Inauguração do CAPS AD em Teresina no ano de 2003
4	Reportagem de Jornal	Arquivo Público do Piauí. Livro de notícias do ano de 2005	Jornal “O Dia “	Inauguração do CAPS I em Teresina no ano de 2005
5	Prontuário	Arquivo do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu. Caixa relativa aos prontuários de 2003	-----	Folha de evolução multiprofissional
6	Cartão de marcação de consultas	Arquivo do CAPS Infantil quando este funcionava dentro do Hospital de 2005	-----	
7	Lei nº 2987 de 17 de maio de 2001	Link: 11nq.com/h5Iul	Vereadora Flora Isabel; Vereador Anselmo Dias	Dispõe sobre a política de Saúde mental e Assistência Psiquiátrica, bem como trata dos serviços de Saúde mental em Teresina
8	Reportagem de jornal	Arquivo da Memória do Jornalismo Piauiense. Link: http://memoriadojornalismopi.com.br/admin/search-params/	Jornal “O Dia”	Inauguração do Sanatório Meduna, 1954

9	Documentário	Canal do youtube link: https://www.youtube.com/watch?v=451P8IGmWI0	Leonardo Sales	A assistência em Saúde mental no Piauí.
10	Reportagem de jornal	Arquivo da Memória do Jornalismo Piauiense. Link: http://memoriadojornalismopi.com.br/admin/search-params/	Jornal “A Luta”	Quantitativo das pessoas na SCM
11	Reportagem de jornal	Arquivo da Memória do Jornalismo Piauiense. Link: http://memoriadojornalismopi.com.br/admin/search-params/	Jornal “A Luta”	Matéria sobre D. Severino Vieira de Melo e a congregação das “filhas do coração imaculado de Maria”
12	Fotografia	Teresina Antiga	Teixeira, 2021	Fotografia do sanatório Meduna

Fonte: Autora, 2023.

Coleta do documento oral

A HOT promove debates com redes de opiniões diversas, que podem se mesclar com outras fontes. Ela parte de um tema e não abrange todas as informações dos colaboradores, isso faz com que outros colaboradores possam ser inseridos na pesquisa, resultando em um maior número de dados para o estudo (Meihy, 2005).

Para a produção da fonte direta oral, foram conduzidas entrevistas presenciais conforme a técnica HOT, com o intuito de atender aos objetivos da pesquisa. Elas seguiram um roteiro de entrevista amplo e abrangente, no intuito de garantir unidade aos documentos produzidos (APÊNDICE B). Esse roteiro não deve ser aplicado de forma rígida, permitindo ao colaborador introduzir informações importantes que não estão previstas no roteiro original. Logo, algumas demandas poderão surgir naturalmente entre pesquisador e colaborador, trazendo melhores esclarecimentos dos pontos levantados e o enriquecimento dos dados da pesquisa (Freitas, 2006).

Para o desenvolvimento das entrevistas, os colaboradores deverão ser aqueles que participaram, viveram, presenciaram, ou se inteiraram de ocorrências ou situações ligadas ao tema e que possam fornecer depoimentos significativos (Alberti, 2005). Nesse sentido, as entrevistas aconteceram após o contato prévio pela pesquisadora, por intermédio do marco zero,

que foi uma profissional de enfermagem, que auxiliou na implantação do CAPS I dentro do Hospital Areolino de Abreu. A partir dessa primeira entrevista, foi solicitado a indicação de outros possíveis colaboradores que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa e a intermediação da comunicação deles com a pesquisadora para o contato inicial (Meihy; Holanda, 2015).

Cada colaborador foi informado sobre a pesquisa antes da sua realização e, com isso, foi convidado a conceder a entrevista, conforme convite enviado via *WhatsApp* (APÊNDICE C), de acordo com a disponibilidade de cada um, no que se referia a data, horário e local para a sua participação. Foram utilizados dois aparelhos com aplicativos de gravação para evitar contratempos e possíveis repetições de entrevistas, que poderão ser inconvenientes para o colaborador e entrevistador. Também, um caderno de anotações foi utilizado para registro de reações não verbais durante as entrevistas, como também para anotar informações que pudessem gerar questionamentos futuros.

As entrevistas foram realizadas em dois locais: no Hospital Areolino de Abreu, visto que dois colaboradores se sentiram mais confortáveis em participar no próprio local de trabalho e três em suas próprias residências. É importante salientar que as medidas de segurança com relação a covid-19 foram adotadas, como uso de máscara, álcool em gel e distanciamento necessários, como também a aplicação do TCLE (APÊNDICE D).

O TCLE foi apresentado aos colaboradores e as dúvidas que eles apresentavam sobre a pesquisa e a participação foram sanadas. Também, por se tratar de uma pesquisa histórica, os colaboradores foram questionados quanto ao desejo de doarem sua entrevista ao Centro de Documentação (CDOC) da EEAN, que foi viabilizado por um Termo de Cessão de Direitos do Depoimentos (APÊNDICE E).

As fontes históricas da pesquisa seguiram os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Documentos escritos: Foram incluídas fontes referentes ao CAPS AD e CAPS I, criados em Teresina, nos anos de 2003 e 2005; foram excluídas fontes que não se relacionavam com a assistência prestada aos usuários, documentos incompletos ou ilegíveis.

Documentos orais: Foram incluídos todos os profissionais de saúde que participaram da implantação do CAPS AD e CAPS I, no período de 2003 e 2005, independentemente do tipo de vínculo empregatício que possuíam, e foram excluídos aqueles profissionais que não atuaram na equipe assistencial no referido período.

3.4 Colaboradores

Para a HOT, o entrevistador e o entrevistado são colaboradores, pois a participação se define como algo espontâneo e ambas as partes devem manter uma posição favorável para o estabelecimento da entrevista. Ademais, o colaborador e a colaboração não são a mesma coisa de informante e informação, já que eles não se restringem somente a referências exatas de datas e fatos. Os colaboradores são pessoas que, ao se entrevistar, narram fatos, opiniões, subjetividades. Sua relevância vem da transparência desses fatos narrados que estão em consonância com o exame decorrente do texto estabelecido em análise com os demais (Meihy; Holanda, 2015).

É recomendado aos pesquisadores que usam a HOT, que antes de realizar as entrevistas organizem o quadro de colaboradores, uma vez que as entrevistas não são decididas aleatoriamente. Outra recomendação é a de que o pesquisador desenvolva uma linguagem dialógica e crítica para entender os contextos e as situações vivenciadas pelos colaboradores. Para tanto, é necessário um afunilamento das diversas experiências e versões dos fatos derivados das entrevistas, o que é feito pela divisão entre comunidade de destino, que é a matéria de registro e verificação da História Oral, a colônia, que é uma parte da comunidade de destino e visa transformar o estudo em algo viável, uma solução operacional do todo, e a rede, que é uma subdivisão dentro da colônia, a menor parcela da comunidade de destino, que leva em conta especificidades dos segmentos que compõem o todo. A partir delas é possível identificar objetos ainda mais restritos que apresentem feições singulares e que são importantes para o desenvolvimento da pesquisa (Meihy; Holanda, 2015).

Assim, os colaboradores são selecionados na comunidade de destino a que pertencem, no caso deste estudo, os profissionais de saúde de Teresina. A seguir, será formada a colônia, que é uma parcela de pessoas de uma mesma comunidade de destino, sendo aqui os profissionais de Saúde mental, e a rede será definida pelos profissionais que atuaram no CAPS AD e CAPS I, à época de sua implantação.

Dessa forma, os colaboradores do estudo foram profissionais que vivenciaram os primeiros momentos de funcionamento dos CAPS, em estudo como atores sociais e que, a partir da evocação de suas memórias, possam produzir fontes históricas.

O quadro 3 apresenta os colaboradores e tempo das entrevistas: e por ser uma pesquisa histórica, os colaboradores foram informados previamente, que devido ao recorte temporal e espacial, seria possível identificá-los. Entretanto, eles foram caracterizados pela letra C e o número ordinal, conforme a ordem das entrevistas.

Quadro 3. Número de entrevistados, categoria profissional e tempo de duração das entrevistas, Rio de Janeiro, RJ, 2022.

Colaborador	Categoria profissional	Tempo de duração das entrevistas
1	Enfermeiro	32m02s
2	Psicólogo	25m31s
3	Técnico de Enfermagem	29m12s
4	Educador Físico	10m28s
5	Enfermeiro	9m14s

Fonte: Autora

Na pesquisa histórica, não há saturação de dados nem um cálculo para quantificar o número de colaboradores, pois o pesquisador pretende alcançar os fatos que atendam os objetivos do estudo (Meihy, 2005).

3.5 Técnicas de tratamento/análise de dados

O tratamento das fontes escritas foi realizado pela catalogação no quadro de análise (APÊNDICE A). As fontes foram identificadas e validadas por meio do processo de crítica externa e interna. Na crítica externa a natureza dos documentos é indagada, sua procedência e se são originais ou cópias. Na crítica interna é avaliado a autenticidade da fonte, não se ligando aos aspectos físicos, mas do seu conteúdo. Depois disso, o pesquisador prossegue para a fase de síntese em que ele conta a interpretação dos dados e envolve o leitor no debate histórico (Padilha; Borestein, 2005).

No tratamento das fontes orais, a passagem do oral para o escrito depende do bom entendimento do pesquisador e oferece novos sentidos à história oral, pois sugere que o ato de transcrição comunica melhor o sentido e a intenção do que foi comunicado (Meihy; Holanda, 2016). Este processo inclui três procedimentos: a transcrição, a textualização e a transcrição. A transcrição é o momento de conversão do conteúdo gravado da entrevista em texto escrito. Esse procedimento deve ser feito de forma absoluta e deve aparecer totalidade do que foi dito, sem alterar a fala do colaborador. Na textualização, as perguntas realizadas pelo colaborador

que se encontram na transcrição são retiradas. Uma nova organização do texto é feita e o tom vital é escolhido. Ele se caracteriza como uma epígrafe de cada narrativa. A frase escolhida serve como um guia para a recepção do trabalho. E, por último, a transcrição, recria a performance do encontro, na tentativa de trazer à tona as sensações, os sentimentos, aquilo que não aparece nas palavras em si (Carvalho, 2018).

Os dados produzidos a partir das entrevistas foram transcritos procurando extrair as falas que fazem sentido e que respondem ao objeto. As gravações foram transcritas com base no processo de transcrição e seguiram para textualização a partir da transformação das falas orais em falas escritas, do qual se retirou a voz do entrevistador e deixou as falas do colaborador, porém mantendo a norma culta. Já na transcrição, é acrescentado ao texto as sensações, o que não foi dito, porém visto ou percebido pelo entrevistador. Essa etapa possui alguns limites quando se trabalha com a história oral temática, aplicando-se mais ao gênero de história oral de vida (Meihy; Holanda, 2013, p.136), por isso, justifica-se não utilizar esta etapa nesta pesquisa. A transcrição da entrevista foi entregue aos colaboradores para validação, através da Validação do Conteúdo das Fontes Oraís (APÊNDICE F).

A análise foi feita a partir do método histórico, no qual é necessário proceder à constituição do *corpus* documental, que se caracteriza como um conjunto de fontes, que serão submetidas à análise do historiador para fornecer evidências científicas, informações e materiais para sua interpretação, conforme o método histórico. Para constituir esses documentos, o pesquisador deverá seguir regras e critérios, tais como: pertinência das fontes, demonstrada quando há adequação aos objetivos; suficiência das fontes, demonstrada quando cobre todos os lados do problema; exaustividade das fontes, demonstrada pela apresentação do material que não atendeu aos objetivos da pesquisa; representatividade das fontes, demonstrada quando o universo recortado do conjunto mais amplo representa adequadamente o universo global; homogeneidade no material trabalhado; e organização do *corpus* por setores, já que as fontes podem ser heterogêneas e devem ter sua forma de tratamento (Barros, 2012).

A triangulação das fontes foi realizada para interpretação dos dados com base no referencial teórico do estudo. Isso fornece a validação dos achados e garante confiabilidade ao material que será reunido, pois combina procedimentos metodológicos para chegar aos dados contidos nas fontes históricas e subsidiar a narrativa histórica autoral. Também, as fontes foram analisadas à luz dos conceitos tratados no referencial teórico desta pesquisa, que serviram de base para construção da discussão das fontes obtidas. As fontes primárias e secundárias foram comparadas de forma cronológica e temática, sendo os fatos interpretados, sintetizados e correlacionados, resultando nas categorias temáticas a serem apresentadas como resultados e

discutidas.

3.6 Aspectos éticos da pesquisa

As pesquisas com seres humanos no Brasil são regidas por normativas do Conselho Nacional de Saúde/MS. Estudos em Ciências Humanas e Sociais devem seguir às orientações da Resolução nº510/2016 e pesquisas da área biomédica às orientações da Resolução 466/2012. Sendo assim, por ser um estudo de abordagem histórico-social, na área da Enfermagem, este projeto considerou ambas as Resoluções, de modo que serão apresentados os principais pontos referentes à ética no seu desenvolvimento.

A instituição proponente é a (EEAN/UFRJ) que abriga o Curso de Mestrado no qual a pesquisadora principal está matriculada. A instituição coparticipante é o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, que abrigou os CAPS, cenários deste estudo, no período de 2003 a 2005. Neste sentido, o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, em ambas as instituições, sob o parecer de nº 5.370.394/2022 (ANEXO A).

Por ser uma pesquisa histórica, os colaboradores foram informados previamente que, devido ao recorte temporal e espacial, havia uma pequena chance de serem identificados, o que foi amenizado com sua identificação por meio da letra C e o número ordinal, conforme a ordem das entrevistas. Além disso, a primeira colaboradora aceitou ser reconhecida, Marcia Astrês Fernandes, devido ao cargo de destaque que ela ocupava.

Riscos e Benefícios:

Foram apontados no projeto riscos de danificação dos documentos escritos consultados presencialmente, pelo seu manuseio inadequado e de vazamento de informações neles contidas. Sobre isso, foram tomados os devidos cuidados para consultar os documentos e os dados deles retirados foram armazenados em drive pessoal da pesquisadora, protegido por senha e sem acesso à rede de internet, evitando qualquer chance de outras pessoas acessarem os mesmos, além da pesquisadora.

Quanto aos riscos potenciais desta pesquisa para os colaboradores, eles eram de ordem emocional por solicitar que recordarem situações passadas, servindo como gatilho a momentos que possam ser considerados desconfortáveis. Para minimizá-los, foi realizada uma escuta atenta e sensível da pesquisadora, que levou em consideração os sentimentos e as dimensões culturais, sociais e biológicas dos colaboradores. Também, a pesquisadora responsável por esta pesquisa se comprometeu por zelar pela integridade e o bem-estar dos colaboradores, avaliando

qualquer necessidade de interromper a entrevista temporária ou definitivamente, o que não foi necessário, tendo a coleta transcorrido sem nenhuma manifestação de risco.

Os benefícios gerais da pesquisa relacionam-se com a contribuição para a comunidade pela produção de dados históricos sobre o objeto de estudo, que levam ao registro da memória da saúde no Piauí e no Brasil. Contar parte da história da Reforma Psiquiátrica neste estado nordestino é importante para o desenvolvimento científico na Enfermagem brasileira e sua história. Tais benefícios não serão imediatos para os colaboradores, mas poderão subsidiar ações relacionadas à Saúde mental, uma vez que, com este estudo, busca-se reconhecer informações sobre os primeiros CAPS de Teresina e como isso pode ser melhorado por meio de políticas públicas e da prática dos profissionais da equipe de Enfermagem.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DO ESTUDO

Os resultados da pesquisa serão apresentados em três capítulos:

Capítulo I: História da reforma psiquiátrica teresinense/piauiense: do manicômio aos primeiros CAPS do estado

O capítulo aborda aspectos relacionados à constituição do campo psiquiátrico na capital piauiense, o que representou o início dos cuidados em Psiquiatria no Piauí e que daria origem, a partir da RP, aos primeiros CAPS do estado, um CAPS AD e um CAPS I. A partir disso, o capítulo descreve como se deu o processo de criação destes, bem como, analisa as circunstâncias que proporcionaram o seu processo de implementação.

Capítulo II: Organização assistencial dos primeiros CAPS de Teresina como complementares ao hospital psiquiátrico

Nesse segundo capítulo, é abordado como se deu a organização da assistência psiquiátrica dos primeiros CAPS, que surgiram a partir da RP no Piauí, que teve seu início, no ano de 2003, dois anos após a RP ser regulamentada no Brasil, sendo o primeiro um CAPS AD e o segundo um CAPS I. Os dois serviços funcionaram primeiramente como complementares ao hospital e não como seu substituto, conforme propunha a Reforma Psiquiátrica, em 2001, significando um processo de transição e adaptação às mudanças assistenciais requeridas.

Capítulo III: Desdobramentos da assistência em CAPS para as práticas de Enfermagem.

Esse último capítulo discute o desdobramento da RP nas práticas de Enfermagem, pois a partir da RP, houve a implementação do modelo psicossocial no estado. A Enfermagem sempre esteve atuando nos serviços de Psiquiatria do estado e passa a atuar nos primeiros CAPS da capital piauiense, onde buscaram se adequar ao novo modelo de assistência pela adaptação de suas práticas e organização dos novos dispositivos de atenção em Saúde mental.

4.1 Capítulo I: História da Reforma Psiquiátrica teresinense/piauiense: do manicômio aos primeiros CAPS do estado.

4.1.1 Constituição do Campo Psiquiátrico em Teresina

A trajetória da assistência psiquiátrica teresinense teve seu início com a mudança de capital do Piauí. A cidade de Teresina foi transformada na nova capital piauiense no lugar de Oeiras, o que ocorreu em 1852. Essa troca de capitais gerou a necessidade de um local que cuidasse de pessoas com alguma enfermidade, principalmente dos ditos “loucos”, pois muitas eram estigmatizadas e consideradas como baderneiras. Nesse contexto, seguindo o que ocorria nas diferentes capitais do país, constrói-se uma SCM, no ano de 1854, em Teresina, que designou as irmãs da Congregação do Coração Imaculado de Maria (Cordimarianas), já atuantes no cenário da educação no Piauí, para assumirem as funções da SCM teresinense. Os loucos, que eram internados na SCM, ficavam em enfermarias improvisadas e não recebiam cuidados específicos, uma vez que a medicina mental ou psiquiátrica ainda não tinha reconhecimento no país como Cátedra nas Faculdades Medicina, o que se deu apenas em 1881 (Peres; Barreira, 2009).

Essa realidade perdurou até o final do século XIX. Neste período, quando, já instalada a Cátedra de Psiquiatria no Brasil, que buscava ascensão do poder do médico neste campo, a partir do desenvolvimento da clínica e de pesquisas, ocorreu uma mobilização por parte do médico e vice-governador do Piauí, na época em questão, Areolino Antônio de Abreu, para a construção de um lugar que abrigasse os doentes mentais. Além disso, outro ponto acelerou a construção do Asylo de Alienados, visto que a SCM não possuía verbas suficientes para assistir todos os seus doentes mentais, que eram um entrave para a organização do seu hospital geral (Oliveira; Rêgo; Nunes, 2012; Santana, 2011).

O primeiro Asylo de Alienados do Piauí foi inaugurado no ano de 1907 e sua administração entregue aos médicos, que também definiram atribuições às Irmãs Cordimarianas, dentre elas, o cuidado caritativo de Enfermagem aos internos. Entretanto, nos primeiros anos de seu funcionamento, o asilo apresentou problemas administrativos devido à superlotação e ao não repasse de verbas pelo Estado, o que resultava em precárias condições assistenciais. Por servir ao modelo manicomial vigente na época e de interesse para o estado do Piauí, não houve, durante seus primeiros anos de funcionamento, um plano administrativo que melhorasse as condições de assistência aos internos. Os gestores teresinenses não viam as questões relativas à Saúde mental como um problema de saúde pública. Eles seguiam a mentalidade higienista e hospitalocêntrica, na qual os enfermos eram mantidos internados por

longos períodos sob cuidados das religiosas e enfermeiros, majoritariamente sem formação (Souza, 2013).

Essa realidade perdurou até o ano de 1940 quando Clidenor Freitas Santos, o primeiro psiquiatra do Piauí, assumiu a direção do Asylo de Alienados e deu início a um processo transformador. Ele passou a denunciar a precariedade com que os pacientes estavam sendo tratados, retirou as correntes usadas para conter os pacientes e instituiu modelos de cuidado, baseados no que a Psiquiatria tinha de mais novo à época. Também foi em sua gestão que ocorreu a substituição do nome do asilo, anteriormente chamado de “Asylo de Alienados” para “Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu”, visto que os avanços da área demonstravam que nem todo paciente com transtorno mental poderia ser considerado alienado (Oliveira, 2010; Souza, 2013).

Em 1954, o modelo manicomial avança em Teresina com a inauguração de uma instituição privada, com oito pavilhões e 120 leitos, denominada Sanatório Meduna, em homenagem ao médico húngaro Ladislav Joseph Von Meduna, que introduziu o cardiazol¹⁰ no tratamento psiquiátrico. O sanatório foi amplamente divulgado na mídia jornalística piauiense (imagem 1), pois esse local prometia oferecer o que havia de mais moderno em Psiquiatria, à época, como eletroconvulsoterapia, tratamento de alcoolismo, como também funcionava como clínica de repouso para pessoas que tinham crises nervosas. Sua inauguração em 21 de abril de 1954 foi considerada um grande evento para sociedade de Teresina (Souza, 2013; Jornal o dia, 1954).

Na matéria veiculada no Jornal “O Dia”, um importante jornal teresinense, (figura 1) o médico Clidenor Freitas Santos, primeiro psiquiatra do Piauí e idealizador do Sanatório Meduna, convida a sociedade teresinense para a inauguração e são anunciados nomes de pessoas importantes da época, como o do Ministro da Saúde, Miguel Couto Filho, que viria especialmente de Brasília para o evento, como também o do presidente do Instituto dos Comerciantes, Dr. Barjas Filho. Além disso, a matéria elogia a grandiosidade do local e sua estrutura, bem como faz alusão a sua importância para a cidade e o nordeste do Brasil, por proporcionar um local de atendimento aos doentes mentais.

¹⁰ O medicamento Cardiazol (pentilenotetrazol ou metrazol) é um importante agente convulsivante de ação central. Na década de 1930, o médico Ladislav Joseph Von Meduna ao buscar tratamento para a esquizofrenia descobriu que injeções intramusculares ou intravenosas de cardiazol provocavam uma crise convulsiva capaz de reduzir sintomas da doença, criando assim a terapia biológica chamada Choque Cardiazólico ou Cardiazoloterapia (Miranda *et al*, 2019).

Figura 1. Chamada para inauguração do Sanatório Meduna, 21 de abril de 1954.



Sanatório Meduna

SUA INAUGURAÇÃO NO DIA 21 DE ABRIL

Um fato de magna significação para a história piauiense ocorrerá a 21 do corrente com a inauguração do SANATÓRIO MEDUNA — realização ciclópica que o Ilustre médico piauiense Dr. Cildenor de Freitas Santos idealizou e construiu nesta cidade, para os doentes mentais do nordeste, como bem assimilará Câmara Cascudo: “jogando com a imortalidade

uma parada suprema” — obra teimosa de um homem que orgulha o Piauí erguendo um edifício cuja base e cúpula é a vontade telúrica do seu criador.

Para a referida solenidade, cujo programa daremos na próxima semana, estão sendo mobilizados e convidados os elementos oficiais, a classe médica e a sociedade teresinense, contando o ato inaugural com a presença do sr. Ministro da Saúde, prof. Miguel Couto Filho, que virá especialmente da Capital da República presidir essa solenidade. Numerosas convidadas ilustres estão sendo aguardadas nesta Capital inclusive o Presidente do Instituto dos Comerciantes, dr. Barjas Filho, convidado especialmente pelo Diretor do Sanatório Meduna.

Fonte: Memória do Jornalismo Piauiense, 2019.

Sua localização, cercado de vegetação, na zona norte da cidade, o colocava em um bairro à época violento, com pouca urbanização, distante do centro da cidade. Se admitiam como internos pessoas com transtornos mentais, mendigos e andarilhos. De arquitetura semelhante a um castelo espanhol, como se vê na fotografia a seguir, reproduz a lógica do Hospício de Pedro II, primeiro do Brasil, criado no século anterior no Rio de Janeiro e apelidado de “Palácio dos Loucos” (Peres; Barreira, 2009).

Figura 2. Sanatório Meduna, 1954.



Fonte: Teixeira, 2021

Assim, em meados da década de 1950, crescia em Teresina o investimento na reclusão das pessoas com transtornos mentais e no tratamento biológico, que já havia avançado do choque cardiazólico para o eletrochoque, e que começaria a ter seu uso questionado na década seguinte pela luta antimanicomial. Embora criado na intenção de melhorar a assistência psiquiátrica no estado e sendo referência para outras cidades do nordeste, o Sanatório Meduna, em 1968, contava com 180 leitos e uma equipe com 8 médicos, 1 dentista, 1 enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem, 1 farmacêutico, 18 atendentes, 1 nutricionista e 1 técnico de laboratório (Teixeira, 2021). Contudo, após dez anos de funcionamento, o local ainda mantinha como critério de internação a posição social, financeira, cultural e política das pessoas, em que muitas eram internadas sem necessidade (Oliveira, 2010; Oliveira; Rêgo; Nunes, 2012; Teresina Antiga, 2021).

Esse destaque dado ao período em que o Sanatório Meduna foi criado tem o sentido de demonstrar as ocorrências que reiteram a lógica manicomial de tratamento psiquiátrico em Teresina, de modo que se pode destacar que a cidade, até o advento da RP, teve sua organização assistencial em Saúde mental, voltada, quase que exclusivamente, para duas instituições: o

Hospital Areolino de Abreu e o Sanatório Meduna. Essa ênfase no tratamento institucional vai se conformar na rede de saúde, de modo que tanto os profissionais de saúde quanto os demais membros da sociedade passam a aceitar essa forma de abordagem terapêutica sem muitos questionamentos.

Além disso, devido ao forte poder de influência na sociedade teresinense, esses dois grandes manicômios da cidade sempre eram noticiados devido ao seu funcionamento. Também a relação entre Clidenor Santos e os grandes nomes da época, como o Ministro da Saúde e o presidente do sindicato dos comerciários de Teresina, mostra o poder que o modelo manicomial tinha na cidade, o que facilitava a aceitação desse modo assistencial pela população e pelos profissionais de saúde, sem muitos questionamentos. Embora o Sanatório Meduna, conforme a figura 2, não tenha um modelo de vigilância baseado no conceito do panóptico - no qual os indivíduos são disciplinados através do olhar interrompido sobre suas ações cotidianas, pois trazia o que a Psiquiatria tinha de mais novo, inclusive arquitetonicamente, com amplos corredores e jardins - ainda institucionalizava seus pacientes e assim se manteve até o seu fechamento no ano 2010.

A institucionalização surge a partir da exclusão das pessoas com transtornos mentais do convívio social. Com a criação do hospital psiquiátrico como instrumento terapêutico, sua prática passa a incluir visitas e observações sistemáticas. A disciplina, parte desta reorganização, foi confiada ao médico, que se torna corresponsável pela organização hospitalar. O afastamento do indivíduo das influências externas e a observação do seu comportamento em sua “forma mais pura” por meio da internação, possibilitou tornar o transtorno mental como uma realidade observável, cognoscível e tratável. Isso firmou o hospital psiquiátrico como lugar de poder, de manipulação da doença e como Instituição Total (Foucault, 2002).

O conceito de institucionalização surge a partir da exclusão das pessoas com transtornos mentais do convívio social. Com a criação do hospital psiquiátrico como instrumento terapêutico, sua prática passa a incluir visitas e observações sistemáticas. A disciplina, parte desta reorganização, foi confiada ao médico, que se torna corresponsável pela organização hospitalar. O afastamento do indivíduo das influências externas e a observação do seu comportamento, em sua “forma mais pura”, por meio da internação, possibilitou tornar o transtorno mental como uma realidade observável, cognoscível e tratável. Isso firmou o hospital psiquiátrico como lugar de poder, de manipulação da doença e como Instituição Total (Foucault, 2002). Essa realidade continua até o Movimento Manicomial, que passa a questionar o tratamento destinado aos doentes mentais.

4.1.2 Luta antimanicomial e o início do processo de implementação dos primeiros CAPS em Teresina

A luta antimanicomial avança no país, nas décadas de 1970-1980, apresentando uma crítica contundente ao manicômio, que privava de liberdade as pessoas nele internadas, o que poderia agravar a maioria dos quadros de transtornos mentais. Com a implementação do SUS, pela Lei nº 8080/1990, a mentalidade sobre transtornos mentais começou a mudar, principalmente nas grandes capitais brasileiras.

Essas mudanças começaram a partir dos Hospitais-Dia, que eram serviços que visavam substituir os hospitais psiquiátricos, como também, funcionavam como um serviço de reabilitação. Neste sentido, são estabelecidas diretrizes que proporcionam o credenciamento e o ressarcimento desses locais por meio de portaria do Ministério da Saúde nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Embora os Hospitais-Dia existam desde a década de 1960, somente no ano de 1992 eles passaram a configurar como parte do atendimento em Saúde mental (Brasil, 1992; Lima; Botega, 2001).

Em Teresina, esse serviço começa a funcionar a partir da década de 1970, com a política de ambulatorização do governo federal, na qual os serviços passam a oferecer também consultas médicas e não somente a internação (Rosa, 2006). Além disso, conforme notícia veiculada no Jornal “O Dia” (Figura 3), no ano de 1970, ações em Saúde mental passam a ser realizadas no Hospital Areolino de Abreu, como forma de humanizar o cuidado aos internos, bem como esta instituição passa a contar com um Hospital-Dia, onde os pacientes passariam o dia e depois retornariam para suas casas, reduzindo as internações. Esse serviço irá perdurar durante vários anos na cidade e, devido a força do modelo manicomial, será considerado a principal forma de assistência em Psiquiatria teresinense até sua progressiva extinção no início dos anos 2000.

Nessa dinâmica assistencial de Hospitais-Dia, o atendimento era prioritariamente para adultos e não tinha internações a longo prazo. Logo, surgiu a necessidade de um local específico de atendimento à clientela infanto-juvenil, acometida com transtornos mentais e/ou psicoemocionais, com faixa etária de 04 a 17 anos, em regime ambulatorial e de semi-internação, com o objetivo de prevenção, controle e ressocialização. Com isso, no ano de 1997, foi inaugurado, em 21 de maio, o Instituto Juvenil Dr. Martinelli Cavalca, como Hospital-Dia. Possuía 02 psiquiatras, 02 psicólogos, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional, 01 enfermeira e 01 fonoaudiólogo (Rosa, 2004). Esse local, após a RP, passaria por um processo de transição de Hospital-Dia para CAPS I II.

Os hospitais-dia seriam os principais locais de atendimento em Psiquiatria,

principalmente na década de 1970, quando se intensifica o movimento antimanicomial. O que, segundo Rosa (2010), gerou um atraso na RP de Teresina, pois os gestores passam a aderir a esse modo de assistência hospitalocêntrica, o que dificultou a inserção dos CAPS na cidade, na década de 1990, ocorrendo somente em 2003.

Figura 3. Notícia sobre as novidades no Hospital Areolino de Abreu, Teresina, PI, 1970.



Contudo, a oferta de consultas ambulatoriais e internação psiquiátrica nas principais instituições de assistência psiquiátrica em Teresina não davam conta de aliviar o sofrimento das pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, de modo que o movimento de RP, ao se consolidar por força da Lei nº 10.216/2001, exige dos gestores movimentação para modificar a assistência e introduzir políticas para a redução de leitos e tratamento em dispositivos

comunitários.

Até 2002 não havia nenhum serviço substitutivo ao manicômio no Piauí, somente no ano de 2003 teve início a manifestação mais enfática de senso crítico sobre a necessidade de uma reforma nos hospitais psiquiátricos teresinenses. Foi com o CAPS que a capital do estado abriu espaço para o surgimento de uma rede de atenção psicossocial, que seria instaurada futuramente. No ano de 2003, foi criado o primeiro CAPS destinado ao tratamento de pessoas dependentes de álcool e outras drogas (CAPS AD), que, de início, acreditava-se que havia funcionado em pavilhão voltado para dependentes químicos no Hospital Areolino de Abreu (Sampaio; Bispo Júnior, 2021; Souza, 2013).

4.1.3 Processo de criação dos primeiros CAPS de Teresina: CAPS AD e CAPS I

Embora no cenário nacional houvesse uma forte política de diminuição dos leitos, devido à RP, o Piauí manteve sua estrutura manicomial sem muita alteração, com 438 leitos psiquiátricos em funcionamento e sem qualquer ação territorial até o ano de 2003. Diferente das outras cidades, que tiveram o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a inserção dos CAPS e NAPS, anteriormente, no Piauí, a reforma partiu de dentro do Hospital Areolino de Abreu, não para substituí-lo de imediato, mas como um serviço complementar a ele, o que se entende como estratégia para dar início a uma reforma assistencial. Em 2004, começou o processo de diminuição dos leitos hospitalares de Psiquiatria na cidade, diante disso, a trajetória da implantação do modelo psicossocial em Teresina começou tardiamente em comparação com o resto do país (Macêdo; Dimenstein, 2012).

Neste sentido, funções semelhantes às do CAPS AD, inicialmente, ocorreram em um pavilhão do hospital, mas o serviço não foi aprovado pelo MS, mesmo tendo sido cadastrado no SUS e mantido o seu funcionamento. Por isso, alguns estudiosos sobre o assunto tratam que o CAPS AD surgiu dentro do Hospital Areolino de Abreu conforme é discutido em uma fonte secundária de 2012:

Na verdade, as primeiras experiências reformistas no Estado, entendida como “reforma da assistência psiquiátrica”, partiram de dentro do próprio hospital, não no sentido de transformá-lo, mas sim de fortalecê-lo. Tanto o foi que as experiências embrionárias de criação dos primeiros serviços “complementares” ocorreram dentro do próprio espaço físico do Hospital Arcelino de Abreu. Assim o foi com o CAPS AD em 2002, que funcionou inicialmente numa ala do hospital voltada para o tratamento de alcoolistas, apesar de não ter sido aprovado no MS, conseqüentemente, cadastrado no SUS; e com o CAPS I, que não apenas nasceu dentro do hospital em 2002, com algumas mudanças realizadas no pavilhão do Instituto de Psiquiatria Infante-Juvenil, como lá funciona ainda hoje depois de ter sido cadastrado no SUS em 2005 (Macêdo; Dimenstein, p.152, 2012).

Contudo, fontes primárias, demonstraram que o CAPS AD não funcionou dentro do Hospital Areolino de Abreu, embora suas ações buscassem certa aproximação com os moldes psicossociais. Esse “CAPS AD”, citado anteriormente, se caracterizava por ser um serviço especializado para alcoolistas e dependentes químicos dentro de um pavilhão hospitalar. A construção de uma estrutura física, aos moldes de CAPS, se deu apenas em 2003, fora dos muros do hospital. Falas dos colaboradores do estudo discorrem sobre a temática em questão, primeiro, tratando da unidade para alcoolistas do hospital Areolino de Abreu:

Nunca foi CAPS, era uma unidade de internação de álcool e outras drogas, mas funcionava nessa modalidade muito antes da gente ouvir falar em CAPS. Quando eu cheguei como acadêmica no hospital, já existia essa modalidade nos moldes do CAPS AD, era [o que existia dentro do hospital] uma unidade de álcool e outras drogas (Fernandes, 2022).

Não teve CAPS AD aqui [Hospital Areolino de Abreu]. Eu não era dessa época [do tempo do Pavilhão de álcool e outras drogas], mas eu cheguei a visitar um pavilhão de desintoxicação. Ele funcionava aqui no hospital (C02).

Lá, só existia o CAPS I. Mas existia sim o pavilhão de álcool e outras drogas (C03).

Tinha o pavilhão de alcoolismo. E funcionava parecido com o CAPS AD. Com o surgimento do CAPS AD na cidade, esses pacientes foram sendo encaminhados(C04).

O que se pode depreender das fontes históricas é que havia alguma intenção de desmontar, no pavilhão de alcoolistas, a assistência psiquiátrica tradicional, sugerindo que a interpretação de autores sobre ser este pavilhão um CAPS AD se relaciona com mudanças na organização do serviço na direção da reforma psiquiátrica numa certa realidade assistencial.

Além disso, uma matéria veiculada no início do ano de 2003, contendo a entrevista feita com uma trabalhadora de Psiquiatria, em um sítio de recuperação de dependentes químicos, e com a diretora do Hospital Areolino de Abreu, Márcia Astrês Fernandes, discorre sobre a necessidade de um CAPS AD (Figura 4) na cidade, sendo sua criação caracterizada como uma meta para o ano de 2004. O jornal traz, como imagem, o portão do Hospital Areolino de Abreu, principal local de internação para dependentes químicos em Teresina. Contudo, esse tratamento estava destinado apenas a pessoas do sexo masculino e adultas. A diretora do hospital, que era docente de enfermagem da UFPI, responsável pela disciplina de Saúde mental, acreditava que a construção de um local destinado para o tratamento das especificidades do vício em álcool e outras drogas era necessária, principalmente, devido ao aumento de casos:

Para a diretora do Areolino de Abreu, o dependente químico deveria ser tratado em um hospital geral, tendo em vista que o estigma de ser recuperado em um hospital psiquiátrico, ainda inibe a procura por ajuda. “A desintoxicação deveria ser feita em um hospital geral e ambulatorial em CAPS, que vêm a ser um Centro de Apoio Psico-

Social”, informa. Segundo a diretora, a meta para 2004 é transformar a ala que trata dependentes químicos no Areolino de Abreu, em um CAPS - mais moderno e com um projeto terapêutico diferente. “O tratamento ideal é preconizado pela atual política de Saúde Mental, que é regido pela lei de reforma psiquiátrica. Ela defende que o portador de drogas deve ser mantido na sociedade, pois a dependência já é uma doença e se o usuário foi excluído, sua recuperação será ainda mais difícil (Jornal, O dia, p. 09, 2003).

Figura 4. Artigo da problematização do uso de álcool e outras drogas, Teresina, PI, 2003.

do
 ças
 imas
 pl.
 ou-
 çia

SAÚDE MENTAL
 11 de outubro de 2003

A PROBLEMÁTICA DAS DROGAS

Na questão de risco a crianças e adolescentes de Teresina a situação realmente mais grave é o número cada vez maior de jovens envolvidos com drogas, sejam as legais ou as ilegais. Mais grave ainda é a total falta de um serviço gratuito de atendimento adequado a esse grupo social.

Do lado do município, a secretária Umbelina Carvalho reconhece que a única coisa neste sentido que existe é um projeto que foi encaminhado ao Ministério da Justiça em 2001 e que até hoje não foi apresentada nenhuma resposta. “O projeto, se concretizado, seria realmente muito interessante, já que trabalharíamos em todos os setores, como o social e o educacional, e ainda com as famílias, o que é fundamental. Fizemos todos os estudos necessários, mas até hoje nada”, disse.

O que existe hoje são algumas entidades não-governamentais, que, apesar de toda a disposição em corrigir esse mal, ainda estão bem distantes do que seria o ideal.

Algumas dependentes químicas do sexo feminino podem contar com o Sítio Reviver, que fica localizado no povoado São Benedito, na cidade de Timon-MA. O local é mantido através da contribuição da família das internas - de um salário mínimo mensal - e é coordenado por freiras da Congregação Franciscana Nossa Senhora dos Anjos.

Segundo Socorro Silva, uma das funcionárias do Reviver, no sítio são atendidas preferencialmente menores e todas do sexo feminino. A faixa etária é variável, mas o mais comum são jovens na faixa dos 15 anos. No entanto, ela afirma e se existem garotas de até 13 anos internadas por conta da dependência. A grande maioria que chega ao sítio é dependente de álcool e maconha.

De acordo com a funcionária do Reviver, o tratamento empregado nas dependentes é composto de Terapias Espirituais e Trabalho Ocupacional. “São feitas muitas orações e as garotas rezam bastante para que saiam do vício, acreditando sempre no ser superior. As próprias internas trabalham na limpeza e preservação do local e são feitos ainda trabalhos manuais, domésticos e nas hortas, tudo isso com o objetivo de fazê-las esquecer das drogas”, explica Socorro.

Ela explica que o tratamento dura um ano e há 16 vagas no ambiente, que está sempre lotado. A comunidade foi criada há dois anos. De acordo com Socorro Silva, existe uma equipe formada por médicos e psicólogos. “Eles visitam o sítio quinzenalmente, a fim de prestar assistência às internas. É uma equipe preparada que faz o acompanhamento das dependentes”, afirma.

Sobre o acompanhamento familiar, a funcionária esclarece que as internas recebem visitas mensais dos parentes. “Eles podem vir no último

domingo de cada mês. Acontecem reuniões com o objetivo de integrar a todos”, disse Socorro, complementando que acredita que o tratamento empregado no Reviver é satisfatório. “É um bom tratamento, tanto que já temos até voluntárias das pessoas que passaram por aqui. Depois de curadas, elas voltaram e ficam ajudando quem ainda está por aqui”, declara a funcionária.

Do lado do Estado, no tocante ao setor de crianças e adolescentes, a situação é realmente muito grave. O único que realiza um trabalho neste sentido, o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, não atende ninguém com menos de 18 anos de idade.

O Hospital Psiquiátrico conta, na verdade, com uma Unidade de Desintoxicação e uma Ambulatorial. Na desintoxicação, o paciente fica internado por 15 dias e após essa fase do tratamento - designada como “fase aguda” - o interno volta ao local apenas para o tratamento ambulatorial.

Segundo Astrés, álcool, maconha e solvente são os campeões da dependência. “O acompanhamento é feito por médicos, psicólogos e psiquiatras, além de assistentes sociais. Os pacientes são orientados para que façam o acompanhamento sócio-terápico, com grupos de psicólogos”, relata a administradora do Areolino de Abreu, a enfermeira psiquiatra Márcia Astrés. O Hospital conta com 25 vagas para a desintoxicação e o tratamento é mantido pelo SUS e é gratuito. Existe há vários anos e segundo Márcia Astrés foi retomada a assistência há pouco tempo. “O setor estava descaracterizado. Os pacientes estavam sendo

misturados com os portadores de transtorno mental”, afirma.

Entretanto, no Areolino apenas pacientes do sexo masculino são atendidos. “Não internamos menores e nem mulheres, mas temos a pretensão de criar uma ala feminina”, diz Astrés, acrescentando que o tratamento está no mesmo patamar do empregado em outros centros que tratam a dependência química. “Temos recuperado muitos pacientes e muitos deles vêm para fazer o acompanhamento psicológico, mas o índice de reinternação ainda é muito grande. O tratamento só tem resultados se o paciente quiser ser curado”, diz.

Para a diretora do Areolino de Abreu, o dependente químico deveria ser tratado em um hospital geral, tendo em vista que o estigma de ser recuperado em um hospital psiquiátrico ainda inibe a procura por ajuda. “A desintoxicação deveria ser feita em um hospital geral e o ambulatorial em CAPS, que vêm a ser um Centro de Apoio Psico-Social”, informa.

Segundo a diretora, a meta para 2004 é transformar a ala que trata dependentes químicos no Areolino de Abreu, em um CAPS - mais moderno e com um projeto terapêutico diferente. “O tratamento ideal é preconizado pela atual Política de Saúde Mental, que é regido pela Lei de Reforma Psiquiátrica. Ela defende que o portador de drogas deve ser mantido na sociedade, pois a dependência já é uma doença e se o usuário de drogas for excluído, sua recuperação será ainda mais difícil”, declara. (MC/TL)



Rua Pastor O DA

HOSPITAL
 Areolino de
 Abreu atende
 pacientes do
 sexo masculino,
 que apresentam
 dependência
 química

Fonte: Arquivo Público do Piauí, Jornal O Dia, 2003.

É importante ressaltar a defesa apropriada da RP por uma enfermeira docente, que ocupava um cargo de gestão que lhe conferia um lugar de fala na mídia. Como representante institucional e da enfermagem teresinense, ela propôs mudanças no modelo psiquiátrico existente, defendendo o tratamento do alcoolismo em hospital geral. As ideias da professora são visivelmente afinadas com a luta antimanicomial.

Neste sentido, a sociedade se junta em apoio às pessoas que militavam em prol da RP, na capital teresinense, passando a pressionar a criação de local específico para o atendimento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Com isso, é inaugurado o CAPS AD, em local próprio, fora dos muros do Hospital Areolino de Abreu, no ano de 2003, pelo então prefeito da época, Firmino Filho, do Partido Social da Democracia Brasileira (PSDB). Conforme a matéria do dia 13 de agosto de 2003, do jornal “O Dia” (Figura 5), o prefeito inaugura um CAPS AD, no bairro Monte Castelo, na zona sul da cidade, que recebe o nome de Clidenor Freitas, psiquiatra reconhecido por suas ações em Psiquiatria na capital, principalmente pela criação do Sanatório Meduna.

Tal inauguração também é resultado das ações desenvolvidas na cidade em comemoração aos seus 151 anos. Na figura 5, encontra-se o prefeito Firmino Filho, discursando para um grupo de pessoas, funcionários e entidades políticas da cidade. Para o presidente da FMS, Silvio Mendes, a criação do CAPS AD visava diminuir problemas oriundos do uso de álcool e outras drogas, como “degradação”, “violência urbana e no trânsito”, e a “disseminação da AIDS” (Jornal O dia, 2003).

Percebe-se que, embora o CAPS seja um local de mudanças no paradigma manicomial, o discurso ainda era higienista, por considerar o transtorno de álcool e outras drogas como algo degradante, que causa do aumento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e é responsável pela violência da cidade. Além disso, se usou o aniversário da cidade para dar importância à criação do CAPS AD.

Figura 5. Inauguração do CAPS AD, Teresina, PI, 2003.



A experiência do CAPS AD e o interesse de alguns profissionais e gestores veio a favorecer, nos anos seguintes, a criação de outro CAPS, dessa vez, dentro do Hospital Areolino de Abreu, destinado à população infantojuvenil, e, portanto, localizado na ala pediátrica da instituição. Esse segundo CAPS veio a ser o primeiro a conseguir credenciamento junto ao MS, o que ocorreu em 2005 (Macêdo; Dimenstein, 2012).

Nos dados supracitados, se percebe a confirmação de que existia um setor destinado ao atendimento a pessoas com problemas relacionados ao álcool e outras drogas, descrito como um pavilhão específico do Hospital Areolino de Abreu, que serviria de subsídio para criação do CAPS AD, em 2003. Da mesma forma, existiu antes do CAPS I, inaugurado em 2005, um pavilhão no hospital, que atendia crianças e jovens com transtornos mentais. Eram dois espaços diferentes, em que se reconhece as primeiras ações de Saúde mental, que se diferenciavam de

alguma forma do padrão assistencial realizado até então.

Durante muitos anos, o hospital psiquiátrico teve sua hegemonia no estado e na capital. Isso gerou um descompasso com os acontecimentos de desinstitucionalização que vinham ocorrendo no plano nacional e, conseqüentemente, um debate pouco qualificado entre os profissionais e a opinião pública piauiense. Enquanto nas outras cidades do Nordeste o movimento de reforma se intensificava com a realização de eventos, encontros, congressos, fóruns, ainda nos anos 1990, o Piauí pouco se mobilizou. Um exemplo disso é o entendimento do CAPS apenas como um serviço adicional ao hospitalar e não como seu substituto (Rosa, 2006).

Nesta circunstância, observou-se o interesse restrito a alguns grupos na implementação do modelo psicossocial, como também a inexistência de um serviço substitutivo que funcionasse de acordo com os preceitos da RP brasileira. Teresina construiu seu primeiro CAPS em 2003, 16 anos após o surgimento do primeiro, que foi consolidado no país. Além disso, a RP, na cidade, foi permeada de conflitos, embates e obstáculos, que só puderam ser superados quando o poder psiquiátrico foi questionado pelo poder jurídico, representado pelo Ministério Público Estadual do Piauí (MPE-PI) (Macêdo; Dimenstein, 2012). Outro ponto a destacar é que os dois primeiros CAPS da cidade eram voltados para especificidades, como o uso de álcool e outras drogas, e ao público infante juvenil. Somente uma parcela específica da população teria acesso a esses serviços psicossociais, contudo, foi a forma encontrada por gestores públicos para implementar a RP na cidade, que tinha um forte poder manicomial.

A estruturação do serviço CAPS se deu intermediado pelo MPE-PI, por meio de sucessivos Termos de Ajustes de Conduta (TAC) (Macêdo; Dimenstein, 2012). Apesar da capital ser mais evoluída que o interior do estado, as ações em Teresina foram pouco exitosas. Os primeiros acontecimentos para a oferta de serviço de Saúde mental, voltado para ações extramuros, se deram paradoxalmente dentro de um dos hospitais psiquiátricos da cidade: a ideia do CAPS AD, inicialmente, por meio de algumas ações psicossociais, realizadas no pavilhão de álcool e outras drogas, que resultaram do referido CAPS de responsabilidade do município, em 2003, e o CAPS I em 2005, de responsabilidade do estado.

Essas duas instituições são aqui consideradas como a quebra de um cadeado que abre as portas, mas não derruba de imediato os muros do manicômio, visto o caráter de complementaridade dos CAPS, ao invés de substitutivo ao hospital psiquiátrico. Tanto assim, que no interior do Piauí, embora com menos recursos que a capital, sete CAPS foram abertos, no mesmo período. Tal fato se justifica pela cultura manicomial ter mais força em Teresina,

cidade em que dois grandes hospitais psiquiátricos imperaram na região, diferente das cidades do interior.

Neste cenário, dois anos após o CAPS AD ser inaugurado, em um local próprio, o CAPS I é implementado dentro do terreno do hospital. Essa situação é resultante do poder da cultura manicomial, financeiramente lucrativa aos donos de hospital, mas também reflete a forma que gestores públicos encontraram de implementar a RP na cidade:

O CAPS I, Dr. Martinelli Cavalca, ele fazia parte do Hospital Areolino de Abreu, e antes funcionava como um hospital-dia, infanto-juvenil, ali anexo (Fernandes, 2022).

Quando eu cheguei no hospital, existia o ambulatório voltado para crianças e adolescentes, anexo ao hospital [...] e daí surgiu o CAPS I, no mesmo lugar (C02).

O CAPS estava na esquina mesmo do Hospital Areolino de Abreu, dentro do terreno do hospital (C03).

Com o passar do tempo ficou de se desmembrar o CAPS I do Hospital Areolino, que ficava no mesmo espaço (C04).

O CAPS I era dentro do terreno do Areolino, mas não ficava dentro dos pavilhões, inclusive era separado do Hospital Areolino de Abreu por muro (C05).

A matéria especial do jornal “O Dia”, da jornalista Cláudia Castelo Branco, discorre sobre a inauguração do CAPS I (Figura 6), que recebe o nome do antigo Instituto Infanto Juvenil, Martinelli Cavalca, localizado no hospital Areolino de Abreu. A imagem da matéria jornalística, apresenta a promotora Cláudia Seabra, do Ministério Público, familiares, funcionários e entidades políticas importantes da época. O local foi decorado com balões, o que representou um evento festivo para sociedade teresinense. Esse serviço já funcionava há dois anos e, após o processo de cadastramento no SUS, passa a ser um CAPS. É considerado como o primeiro CAPS Infanto-juvenil de Teresina e do Piauí, pois, no estado, já existiam 12 CAPS e nenhum era destinado a crianças e adolescentes.

Figura 6. Inauguração do CAPS Infantil Areolino de Abreu, Teresina, PI, 2005.

Areolino de Abreu ganha centro infanto-juvenil

Cláudia Castelo Branco - Especial para O Dia

Foi inaugurado ontem o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Dr. Martinelli Cavalcante - Caps no Hospital Areolino de Abreu. Segundo a diretora do hospital, Márcia Astrés, o serviço já funcionava como anexo e após dois anos de trabalho, ele pôde finalmente tornar-se independente. "Este é um dos avanços que teremos na assistência psiquiátrica do Piauí em consonância com a política nacional de Saúde Mental. Com esta conquista, poderemos atender mais pessoas, priorizando sempre o paciente em vez da doença", lembrou.

Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são serviços de atenção diária, inseridos na comunidade. No Caps serão oferecidos desde cuidados clínicos até atividades de reinserção social do paciente. Nesses centros, promove-se o acesso ao trabalho, lazer, direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e sociais. São serviços criados como substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos. "Nossa próxima etapa é a criação de oficinas e dinâmicas. Temos hoje 521 pessoas cadastradas e estaremos trabalhando para atender cada vez mais", disse Edna Castelo Branco, coordenadora de Saúde Mental. "Os grupos são formados de acordo com a necessidade de cada paciente. São desenvolvidas atividades físicas, de inteligência e terapias ocupacionais. Além disso, são feitas reuniões com as famílias para discutir a melhor forma de tratamento", disse a diretora do Centro, Vera Lima.

A equipe do Caps é composta de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, assistentes sociais, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. No Estado, existem 12 Caps destinados a atender adultos. Este, especificamente, é voltado ao atendimento de crianças e adolescentes, que é um público que geralmente necessita de uma atenção especial, principalmente no tocante à área de saúde.

O Centro oferece serviços criados como substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos



A promotora Cláudia Seabra destacou o apoio do Ministério Público ao novo modelo terapêutico

Brasil tem 240 hospitais psiquiátricos

Fonte: Arquivo Público do Piauí, Jornal O Dia, 2005.

A matéria jornalística acima apresenta a importância da lei nº 10.216, de 2001, responsável pela RP no país. Em consonância a isso, o MPE- PI foi um apoiador da reforma no estado, pressionando gestores públicos, políticos e donos de instituições psiquiátricas, por mudanças propostas pela lei.

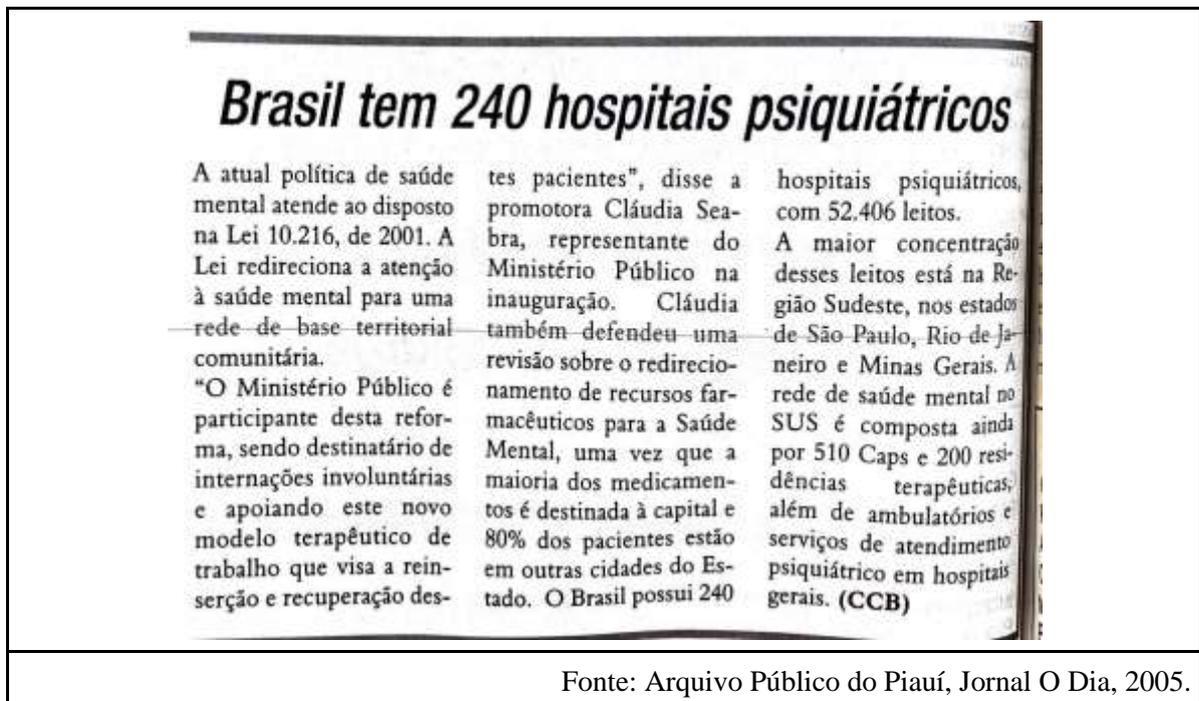
Além disso, outro fato importante a ser destacado é que, em 2005, 80% dos recursos farmacêuticos eram destinados à capital, sendo que um maior número de pacientes era encontrado em outras cidades do Piauí. Isso demonstra, novamente, a força manicomial que existia na cidade de Teresina. Outro ponto a destacar é que o atendimento psiquiátrico do país é mais facilmente encontrado no eixo sul-sudeste, havendo uma necessidade de políticas

públicas direcionadas ao nordeste, tais como os CAPS, SRT e ambulatórios (Jornal O dia, 2006).

Durante anos, o modelo manicomial foi referência no país, isso dificultava que os estados aderissem ao movimento de reforma, na criação dos CAPS e de outros serviços substitutivos. Esses problemas são resumidos pela burocratização, desigualdade regional e subfinanciamento dos serviços de saúde, em que muitas vezes os estados, em especial, nas regiões, norte e nordeste, que possuem uma captação de verbas menor, não tinham subsídios para iniciar o processo de RP, com a construção de novos CAPS, SRT e ambulatórios especializados.

Outro aspecto a salientar é que mesmo com o movimento de reforma, existiam uma contínua variedade de atores com ideologia e interesses contrários à RP, que articulavam o processo sociopolítico e cultural, nomeado como contrarreforma. Esse processo defendia a abertura de leitos psiquiátricos em instituições privadas, desmonte dos CAPS e aumento dos recursos públicos, repassados às comunidades terapêuticas. Isso é resultado do poder manicomial, que se beneficiava, principalmente, financeiramente, com a institucionalização das pessoas com transtornos mentais (Amarante; Nunes, 2018; Mezza; Torrenté, 2020).

Figura 7. Notícia sobre os leitos psiquiátricos brasileiros em 2005, Teresina, PI, 2005.



É sabido que a PNSM representa a RP no Brasil e que, no Piauí, tem seu início em 2003, com a criação do seu primeiro CAPS. O surgimento do primeiro CAPS teresinense/piauiense

representou um marco para sociedade, embora sua criação tenha sido no primeiro momento como um serviço complementar e não como substitutivo. Tanto o CAPS AD como o CAPS I não atenderiam a demanda da população, pois eram voltados para especificidades do cuidado, conforme pode ser visto no quadro 4. Ainda assim, representam o início da RP no estado e em sua capital (Macêdo; Dimenstein, 2012).

Quadro 4. Comparativo de surgimento entre os CAPS, Teresina, PI, 2023.

CAPS AD	CAPS I
Tem origem no pavilhão voltado para alcoolistas dentro do Hospital Areolino de Abreu;	Tem origem no Hospital-Dia Infantil Martinelli Cavalca, anexo ao terreno do Hospital Areolino de Abreu. É convertido em CAPS I em 2005, após credenciamento no SUS;
Após transferência de local e mudanças na assistência, se configura como CAPS AD, em terreno próprio no território teresinense, no ano de 2003, para onde os pacientes do pavilhão de alcoolistas foram encaminhados;	Após transferência, transição de local e mudanças na assistência, se configura como CAPS I, em terreno próprio, no território teresinense, o que aconteceu somente em 2015, quando os pacientes foram encaminhados.
Atualmente é de responsabilidade do município.	Atualmente é de responsabilidade do estado.

Fonte: Autora, 2023.

Os serviços substitutivos foram de extrema relevância para consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, em especial os CAPS, que surgiram antes da PNSM, em 2001. Sua importância não se aplica somente ao técnico, mas também representa um movimento de novo olhar e cuidado para com o paciente, que vivencia quadro de transtorno mental. Além disso, é um espaço onde o atendimento aos pacientes não se dá apenas no âmbito individual, mas, também, são potencializados as atividades grupais, a participação social, o incentivo à

autonomia e independência. Essa concepção do paciente nos seus aspectos biopsicossociais permitiu uma intervenção multidimensional, superando o modelo medicalizante.

O CAPS também é um local de tratamento da doença mental, em suas diversas circunstâncias, o que foi positivo dentro da PNSM, pois promoveu deslocamento da ideia de que a única possibilidade de tratamento é a internação psiquiátrica. Muitos foram os obstáculos e conquistas, avanços e retrocessos para chegar até a organização atual de atendimento nos CAPS, mas que, com o passar do tempo conseguiu se consolidar (Braga; Júnior, 2019).

Neste sentido, os CAPS são serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e visam reintegrar a pessoa em sofrimento psíquico à sociedade. Contudo, o modelo manicomial, em Teresina, durante muitos anos, teve hegemonia e força, devido, principalmente, a classe médica e administradores públicos e privados, que viam a criação de serviços substitutivos, como uma ameaça ao capital gerado pelas doenças mentais às clínicas, hospitais, como também aos seus empregos, salários, ou seja, a mercantilização da loucura, o que de fato era, pois a RP previa a extinção do hospital psiquiátrico.

Com os CAPS, essa realidade de internações seria transformada, levando a progressiva redução de leitos, por proporcionar mais autonomia às pessoas em sofrimento psíquico. Também, apesar das críticas na implantação da RP, os colaboradores relatam que esse processo de mudanças foi positivo para abertura de outro serviço psicossocial, reestruturação hospitalar, bem como para sociedade, pois retirou os pacientes de dentro do Hospital Areolino de Abreu, possibilitou um local de assistência psiquiátrico para aqueles que viviam em situação de rua e que não tinham acesso ao atendimento, como também dos que viviam em outras cidades:

Foi muito positivo, não só pelos CAPS, também teve o Serviço Residencial Terapêutico [...]foi um dos projetos da reestruturação hospitalar, proposta pela RP [...] A gente fez a implantação de três residências terapêuticas (Fernandes, 2022).

Foi muito positivo, porque o CAPS I atendia todo o estado, então, de certa forma, recebia pessoas de outras cidades e, embora não houvesse pernoite, e ainda é assim, se o adolescente ou criança precisa ser internado, eles não ficam lá, mas ainda é resolutivo, pois atende todo Piauí (C02).

E esses pacientes eram muitas vezes resultados de problemas familiares e, quando chegavam no CAPS, tinham suporte e apoio. Elas tinham acesso ao café da manhã, tomavam medicações, almoçavam, lanchavam e muitas vezes já saiam “jantados” às 17:00 horas da tarde, quando os responsáveis iam buscar. A RP deu possibilidade de surgir outros CAPS. Antes, quando eu trabalhava, em toda cidade tinha um CAPS, hoje em dia eu não sei. Na época que começaram a surgir os CAPS, foi o infantil e depois surgiram outros [...] E no Piauí só tem esse CAPS I, que é estadual e atende o Piauí todo. Muito paciente do Maranhão. E sempre tinha pacientes lá, pois a assistência não era muito boa e eles vieram pra cá. Atendia muitos, a demanda era muito grande (C03).

Melhorou sim. Como posso te explicar? Assim, a gente tirou muito dessas crianças

da rua, elas entravam pela manhã e saíam à tarde. E tinham acesso ao CAPS I por cinco dias na semana. Era um local que eles recebiam atendimento, recebiam atenção, eu acho que melhorou muito para eles, pois tinha esse lugar de cuidado (C05).

Além disso, um dos colaboradores discorre sobre a retirada do CAPS I de dentro do Hospital Areolino de Abreu, considerando que essa mudança não foi positiva para muitos pacientes que utilizavam o serviço, pois dificultou a busca daqueles que moravam próximo ao terreno do hospital. Muitos tinham condições financeiras precárias e dependiam do CAPS para se alimentar e ter tratamento psiquiátrico. Isso era decorrente da situação econômica do estado na época, que era um dos mais pobres do país, como também, do modelo manicomial do qual resultava na dependência do serviço hospitalar, embora o CAPS seja um serviço que objetiva dar autonomia para os seus usuários:

O principal era o lugar, porque o CAPS ficava dentro do Hospital Areolino de Abreu. Então foi muito bom, porque muitas vezes, filhos e pais faziam o tratamento. Então a família já ia no ambulatório marcar as consultas. Juntava o útil ao agradável. E aí, quando o CAPS se mudou, teve uma regressão muito grande, a família não tinha condições de ir no outro CAPS. Muitos reclamavam que era distante [...]eu acredito que isso foi uma coisa política, tirar o CAPS que tinha sido reformado e era uma coisa muito boa. Hoje o prédio está abandonado, houve roubos de telhas, portas, coisas da estrutura. É uma coisa que não consigo entender, como chegou nesse ponto (C04).

O colaborador supracitado aponta prejuízo em relação a distância do CAPS para alguns usuários após sua transferência, contudo, a presença de um dispositivo não hospitalar no terreno do hospital psiquiátrico tende a relacionar o serviço com o antigo hospital, marcado pelo modelo manicomial, ao invés de oferecer uma transição para fora da instituição de internação. A mudança de local foi uma ação necessária ao distanciamento de um modelo que se pretendia substituir.

Nesse contexto, a rede de atenção à Saúde mental teresinense foi sendo moldada. Embora com as dificuldades comuns a outras cidades brasileiras, o Sanatório Meduna foi fechado em 2010, resultando em apenas um hospital, voltado para internações psiquiátricas. Em 2023, a cidade conta com 04 CAPS II, 01 CAPS III, 02 CAPS Infantojuvenil, 01 hospital psiquiátrico com 160 leitos, 04 SRT, programa de volta-casa, 10 unidades integradas com ambulatório de Psiquiatria, 1 serviço hospitalar de referência em álcool e outras drogas, 08 leitos de Psiquiatria na maternidade de referência na cidade e 01 consultório de rua (Souza, 2013; SESAPI, 2023).

O fechamento de leitos psiquiátricos permitiu a consolidação da RAPS no país. Embora o processo de RP seja longo e inconcluso, vários serviços substitutivos foram inaugurados, o

que permitiu uma assistência fora dos muros do hospital psiquiátrico. A aprovação de legislação e as ações de redução de leitos psiquiátricos expressam o avanço da luta pela RP, que visa melhorias na Saúde mental, em especial a partir dos anos 2000 a 2005. A PNSM define uma redução gradual, mas, somente em 2004, o Ministério da Saúde (MS) aprova a Portaria 52, que estabelece o PRH no SUS (PRH). A demora da implantação da política é resultado do embate entre os donos de hospitais psiquiátricos, que se baseiam no modelo hospitalocêntrico e veem a loucura como “negócio”. Como grande parte dos processos que almejam transformações práticas e defendem valores sociais, culturais e profissionais, este processo também apresentou muitos desafios, tensões e resistências (Duarte; Garcia, 2013).

A reestruturação parte do princípio de que, à medida que se reduzem os leitos dos hospitais psiquiátricos, deve haver um aumento dos serviços comunitários e de base extra-hospitalar. Esse aumento dos serviços extra hospitalares e a aceleração da desospitalização aconteceram entre os anos de 2002 e 2004, momento de expansão (Duarte; Garcia, 2013). E, embora Teresina tenha construído seu primeiro CAPS com certo atraso, em comparação ao primeiro que surgiu no país, o CAPS AD surge no período que os serviços estavam em expansão no Brasil, o que representa um marco para o estado piauiense.

4.2 Capítulo II: A organização assistencial dos dois primeiros CAPS de Teresina como complementar ao hospital psiquiátrico

4.2.1 Dos muros do Asylo de Alienados ao CAPS: A trajetória assistencial em Psiquiatria e Saúde mental em Teresina/Piauí

O cuidado em Psiquiatria no Piauí foi semelhante a outras cidades brasileiras, em especial, ao Rio de Janeiro, pois a SCM, localizada na capital do estado, Teresina, daria origem também a um hospital psiquiátrico. Além disso, a assistência, de início, era pré-profissional, pautada no modelo biomédico e ocorria no ambiente hospitalar. As irmãs Cordimarianas ajudavam os médicos e eram responsáveis também, administrativamente, pela SCM de Teresina.

Antes da criação da SCM os doentes mentais que tinham condições financeiras para serem tratados, eram atendidos em domicílio e os que eram considerados indigentes, morriam nas ruas. E quando eram considerados desordeiros, eram presos e levados para cadeia pública da capital. E mesmo aqueles que tinham acesso ao atendimento médico, tinham um tratamento psiquiátrico pífio, pois pouco se conhecia sobre as doenças que atingiam a mente na época (Oliveira; Rêgo; Nunes, 2017).

Com a mudança de capital entre Oeiras e Teresina, os novos administradores da capital teresinense, passam a se preocupar com a saúde pública do estado, que impulsionados por um ideal progressista, observam a necessidade de um hospital na cidade, visto que, como citado anteriormente o atendimento era estritamente domiciliar. Neste cenário, no ano de 1854, é inaugurado o Hospital de Caridade de Teresina, dentro do quartel de polícia, pois não havia um terreno para construção do hospital. Esse hospital, em 1861, daria origem à SCM. Inclusive, “A Luta”, famoso jornal da época, noticiava a quantidade de pessoas internadas no hospital, sendo esses divididos entre paisanos e praças (figura 8).

Figura 8. Quantitativo de pessoas internadas na SCM de Teresina, 1902.

SANTA CASA			
Movimento do Hospital de 28 de Julho a 4 de Agosto			
	Paisanos	Praqas	Mulheres
Existiam	11	2	6
Entraram	0	1	0
Total	11	3	6
Sahiram	4	3	0
Ficaram	10	0	6
Total	11	3	6

Therézina, 4 de Agosto de 1902.
O Enfermeiro
Pedro, Ribeiro de Vasconcellos.

Fonte: Memória do Jornalismo Piauiense, 2019.

A SCM assume o compromisso de atender aos doentes mentais. Contudo, muitos não tinham condições financeiras para serem atendidos. Também necessitavam de um pároco ou policial que os levassem para a SCM, mas muitos eram negligenciados e, pelos poucos registros do período, pesquisadores acreditavam que a Igreja Católica piauiense pouco se engajou com a questão da loucura no estado e na capital. Os primeiros diagnósticos em Psiquiatria surgem somente a partir da inauguração do Asylo de Alienados, em 1907. Anterior a isso, essas pessoas eram restritas à "casa de detenção", criada, especialmente, com a finalidade de tirar os loucos da rua (Oliveira; Rêgo; Nunes, 2017).

Quando o Brasil passou a ser uma república, surgiu, no Piauí, o sentimento de reivindicação e justiça social à população. Neste sentido, a sociedade passa a cobrar um tratamento de saúde para aqueles que eram considerados indigentes, isso incluía os doentes mentais, que vagavam pelas ruas da cidade, o que serviu de subsídio para a criação do Asylo de Alienados, primeiro local de atendimento específico para os doentes mentais no estado e em Teresina. Médicos que faziam parte do governo à época facilitaram esse processo, até mesmo por reconhecerem a necessidade de uma medicina preventiva e curativa, voltada às minorias.

Embora tenha sido positivo para assistência em Psiquiatria piauiense, o Asylo de Alienados se manteve de forma precária e os doentes viviam sob péssimas condições de higiene, alimentação e sem acesso à medicação, o que piorava seus sinais e sintomas. Isso era bastante

comum nos asilos, manicômios e hospitais psiquiátricos brasileiros e, no Piauí, não foi diferente. Muitas vezes, não supriam as necessidades dos que estavam internados, tinham um número excessivo de internos e a quantidade de profissionais de saúde, em especial da enfermagem, era reduzida para atender as demandas do hospital.

O tratamento do Asylo consistia em xaropes de cloral, barbitúricos, ampolas de bismuto para neurose, injeção de óleo de cânfora para os pacientes agressivos, já que o óleo causava edema no glúteo e a dor intensa “inibia” os ataques de agressividade. Além disso, os mais agitados eram mantidos acorrentados no pátio, como forma de controle. O Asylo de Alienados restringia o acesso de visitantes, devido à situação do lugar, o que piorava o quadro clínico dos doentes mentais, que eram mantidos longe de seus familiares (Oliveira; Rêgo; Nunes, 2017).

O cuidado assistencial continuará deficiente até o ano de 1941, quando o médico psiquiatra Clidenor de Freitas Santos assume a direção do Asylo de Alienados. Seu olhar crítico sobre a situação da saúde psiquiátrica de Teresina faz com que ele mande retirar as correntes dos pacientes e mude o nome do Asylo de Alienados para Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu. Ele passa a introduzir novas técnicas de tratamento em Psiquiatria, como a introdução do choque cardiazólico e permanência do choque insulínico. E, em 1945, é instituída a malarioterapia e ECT no Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu (Dantas, 2022).

Em 1951, por meio do decreto lei nº 378 de 13 de maio, houve a criação do serviço de psicopatas do estado. Isso daria origem a reformas no Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, que passaria a ser chamado de “Hospital Colônia de Psicopatas Areolino de Abreu”, em 1968. Essa mudança é decorrente da necessidade de verbas do manicômio e os internos seriam responsáveis pelo seu autossustento, por meio de trabalhos agrícolas, como forma de tratamento, visto que, no Brasil, a colônia visava melhora terapêutica através do trabalho. Contudo, não teve sucesso, pois as condições de trabalho e as doenças mentais impediam que os pacientes pudessem desenvolver seus trabalhos com destreza e, em 1971, o estabelecimento passou a ser chamado apenas de “Hospital Areolino de Abreu” (Teixeira *et al.*, 2006).

Ainda na década de 1950, foi inaugurado o Sanatório Meduna. Esse local foi considerado como o que tinha de mais moderno na Psiquiatria teresinense e foi visto como bastante positivo para a capital e para o Piauí. Os tratamentos que aconteciam no “Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu” eram muito precários, devido à escassa equipe profissional e de insumos no local, o que dificultava a melhora do quadro clínico dos doentes mentais.

A assistência no sanatório foi amplamente elogiada, pois se desenvolvia em um lugar especializado, com atendimento médico e boa estrutura, o que oportunizou as ações em Psiquiatria na cidade. O espaço tinha amplos corredores e salões, o que retirava a ideia de prisão,

que era muito comum nos manicômios. Também, em sua propaganda, trazia a certeza da cura, que embora não seja comum aos transtornos mentais graves, dava uma nova perspectiva ao tratamento psiquiátrico. Além disso, possibilitou a retirada dos doentes mentais da rua, problema que não foi resolvido pelo Asylo de Alienados (Dantas, 2022).

Contudo, o Sanatório Meduna, nos anos seguintes, seguiu o caráter higienista e acabou por excluir os doentes mentais da sociedade. Mesmo que tenha trazido novas técnicas de tratamento psiquiátrico, como cura por meio de banhos, uso de minerais, ECT e o tratamento do alcoolismo. Além disso, o modelo manicomial seguiu com força na cidade durante anos até as mudanças propostas pela RP no Brasil.

Esse processo de mudanças começa na década de 1970 com os hospitais-dia. Essa modalidade de atendimento seria a principal forma de assistência em Psiquiatria no Piauí, o que se tornaria alvo de constantes críticas por parte de estudiosos e pessoas que lutavam contra os manicômios, pois mantinha os doentes mentais no âmbito hospitalar. Porém, diferente do Hospital Areolino de Abreu, que era voltado para a figura do médico com o auxílio da enfermagem, outros profissionais passaram a ser introduzidos na assistência hospitalar, o que possibilitou uma assistência menos medicamentosa e biomédica (Rosa, 2006).

Com a criação do SUS, na década de 1980, o cuidado assistencial brasileiro visa atender as demandas da população de forma integral. Isso possibilita a criação de políticas, levadas a cabo por portarias e leis que oferecem subsídios para o bom funcionamento da saúde no país. Dentre elas, a portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que institui ações voltadas para assistência em Saúde mental no Brasil, com a criação dos CAPS e NAPS e a lei nº 10.206 de 2001, que institui a PNSM e reconhece os direitos das pessoas com transtornos mentais.

A partir da PNSM, a RP pode ser instaurada no Brasil e, com isso, outros municípios brasileiros seguiram criando CAPS como serviço substitutivo aos manicômios, enquanto o processo de desospitalização buscava dar alta aos pacientes internados sem a real necessidade de permanência na instituição. Os CAPS se constituíram como modelo de cuidado favorável à reabilitação psicossocial, que visa autonomia, inserção social e uma vida mais dinâmica fora do hospital psiquiátrico e em comunidade. Neste sentido, Teresina, mesmo com dificuldades, embates políticos e discussões entre a sociedade e pessoas que lutavam contra os manicômios, criou o CAPS AD em 2003 e reconfigurou o Hospital-Dia infante Juvenil em CAPS I II, em 2005.

A assistência nesses dois locais se adequou ao modelo psicossocial, embora, na cidade, os manicômios tivessem bastante poder e eles tenham começado suas atividades dentro do Hospital Areolino de Abreu. Contudo, o pavilhão de alcoolistas, quando ainda era um serviço

dentro do hospital, antes de ser convertido em CAPS AD, em um prédio próprio, já tinha ideias e ações direcionadas para a reinserção social e atividades recreativas, que visavam atender as demandas das pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Além disso, contava com uma equipe multiprofissional, que desenvolvia atividades em grupos e com os familiares como ocorria nos CAPS. Os dados da pesquisa oriundos das falas colaboradores corroboram com as ações psicossociais dentro do pavilhão de álcool e outras drogas:

Existia um espaço para desintoxicação, que era o momento em que eles chegavam sob efeito das drogas. [...] Depois, eles evoluíam para unidade de terapia, onde suas demandas eram trabalhadas. Nessa modalidade, tinha grupos e tinha equipe multiprofissional especializada em dependência química (Fernandes, 2022).

Existiam grupos para alcoolistas e seus familiares e era uma prática direcionada para CAPS. Porque esse pavilhão estava separado do hospital e, quando eles saíam da internação [desintoxicação], eles recebiam esse atendimento, tanto individual como em grupo, que era multidisciplinar, que tinha assistente social, psicólogo, médicos e tinha a função de recuperação de vínculos, então era interessante para o tratamento do alcoolismo (C02).

Na parte dos alcoolistas, eram feitas reuniões e eu também levava para quadra. Aqueles que eram divertidos [pacientes que não estavam em crise] de irem para a quadra, né? E podiam jogar. Era a parte de desintoxicar, né? Era muito bom (C03).

Esse serviço, embora hospitalar, possibilitou a inserção da RP no estado do Piauí, pois funcionava em aproximação aos moldes do CAPS, diferente do que era comum aos pacientes com dependência química nos hospitais psiquiátricos, onde eram mantidos internados por longos períodos. Além disso, nessas instituições, a principal forma de tratamento era a abstinência total, sem um trabalho voltado para a raiz do problema, com contato restrito a família e a comunidade.

Com o surgimento da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD), em 2003, estratégias psicossociais, como a redução de danos e a participação ativa da família no *continuum* de cuidados passaram a ser utilizadas no CAPS AD. Este CAPS atende ao usuário de álcool e outras drogas e busca a diminuição do estigma e preconceito associados ao uso de substâncias psicoativas, utilizando medidas que permitam projetos terapêuticos flexíveis, que se adequem à singularidade de cada indivíduo. Isso se dá através de atividades de caráter preventivo e educativo. Também as ações realizadas no CAPS AD visam recuperar e auxiliar na construção de caminhos, que proporcionem menos sofrimento e estigma na vivência do dependente químico e esse consiga encontrar meios para melhorar sua condição (Schrank; Olschowsky, 2008).

Neste cenário, o pavilhão de álcool e outras drogas, que se encontrava dentro do

hospital, tinha ações para além da assistência manicomial, que se caracterizava por ser moralizante e excludente, no que diz respeito ao âmbito social. No pavilhão, a desintoxicação realizada não estava voltada apenas para tratamento medicamentoso e longos períodos de internação, que resultava, muitas vezes, em crises de abstinência e em fugas, devido ao ócio que os pacientes eram mantidos, realidade comum nos hospitais psiquiátricos (Rosa, 2004).

Além disso, o início do tratamento era acompanhado apenas por psiquiatras e pela equipe de enfermagem, o que mudou principalmente após a RP no Brasil, por meio de outras formas de assistência, como terapia individual e em grupo, com psicólogos, e atividades físicas, com o profissional de educação física e o terapeuta ocupacional. Essa forma de atendimento também foi fruto de discussões, eventos e da criação de um senso crítico, o que possibilitou um cuidado mais humanizado e holístico em Teresina, principalmente, por parte de gestores e funcionários de saúde do hospital que apoiavam a RP.

Esse serviço também serviria de subsídio para a criação do CAPS AD, em 2003, pelo médico psiquiatra Mauro Cezar Passamani, em especial, por pensar em um local que atendesse as especificidades dos dependentes químicos. O médico Mauro Cezar também foi responsável pelo primeiro e único NAPS na cidade. O NAPS, que funcionava no centro da cidade de Teresina, era voltado para trabalhadores de saúde que tinham dependência com álcool. Os pacientes que eram atendidos no NAPS também foram transferidos para o CAPS AD, em 2003 (Rosa, 2004), conforme a fala de um colaborador:

[...] o pavilhão de alcoolismo [...] funcionava parecido com o CAPS AD. Com o surgimento do CAPS AD na cidade, esses pacientes foram sendo encaminhados (C04).

Diferente do serviço de desintoxicação, que mudou para local próprio, o CAPS I se manteve dentro do Hospital Areolino de Abreu até o ano de 2015. Ele surge também de um serviço hospitalar, que era o Hospital-Dia Infante Juvenil, Martinelli Cavalca. Os colaboradores do estudo falam sobre as ações desenvolvidas no local, que ficava no terreno do hospital, mas em um prédio, ao lado da estrutura central:

O CAPS I tinha visitas domiciliares. [...] Tinha articulação com escolas, tinha equipe multiprofissional interdisciplinar, tinha ações com fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, educador físico, uma equipe completa mesmo (Fernandes, 2022).

A gente fazia práticas em grupos e de ressocialização dos pacientes (C02).

Eu passava os dias com pacientes, cuidando e orientando, observando e fazendo as evoluções nos prontuários. [...] Às vezes, a gente programava passeios, ia no encontro

das águas, no zoobotânico, levava aqueles pacientes que se encontravam melhores das crises... Porque existiam pacientes que nunca saíram ou mesmo fizeram um passeio. Tinha muita criança que não saía, não fazia nada [...] A última vez que teve uma programação, foi no cinema. Falamos com os responsáveis para transmitir um filme infantil. Aí eles permitiram e a gente levou as crianças para assistir o filme. Tinha criança que chorava de emoção, pois nunca tinha ido ao cinema (C03).

Eu fiquei na realização de atividades com eles. Isso eu fazia três vezes na semana, segunda, quarta e sexta. Uma hora de atividades. Tinha a quadra lá no hospital [...] E ficou sob minha responsabilidade levar os pacientes para lá. Aí ficou que eu faria atividades físicas com eles, a parte de esportes, né? Aí tinha a parte das meninas e dos meninos. Eles gostavam de praticar esporte, era vôlei, basquete, futebol, eram atividades diferenciadas (C04).

Eu fazia atendimento individual, atendimento em grupo com crianças e adolescentes, atendimento com a família e atendimento com a família voltado para as demandas da criança e do adolescente. Eu cooperava junto a psicóloga, a gente fazia trabalho em grupo. Ela sempre me chamava porque eu desempenhava esse papel em grupo e também ela não podia trabalhar só. Aí eu ficava no grupo com a psicóloga, com o facilitador de biodança da terapia ocupacional e de outros grupos também da enfermagem. Aí a gente fazia terapia, a gente “inventava coisas” para entreter eles (C05).

O CAPS I, diferente do CAPS AD, que tem como principal público pessoas adultas, atende crianças e adolescentes de 3 a 18 anos com transtornos mentais graves e persistentes e/ou dependentes de álcool e outras drogas, ou seja, esses jovens não são direcionados ao CAPS AD ou para hospitais psiquiátricos, como ocorria antes da RP. Após a RP, o CAPS I passou a ser o principal lócus de cuidado às pessoas até 18 anos de idade. A equipe, que é multidisciplinar, além de ser especialista em Psiquiatria, também pode contar com profissionais especialistas em pediatria, voltada para Saúde mental, no intuito de atender as especificidades de cada caso (Brasil, 2002).

Ainda que tenha começado como um serviço complementar ao hospital e tenha se mantido durante alguns anos dentro da área hospitalar, os profissionais do CAPS I buscavam manter ações de reabilitação psicossocial desse indivíduo que promovessem seu retorno à sociedade, conforme propõe a portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece o funcionamento e organização dos CAPS. O CAPS I inclui atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, escola, comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social, ações inter-setoriais, com assistência social, justiça e educação, além de refeições diárias (Brasil, 2002; Bottoni; Raupp, 2014).

As atividades assistenciais desenvolvidas no CAPS I vão ao encontro do que era proposto pela PNSM e a portaria que instituiu os CAPS. Esses profissionais empregavam estratégias de inserção do serviço na comunidade, como: atividades de orientação aos

familiares, o acolhimento de demandas dos pacientes que buscavam o serviço. Além disso, observavam, tratavam, faziam anotações nos prontuários, ou seja, o que competia a equipe multiprofissional. Esses profissionais também realizavam visitas domiciliares e tinham parcerias com outros serviços, como escolas e locais de lazer, que realizavam passeios ao zoológico, cinema e locais turísticos de Teresina, a exemplo do Encontro das Águas¹¹.

Além disso, essa organização assistencial teve seu início ainda no ambulatório do Hospital-dia infantil, onde os profissionais buscavam atender às necessidades das pessoas que chegavam no serviço. O ambulatório, que também era porta aberta e demanda espontânea, facilitava na criação de vínculos entre pessoas e o serviço. Com a mudança gradual para o CAPS, os profissionais, em sua maioria, não tiveram muita dificuldade em se adequar aos moldes propostos pelo modelo psicossocial, embora um dos colaboradores tenha referido que, após a RP, seu trabalho, como técnica de enfermagem, tenha ficado mais restrito, o que demonstra uma formação rasa quanto aos cuidados em enfermagem psiquiátrica:

Veio a reforma, e a gente só podia instalar soro, mas não podia passar sonda, a gente se reduziu só a olhar o paciente, anotar no prontuário e fazer medicações injetáveis intramusculares (C03).

Com a criação do SUS e o avanço do movimento de reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, os serviços psiquiátricos puderam se reorganizar. O cuidado assistencial psiquiátrico, com exceção da medicina, dentro dos manicômios, era desenvolvido por qualquer pessoa da equipe, que, muitas vezes, eram leigos e sem formação técnico-científica, o que começou a mudar mais efetivamente a partir da década de 1970. Com as mudanças assistenciais, esse cuidado passa a ser definido em leis e portarias, como também, o que competia a cada profissão, como a passagem de sonda pela enfermeira, usada como exemplo na fala da colaboradora. O desconhecimento sobre a função desempenhada por cada profissional está relacionado com as dificuldades de se instalar uma RP na cidade, o que restringia a criação de cursos profissionalizantes, mais eventos que tratassem sobre a temática, além de treinamentos mais efetivos no hospital sobre a atenção psicossocial (Rosa, 2010).

Enquanto serviços complementares ao Hospital Areolino de Abreu, tanto o pavilhão de álcool e outras drogas, como o CAPS I dependiam de recursos financeiros hospitalares para se desenvolver. Após ter um local próprio, o CAPS AD, que ficou sob responsabilidade do município, pôde realizar suas atividades de forma mais dinâmica, diferente do CAPS I, que

¹¹ Parque Municipal Encontro dos Rios: reserva ambiental e ponto turístico, localizado na zona norte de Teresina, com presença de artesanato, pesca e restaurantes, onde há o encontro entre as águas escuras do rio Poti e das águas barrentas do rio Parnaíba (Teresina, 2018).

dependia de insumos provenientes do hospital, o que dificultava a inserção de estratégias psicossociais no local. Os profissionais relatam sobre essa dependência:

Era uma coisa que incomodava e causava descontentamento, por parte da gerência porque o Martinelli Cavalca [CAPS I] ficava ali, dentro do terreno, tinha uma proximidade [...] E achavam que o Martinelli Cavalca não crescia, pois ficava dentro do hospital [...] E era complicada essa questão do recurso, porque, assim, nessa intenção em criar o Martinelli Cavalca, seria tanto para ajustar o hospital nesse formato de progressão substitutiva de redução de leitos para que ele ganhasse liberdade para caminhar sozinho, certo? E durante esse tempo, que nós ficamos, o recurso das internações do hospital infantil deixou de entrar para receita do hospital, mas não chegou para o CAPS I [...] Mas, mesmo com a perda de recursos, como o SUS [modelo de gestão], nunca ficou desassistido, pois o hospital sempre deu apoio. Com questão de medicamentos, salário dos profissionais [...] (Fernandes, 2022).

A gente percebia essa dependência muito grande em tudo, de profissionais e foi justamente isso que fez com que o CAPS I saísse dali e começasse em outro local, para podermos mudar a dinâmica assistencial (C02).

Ele [CAPS I] era totalmente dependente do Hospital Areolino de Abreu, tudo vinha de lá, medicamento, comida, tudo. Ele funcionava como uma extensão do Areolino, não caminhava com suas próprias pernas (C03).

Acho que ainda hoje ele depende do Areolino. Antes ele dependia de tudo, mas acredito que hoje dependa apenas só dos funcionários. Antigamente só era tudo do Areolino, comida, medicação, tudo vinha do Areolino. Tinha independência física, mas não financeira (C05).

Considerando os objetivos e as práticas que são realizadas dentro dos CAPS, eles são serviços substitutivos do modelo asilar e possuem total autonomia no desenvolvimento de suas ações e contam com ambientes para acolhimento de todos, como: atendimento individualizado, salas de atividades coletivas, espaço interno de convivência, sanitários públicos, posto de enfermagem, farmácia, sala de aplicação de medicação, quarto com acomodações individuais, com banheiro contíguo, sala de repouso profissional, sala administrativa, cozinha, refeitório e área de serviço (Brasil, 2015).

Neste cenário, ao pensarmos no CAPS I, que se manteve dentro do Hospital Areolino de Abreu, sua autonomia foi prejudicada, pois, para a instalação do que se define como “espaço CAPS”¹², o serviço precisaria de recursos e insumos que garantissem seu amplo funcionamento. Entretanto, como ele dependia financeiramente do hospital, nem sempre contava com livre acesso ao material necessário para o desenrolar de suas práticas, o que, muitas

¹² Serviços de atenção psicossocial do SUS, espaços de cuidar e apoiar pessoas com experiências do sofrimento e, ao mesmo tempo, espaço social no sentido de produção de projetos de vida e de exercício de direitos, e de ampliação do poder de contratualidade social (Brasil, 2015).

vezes, prejudicava o atendimento dos pacientes e o trabalho da equipe. Um dos colaboradores relata que sempre oferecia lanche aos seus alunos, o que era função do serviço:

Até a merenda eu levava para os meus pacientes, o lanche e essas coisas. Com o maior prazer. Não tinha nada disso nessa época, não sei se melhorou... (C04).

Essa realidade é proveniente da dificuldade de se implantar uma RP na cidade, o que depende de financiamento público. Os primeiros CAPS surgem como serviços complementares, mesmo o CAPS AD, estando situado em local próprio. Em 2003, Teresina contava com uma população com cerca de 700.000 habitantes (IBGE, 2021) e o CAPS AD, segundo a notícia de sua inauguração (Figura 5), atendia cerca de 20 pessoas, um número reduzido de cidadãos. Aliado a isso, o segundo serviço substitutivo, criado em 2005, foi um CAPS Infanto-juvenil, que também tinha um atendimento restrito, por estar voltado para uma parcela da população, o que dificultava o acesso abrangente da sociedade para o uso dos serviços substitutivos e a implantação da RP teresinense.

Embora com as dificuldades que Teresina enfrentou, esses dois serviços que, de início, começaram como complementares, foram bem-vistos pela sociedade, pois possibilitou a inserção de um novo modelo de cuidado, voltado para comunidade, o que antes estava restrito ao ambiente hospitalar. No documentário de Leo Salles, (2011) “Vozes da loucura”, profissionais de Saúde mental e pesquisadores da área, relatam as dificuldades, mas também os pontos positivos da RP na cidade, principalmente, com relação aos CAPS que possibilitaram a atenção psicossocial no serviço psiquiátrico Teresinense. Além disso, serviu de subsídio para criação de novas práticas, pautadas no modelo psicossocial. Uma das colaboradoras do estudo relata sobre isso:

E foi nesse local [CAPS I] que a gente foi fazendo a ruptura dessas práticas, fomos fazendo novas práticas e inserimos práticas integrativas [...] Mesmo dentro do hospital psiquiátrico, a gente fazia de tudo, para fazer práticas grupais, atendimentos de ressocialização [...], mas, assim, aos poucos a gente foi quebrando esses paradigmas [...] porque tinha muitos profissionais do Areolino, no CAPS I, que aplicavam essas práticas lá também [práticas manicomial]. Mas a gente ia aos poucos mudando isso, fazia cursos, aplicava reciclagem com os profissionais e estagiários e aí foram transformando essas práticas manicomial, o atendimento foi melhorando (C02).

Outro aspecto a destacar é que o CAPS possibilitou que os profissionais, que também atuavam no Hospital Areolino de Abreu, pudessem se atualizar em conhecimentos e, com isso, melhorar o atendimento destinado às pessoas com transtornos mentais. Além disso, houve uma conscientização sobre o tratamento destinado aos pacientes e a necessidade da criação de mais

serviços substitutivos na cidade, bem como no estado. Isso, futuramente, serviria de base para o surgimento da SRT e de outros CAPS com atendimento destinados à população adulta com transtornos mentais graves, e não somente àqueles que tinham problemas com álcool e outras drogas.

Rosa (2010) pontua que a principal problemática dos trabalhadores em Saúde mental teresinenses é a falta de qualificação da atenção prestada à Saúde mental da população que busca os serviços substitutivos no Brasil. Aliado a isso, preceitos importantes, como cuidado em Saúde mental, ainda são pouco discutidos, mesmo com a RP no país. Existe a necessidade de políticas públicas que combatam a precarização do trabalho em Saúde mental, principalmente por ser um trabalho que apresenta peculiaridades e estigmas. Outro ponto importante para a qualificação dos trabalhadores é a necessidade do oferecimento de cursos de curta duração e pós-graduações, a fim de aprimorar o atendimento psicossocial dos profissionais que atuam nesses serviços substitutivos.

Em Teresina, a maioria dos profissionais dos primeiros CAPS vinham do Hospital Areolino de Abreu ou do Sanatório Meduna, as principais instituições manicomiais da cidade. Logo, é de se esperar que práticas combatidas pela RP fossem adotadas no momento da assistência prestada, mesmo que de forma involuntária. Nesse sentido, promover o conhecimento sobre as ações que são realizadas na atenção psicossocial proporciona a quebra de paradigmas advindos do âmbito hospitalar, como também, de preconceitos que permeiam os transtornos mentais e seus cuidados. Contudo, foram as estratégias utilizadas para implantar os CAPS na cidade.

Também, no contexto da Saúde mental, os profissionais precisam estar inseridos no contexto reformista e aderir ao modelo de atenção que privilegia o espaço comunitário e a clínica ampliada. Logo, a atenção psicossocial requer um profissional que seja propositivo, formulador, articulador, implementador, gestor, negociador, investigador e equacionador, face às mudanças estruturais do estado e as exigências bioéticas. Isso possibilita ações profissionais estratégicas, flexíveis e adaptadas às situações corriqueiras dos serviços, resolvendo de forma dinâmica e qualificada (Rosa, 2010).

Teresina pode dar início ao rompimento com o paradigma manicomial com a inserção dos serviços substitutivos, embora os cursos de formação na cidade fossem escassos. Mas, a partir da prática, muitos dos profissionais puderam conhecer sobre o CAPS e as perspectivas propostas pela RP. Isso possibilita a criação de senso crítico, qualificação e experiência profissional, diante das demandas que surgem diariamente no cuidado psiquiátrico e de saúde mental.

A enfermagem se insere neste contexto, pois acompanhou o processo de constituição do campo psiquiátrico teresinense, bem como a criação dos primeiros CAPS. Além disso, apresentava dificuldades em se adequar ao serviço, como as outras profissões, devido aos problemas já apresentados, como qualificação profissional deficiente, precarização do trabalho e conhecimento incipiente sobre atenção psicossocial.

4.3 III: Os desdobramentos da assistência psicossocial para as práticas de enfermagem nos primeiros CAPS do Piauí

4.3.1 Breve histórico da assistência em enfermagem psiquiátrica na cidade de Teresina

A assistência de enfermagem na cidade, de forma mais organizada, partiu da prática religiosa, pré-profissional, coordenada pelas Irmãs Cordimarianas, na Santa Casa de Misericórdia, no final do século XX, sem o objetivo específico de atender os doentes mentais (Oliveira; Rêgo; Nunes, 2012; Santana, 2011). Mesmo havendo notícias sobre a internação de alienados no hospital geral da Santa Casa, não é possível considerar que havia algum tipo de assistência psiquiátrica prestada a essas pessoas. Supõe-se que havia o provimento de alimentação, higiene e outros cuidados mínimos, o que requer um estudo aprofundado diante da realidade, já descrita na literatura, sobre a internação de alienados nas Santas Casas brasileiras.

A criação do Asylo de Alienados, em 1907, pode ser considerada um marco para se pesquisar práticas de cuidados por enfermeiros no cenário psiquiátrico. O decreto nº 327 –, publicado em 15 de janeiro de 1907, definiu que um médico, um enfermeiro, um escriturário, dois serventes e um cozinheiro seriam responsáveis pela administração do hospital. As Irmãs de Caridade, também presentes, foram responsáveis pela gerência de enfermagem até a década de 1970, um longo período em que a assistência de enfermagem se manteve vinculada à religião, portanto, em que as ações caritativas se voltavam para aliviar o sofrimento daqueles que perderam a razão, sem que houvesse compromisso com as práticas profissionais.

Uma matéria publicada no ano de 1948, no jornal católico “Dominical”, evidencia este ideal caritativo ao destacar o trabalho das Irmãs de Caridade no Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, antigo Asylo de Alienados (Figura 9).

Figura 9. Matéria sobre D. Severino Vieira de Melo e a congregação das “Filhas do coração imaculado de Maria”. Teresina, PI, 1948.



Diferente do Asylo de Alienados, depois Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, o Sanatório Meduna, em 1968, contava com um enfermeiro e três auxiliares de enfermagem, que eram responsáveis por atender um total de 994 pacientes (Teixeira, 2021). Tal quantitativo de pessoal demonstra a precarização da assistência psiquiátrica, como também a exploração dos serviços de enfermagem, visto que era inviável um profissional com uma equipe de 3 auxiliares cuidarem de tantas pessoas oferecendo qualidade.

A Enfermagem profissional começa a se desenvolver efetivamente no Piauí, após a chegada, no estado, de enfermeiras graduadas na Escola Anna Nery, no Rio de Janeiro, à época, uma instituição de renome pelo papel que desempenhava na educação e profissionalização da Enfermagem no Brasil. Destaca-se a Irmã Abrahilde Alvarenga (Figura 10), formada enfermeira, na referida escola, que retorna ao Piauí, no intuito de qualificar a assistência de enfermagem, prestada à população. Ela foi pioneira na criação da Escola de Auxiliar de Enfermagem Maria Antoinette Blanchot, em Teresina, no ano de 1958, acontecimento essencial para a formação profissional de enfermagem na cidade.

Mesmo a escola sendo administrada por religiosas, ela passa a oferecer uma educação formal em Enfermagem, voltada para o cuidado técnico e supervisionado por enfermeiras. Assim, tem início a oferta aos serviços de saúde de auxiliares de enfermagem, com capacitação e reconhecimento profissional, uma vez que o curso de auxiliares de enfermagem, no Brasil, foi instituído legalmente em 1949 (Vilar; Borges; Santos, 2008; Brasil, 1949).

Figura 10. Irmã Abrahide Alvarenga, Rio de Janeiro, RJ, 1954.



A contribuição da Irmã Abrahide Alvarenga para a profissionalização da enfermagem piauiense se estende também para a sua participação na criação da Associação Brasileira de Enfermagem, seção Piauí (Aben-PI), em 1959, tornando-se sua primeira presidente. Esse acontecimento, juntamente ao curso de auxiliares, foi importante para fortalecer o processo de organização, conscientização e mobilização da categoria, rumo à construção da identidade coletiva das enfermeiras piauienses. Nos anos seguintes, ocorre o aumento do número de enfermeiras diplomadas, que vêm trabalhar na cidade, sendo que o Hospital Areolino de Abreu só admitiu pela primeira vez uma enfermeira diplomada no seu corpo de funcionários, em 1971, quando contratou a enfermeira Joselita Borges Leal (Alves *et al.*, 2006; Santos *et al.*, 2005).

A primeira turma de graduação em Enfermagem do Piauí formou-se na UFPI, em 1973, fato que foi positivo para a assistência de Enfermagem em Psiquiatria, pois o curso contava em sua grade curricular com a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, que, além da teoria, apresentava estágios na área hospitalar. Aliada a RP e a criação do SUS, na década seguinte, o

ensino de Enfermagem Psiquiátrica trouxe perspectivas mais humanizadas, centradas nas necessidades dos indivíduos e conseqüentemente de assistência não manicomial, incluindo as Teorias de Enfermagem, formuladas para o cuidado na área. Tais avanços possibilitaram a conscientização sobre a necessidade dos profissionais de Enfermagem qualificados, inseridos no processo de cuidar dos pacientes psiquiátricos teresinenses (Macêdo, 2006; Rocha; Vilar, 2012; Santos *et al.*, 2005; Vilar; Borges; Santos, 2008).

Seguindo todo esse processo de consolidação da Enfermagem no Piauí, em 1975, foi criado o Conselho de Enfermagem do Piauí (COREn-PI), legitimando o exercício da profissão no estado e regulamentando a contratação de pessoal qualificado para os serviços de saúde. E, no ano de 1976, a gerência de Enfermagem do Hospital Areolino de Abreu passa a ser feita por um auxiliar de Enfermagem, rompendo com a organização religiosa do serviço de Enfermagem, até então sob responsabilidade das irmãs de caridade.

Outro ponto a ressaltar é que, a partir do ano de 1977, as alunas do curso de Enfermagem, juntamente à enfermeira Maria do Amparo Oliveira, reestruturaram a assistência do hospital, organizando as escalas dos funcionários e os processos de admissão, triagem e prática clínica, buscando direcionar os cuidados em Psiquiatria para a melhoria de sinais e sintomas dos pacientes (Alves *et al.*, 2006).

Deste modo, o desenvolvimento da Enfermagem profissional no Piauí teve impulso a partir da década de 1970, com a formação de nível superior e com a instalação do órgão de fiscalização profissional (COREn-PI), que vai passar a exigir a presença de enfermeiros (formados) nas instituições de saúde, o que também inclui as instituições psiquiátricas, que mais lentamente vão tendo que acatar tal legislação, abrindo espaço para a transformação das práticas assistenciais e exercício de autonomia por parte da equipe de Enfermagem.

4.3.2 Processo de transição da assistência de Enfermagem do modelo manicomial ao psicossocial em Teresina

Durante anos, a Enfermagem teresinense se manteve, principalmente, dentro das duas principais instituições psiquiátricas do Piauí, o Hospital Areolino de Abreu e o Sanatório Meduna. A assistência, durante anos, atendeu ao modelo manicomial e o pessoal de Enfermagem, distribuído entre religiosos e leigos sem nenhuma capacitação profissional, se concentrava, principalmente, nesses grandes hospitais e em clínicas privadas, que atendiam a demanda de internação das pessoas com doenças mentais.

Nesse cenário, a Enfermagem psiquiátrica era refém do conhecimento médico e suas responsabilidades ficavam restritas à manutenção dos serviços de hotelaria e de manutenção da

ordem institucional. Em um resgate sobre o contexto histórico da Enfermagem psiquiátrica, seu passado registra, como premissa principal de sua atuação, a manutenção de um modelo assistencial disciplinador, mantenedor da ordem, visto que, desde o século XIX, os chamados “guardas” e “enfermeiros” eram responsáveis por cuidados, como administração de medicamentos, higiene e alimentação, mas, principalmente, pela vigilância e observação dos pacientes (Clark, 2022; Perrin-Niquet, 2019).

Em sua maioria, as pessoas contratadas para a Enfermagem até a segunda metade do século XX, especialmente as que iam trabalhar em Psiquiatria, não tinham sequer formação fundamental completa e muitas vezes eram admitidas por oferecer força de trabalho sem que houvesse uma escolha pela especialidade (Clark, 2022; Perrin-Niquet, 2019).

Com as mudanças e regulamentação do ensino de Enfermagem, no século XX, a criação e fortalecimento da ABEn, do Conselho Federal e dos Conselhos Estaduais de Enfermagem, a profissão foi se consolidando e requerendo transformações nas unidades de saúde, em relação à contratação de pessoal. Cada vez mais as práticas de cuidado passam a ser baseadas em evidências científicas, com uma assistência sistematizada e ações direcionadas ao processo saúde-doença, visando a melhoria do atendimento.

Neste contexto, a ausência de uma assistência sistematizada dificultava a implantação do Processo de Enfermagem (PE), que são ações desenvolvidas pela Enfermagem, no intuito de organizar as atividades do enfermeiro, planejar o cuidado de forma individualizada e permitir que as singularidades do paciente sejam atendidas, o que possibilita a continuidade do cuidado da Enfermagem. Ao conhecer a importância do PE o enfermeiro teria uma otimização do tempo e dos resultados frente ao diagnóstico (Kletemberg; Siqueira; Mantovani, 2006; Santos *et al.*, 2006).

As discussões sobre o PE, no Brasil, surgiram em 1970, incentivadas pela enfermeira Wanda Aguiar Horta, que foi uma precursora do uso do método científico para diagnosticar e tratar doenças pela Enfermagem. Para ela, o enfermeiro deveria sistematizar o pensamento, o raciocínio para levantar os problemas do paciente, elaboração que os enfermeiros já realizavam, porém, de forma intuitiva e sem registros.

A consolidação da Enfermagem brasileira como profissão e a validação do PE culminaram na criação da lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamentou a prescrição de Enfermagem e a consulta de Enfermagem como responsabilidade do enfermeiro. A lei foi um importante passo para organização da assistência de Enfermagem e do uso do PE nos serviços de saúde, bem como, nos hospitais psiquiátricos, o que até então não era uma exigência, visto que, o trabalho desenvolvido durante muitos anos aconteceu sem preparo formal. Além

disso, com a RP no Brasil, o PE passa a ser inserido no modelo psicossocial, o que auxiliou na organização dos CAPS (Kletemberg; Siqueira; Mantovani, 2006).

Depois de anos trabalhando dentro das instituições psiquiátricas, de forma integral, sem preparo e sem condições de trabalho dignas, a Enfermagem abraçou a luta antimanicomial e se colocou em favor da RP, ainda na década de 1970, aderindo ao MTSM, que trouxe o desafio de cuidar fora da internação, em espaços com outros recursos. Deste modo, ao longo dos anos, a Enfermagem foi ao encontro de novas propostas terapêuticas, da aplicação das teorias de Enfermagem Psiquiátrica, de um novo modo de cuidado bem diferente do anterior, que ficava restrito aos espaços institucionais, o que permitiu o desenvolvimento de práticas psicossociais (Peres; Barreira, 2009; Silva *et al.*, 2020; Rosa; Silva, 2021; Perrin-Niquet, 2019).

No que se refere a Luta Antimanicomial no Piauí, embora o modelo manicomial tivesse bastante força, algumas discussões e movimentos contra os hospitais psiquiátricos começaram a se estruturar com a implantação dos Hospitais-dia, que visavam ações mais humanizadas em Psiquiatria. A partir da década de 1980, as ações da Associação Comunitária de Saúde Mental do Piauí (ACSM) e da Associação Psiquiátrica do Piauí passaram a fomentar a criação da coordenação estadual de Saúde mental e a lutar pela interiorização/descentralização das ações de Saúde mental da capital para municípios. Com isso, uma parte dos enfermeiros psiquiátricos teresinenses, igualmente a outros profissionais, passam a se inserir nessas discussões e ações como forma de apoio à RP no estado (Rosa, 2003).

Com a criação da coordenação de Saúde mental no estado, ainda na década de 1980, políticas em Saúde mental foram surgindo, contudo, voltadas para o modelo hospitalocêntrico, incluindo o aumento de leitos em alguns hospitais gerais piauienses e a “ambulancioterapia”, que se caracterizava pelo envio de pacientes do interior do Piauí para a capital em ambulâncias do município de origem.

Na década seguinte, em 1990, alguns serviços comunitários foram criados, como ambulatórios de Saúde mental, espalhados em unidades de saúde por bairros de Teresina, que contavam apenas com o médico psiquiatra. Com o tempo, algumas poucas unidades passaram a ter psicólogos e uma única assistente social, que atuava na unidade de saúde do bairro Monte Castelo. Contudo, não havia a presença da Enfermagem (Rosa, 2010). Tal fato demonstra que o serviço de Enfermagem estava restrito ao âmbito hospitalar, mudando essa perspectiva, após a implantação da RP no país e sua adesão pelo estado do Piauí.

Outra importante organização incentivadora da implantação da RP em Teresina, que contou com alguns enfermeiros psiquiátricos, foi a Associação de Parentes e Pessoas interessadas na causa da Saúde Mental (ÂNCORA/PI), um grupo de familiares e trabalhadores

em Saúde mental, que surgiu no ano de 2001. O ÂNCORA foi importante por trazer discussões e debates acerca da RP na cidade, funcionando como veículo de visibilidade da causa da luta antimanicomial. Esse grupo viria a se associar ao Núcleo Interestadual do Movimento Antimanicomial (NIMA) do Piauí e Maranhão, em agosto de 2003, para promover ações e eventos, sobre Saúde mental, no mesmo mês da inauguração do CAPS AD (Rosa, 2005).

A instauração da RP no país em 2001, por meio da PNSM, foi fundamental para o processo de mudanças nas práticas de Enfermagem Psiquiátrica no país. Embora, no Piauí, a RP tenha acontecido somente em 2003 e seu primeiro CAPS tenha sido construído 16 anos após o primeiro CAPS do Brasil, criado em 1987, na cidade de São Paulo, a Enfermagem atuou no processo de RP do estado, em movimentos a favor da luta antimanicomial, auxiliando na implantação dos primeiros CAPS de Teresina e participando de cursos sobre os novos conceitos e práticas em Psiquiatria e Saúde mental.

Os CAPS são serviços que contam com uma equipe com profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, profissionais de educação física, dentre outros), além disso, contam também com profissionais de nível médio-técnico (auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (Brasil, 2002), de maneira que se constitua a oferta multiprofissional de serviços. Além disso, os profissionais assistenciais são estimulados a realizarem cuidados interdisciplinares, que visam a recuperação e a promoção de saúde dos usuários, sem restringir tais cuidados ao modelo biomédico. Nesse cenário, o trabalho da Enfermagem ganha mais visibilidade, pois suas ações têm mais autonomia e são executadas de forma mais dinâmica, em conjunto com a equipe, se distanciando do modelo manicomial (Rosa, 2010).

Com o processo de estruturação do modelo psicossocial na cidade de Teresina, a partir da RP na cidade, e após a criação do CAPS AD, em 2003, o serviço passou a necessitar de profissionais de Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde mental para a sua implementação, como também o CAPS I, em 2005. Mesmo que os CAPS de Teresina tenham iniciado suas atividades de forma complementar ao hospital psiquiátrico, visto que os dois serviços não eram suficientes para atender a demanda da população, levando muitos pacientes a continuarem buscando o hospital psiquiátrico para tratamento, a Enfermagem, em conjunto com outros profissionais, incentivou não somente a criação dos CAPS na cidade, mas também a sua desvinculação posterior da instituição psiquiátrica (Fernandes *et al.*, 2015a; Fernandes *et al.*, 2015b).

Nesse contexto, a maioria dos profissionais de Enfermagem, contratados para os CAPS, eram originários do Hospital Areolino de Abreu ou do Sanatório Meduna, os principais locais de assistência em Psiquiatria na cidade, que preparavam, a partir da prática assistencial,

profissionais para a área. Suas práticas estavam ainda sedimentadas no modelo hospitalocêntrico, mas foram incorporando outras maneiras de cuidar, como admissão e avaliação de Enfermagem, que passaram a compreender o atendimento inicial com ações focadas para a melhoria de sinais e sintomas, seguido da evolução diária, no caso de internação. Além disso, fazia parte do cuidado: a aferição de sinais vitais, administração de medicamentos, higiene e hotelaria (Branco *et al.*, 2013).

É importante destacar que a Enfermagem se faz necessária nos espaços de internação em período contínuo e que é a única profissão que não pode se ausentar da assistência hospitalizada, de modo que, no processo de desospitalização e desinstitucionalização, seu papel foi essencial para a liberação dos pacientes internados e reintegração deles à sociedade, aderindo aos Hospitais-dia e CAPS. Muitas vezes, ao se tratar desses processos, a Enfermagem é deixada de lado como se a alta não fosse também processual e iniciada ainda na internação. No caso das instituições psiquiátricas, sem dúvida, era a equipe de Enfermagem que trabalhava do lado de dentro junto com os demais profissionais que lá estavam, contribuindo para a redução de leitos e quebra do paradigma manicomial.

A partir das mudanças propostas pela RP, a Enfermagem teresinense passou a executar suas ações para além do hospital, como também, a participar de movimentos, associações e grupos a favor da luta antimanicomial, o que auxiliou na criação de senso crítico e proporcionou a busca por adequação a um novo modelo de atendimento. Além disso, a Enfermagem foi incentivadora não somente da criação dos CAPS, mas outros serviços substitutivos, a exemplo das SRT, no ano de 2010 (Rosa, 2010).

Também, em setembro de 2003, a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Timon no Maranhão iniciou um curso de capacitação em Saúde mental, em convênio com a UFRJ, que contava com 57 alunos de Teresina, todos eles trabalhadores em Saúde mental. O curso ocorreu devido a conurbação entre as cidades, o que possibilitava uma relação de proximidade geográfica e facilitava a ida dos profissionais teresinenses ao Maranhão. Além disso, os discentes recebiam uma bolsa de 50% do valor da mensalidade como incentivo para a participação do curso (Rosa, 2005). Essa capacitação permitiu que os profissionais de saúde se qualificassem frente aos novos conceitos propostos pela RP e aos cuidados que deveriam ser desempenhados para os serviços que foram surgindo. A Enfermagem acompanhava essas transformações, no intuito de ressignificar sua assistência. Esse conhecimento era importante, pois, em Teresina, eram escassos cursos de formação, capacitação e qualificação em Saúde mental, principalmente, por estarem voltados à medicina. Isso também pode ser considerado umas das problemáticas que dificultava a implantação da RP na cidade.

A estrita oferta de cursos de curta duração e a ausência de pós-graduações *stricto sensu* e *lato sensu* demonstra que o profissional de Enfermagem começou a atuar nesses dispositivos com os conhecimentos advindos do campo prático, muitas vezes aliado ao que era proposto em fóruns, debates, conferências, promovidos por pessoas que lutavam contra o modelo manicomial. Isso resulta, também, na dificuldade de superar conceitos pré-estabelecidos, visto que essas discussões eram restritas a esses eventos. Até o ano de surgimento do CAPS AD, em 2003, e do CAPS I, em 2005, não havia mestrado e doutorado em Enfermagem, sendo o primeiro lançado somente no ano de 2007 e o segundo em 2013, respectivamente (UFPI, 2013).

Também não havia residência em Psiquiatria e Saúde mental, direcionada para Enfermagem. Essa realidade perdura até os dias atuais. Os profissionais que desejavam se especializar de forma prática, necessitavam ir para os grandes centros do país para receber a formação de enfermeiro psiquiátrico e em Saúde mental. Entretanto, existiam linhas de pesquisa, grupos, disciplinas, extensões e cursos de curta duração, desenvolvidos pela Enfermagem, tanto na UFPI quanto na UESPI, nos cursos de graduação e de pós-graduação em Enfermagem, que estudavam Saúde mental. Isso possibilitou trabalhos sobre a temática, que fomentaram discussões acadêmicas e qualificaram o exercício profissional desenvolvido pelos enfermeiros, principalmente no processo de mudança no paradigma (Figueiredo, 2017).

Mesmo com essas dificuldades e desafios, a Enfermagem teresinense passa a fazer parte, mais efetivamente, do processo de transição entre dois modelos de assistência: do manicomial para o psicossocial. O modelo manicomial é voltado apenas para a doença e a subjetividade do paciente é desconsiderada, pois se apoia em ações punitivas e de isolamento dos sujeitos. Já o modelo psicossocial, que advém da RP brasileira, entende a existência humana como algo complexo, que leva em consideração múltiplos fatores do processo saúde-doença, considerando a vida em sociedade, a cidadania e a liberdade como elementos centrais do cuidado (Braga *et al.*, 2020).

Neste cenário de transição, os psiquiatras Mauro Cezar Passamani e Carlos Alberto Soares, que trabalhavam dentro do Hospital Areolino de Abreu, foram os idealizadores do CAPS AD e do CAPS I, em 2003 e 2005, respectivamente, contaram com a ajuda da diretora do hospital, que também era enfermeira, Márcia Astrês Fernandes, durante a gestão de 2003 a 2007. No documentário “Vozes da Loucura”, do jornalista Leonardo Sales (2011), de 22 minutos de duração, aos 6 minutos e 30 segundos, especificamente, a mesma diretora fala, durante entrevista, sobre a importância de assumir a direção do hospital. Ela é a primeira mulher e enfermeira que, anos após uma direção masculina e de psiquiatras, torna-se diretora do

Hospital Areolino de Abreu. Isso é um marco não somente para o hospital, mas para a Enfermagem Psiquiátrica teresinense.

Como colaboradora deste estudo, em sua fala, a mesma enfermeira, que autorizou a sua identificação, trata sobre suas ações para a reestruturação do Hospital Areolino de Abreu, que dariam subsídios para RP na cidade, a partir da lei nº 10.206, que institui a PNSM, em 2001, e da portaria nº 52 do MS, que institui o PRH no SUS, em 2004:

Durante a minha gestão, o hospital passou por uma reestruturação de assistência hospitalar, para se readequar ao Ministério da Saúde. Então, em 2004, foi publicada uma portaria nº 52 que dava diretrizes para organização dos serviços hospitalares e redução de leitos, até, também, para se adequar à lei nº 10.216 precisariam ser fechados esses leitos, então, quando eu assumi, tinha 236 leitos. Nesse sentido, a programação que fizemos foi de fechar blocos de 40 leitos. Então, no primeiro ano desta portaria, a gente fechou 36 leitos (Fernandes, 2022).

Essa ação de fechamento de leitos do maior hospital psiquiátrico do estado serviu para consolidação dos CAPS, pois direcionou o cuidado, que estava restrito ao hospital, para os serviços complementares. Mesmo que o CAPS AD tenha surgido em 2003 e a redução de leitos e o fechamento do pavilhão de álcool e outras drogas tenha acontecido em 2004:

Depois, ainda em 2004, a gente fechou o pavilhão de álcool e outras drogas [...] ficamos com 200 leitos, que era divisível por 40 (Fernandes, 2022).

No trecho acima, a Diretora do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu informa que decidiu por reduzir os leitos da instituição por blocos de 40 leitos de cada vez, o que parece desafiador. Esta decisão demonstra a adesão da instituição à RP piauiense, enquanto esteve na gestão de uma enfermeira. Aliado a isso, a mesma diretora, no início do ano de 2003, em outra entrevista, já discorria sobre a necessidade da criação do CAPS AD na cidade, sendo a ideia apresentada como uma meta para o ano de 2004 (Figura 4), confirmando seu papel de incentivadora da implementação da RP em Teresina.

Em 2005, como segunda etapa de reestruturação hospitalar, foram fechados mais leitos e ocorreu a desvinculação do Hospital-dia Infante juvenil, Martinelli Cavalca, passando à configuração de CAPS I. Com o objetivo de adequar o Hospital Areolino de Abreu a PNSM, o primeiro CAPS I do estado foi criado em seu terreno. Ainda que a RP falasse no fechamento dos hospitais psiquiátricos, o Hospital Areolino de Abreu e o Sanatório Meduna tinham hegemonia na cidade e uma forma encontrada pela diretora e por outros profissionais que participaram desse processo foi o fechamento de leitos em bloco e conversão de um serviço hospitalar em CAPS:

Quando foi na segunda etapa dessa reestruturação, então a gente ficou de fechar mais 40 leitos para ficar com 160, então foi quando tivemos essa ideia, para desvincular o Hospital-dia Infante juvenil e transformá-lo em CAPS, foi uma forma de reorganizar o hospital Areolino de Abreu na reforma psiquiátrica (Fernandes, 2022).

A participação de uma enfermeira à frente desse processo de consolidação do CAPS AD, em 2004, e da conversão Hospital-dia em CAPS I, no ano de 2005, foi importante para o fortalecimento da Enfermagem Psiquiátrica teresinense, como área especializada, em favor da RP, pois demonstra a presença da Enfermagem no processo de criação dos CAPS, como também a necessidade de manter esses profissionais nos serviços psiquiátricos e de Saúde mental de Teresina, já que estão em contato direto com os pacientes e reconhecem suas necessidades e direitos, tais como os propostos pela RP.

A presença da mesma enfermeira na direção do hospital durante os primeiros movimentos de desenvolvimento da RP foi significativa por influenciar os ideais de outros profissionais, com vistas na transição de modelos assistenciais, em especial, da equipe que a profissional era responsável, composta por auxiliares, técnicos de Enfermagem e enfermeiros. As discussões propostas pela RP e o auxílio na criação dos CAPS faziam com que esses profissionais da Enfermagem modificassem seu modo de pensar e agir frente às suas práticas, visto que a diretora Márcia Astrês era responsável por dirigir a assistência hospitalar e seu olhar diferenciado sobre a RP ajudava no desenvolvimento de senso crítico por outros profissionais, devido à posição de destaque que ela ocupava.

Além disso, outra colaboradora, que também é enfermeira do Hospital Areolino de Abreu, conta que ajudou na organização do CAPS I, após sua criação:

Quando eu cheguei já estava “implantado” (CAPS I), mas a gente foi organizando o serviço [admissão, triagem, plano de atendimento em enfermagem, evoluções, consultas] (C05).

O trabalho do enfermeiro é complexo e é desempenhado tanto na assistência, como na administração. Este último traz crescimento, estratégia de desenvolvimento do serviço, liderança e motivação à equipe. Neste sentido, a fala da colaboradora ratifica as ações desenvolvidas pela Enfermagem na organização de serviços de Saúde mental. Em consonância com outras profissões, a Enfermagem promove a execução do serviço com eficácia, a satisfação dos usuários e permite resultados positivos para sociedade, a exemplo do ocorrido no CAPS I.

Contudo, como é de se esperar em transição de modelos assistenciais, a assistência inicialmente era biomédica e direcionada, principalmente, para o trabalho do psiquiatra. Os cuidados prestados visavam, principalmente, o atendimento médico e as prescrições medicamentosas. O cartão de consultas do CAPS I, por exemplo, focava na marcação de

funcionava dentro do hospital, sendo encontrado dentro de prontuários relativos ao recorte temporal do estudo.

Figura 12. Instrumento de triagem utilizado para os serviços de Enfermagem do Hospital Areolino de Abreu, Teresina, PI, Brasil, 2003

HOSPITAL AREOLINO DE ABREU

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO:
NOME: [REDACTED]

PROCEDÊNCIA:
RESIDÊNCIA: HOSPITAL () CONSULTÓRIO () DEAMBULANDO () CADEIRA DE RODAS () MACA ()

MOTIVO DE INTERNAÇÃO: *Distúrbios de conduta, ansiedade*

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:
ALERGIA () A QUE? _____
HIPERTENSÃO () TRATAMENTO _____
TABAGISMO () ETILISMO () _____
EPILEPSIA () TRATAMENTO _____
HANSENÍASE () TRATAMENTO _____
DIABETES () TRATAMENTO _____
TUBERCULOSE () TRATAMENTO _____

OBS: _____

1. INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

- HÁBITOS ALIMENTARES: NORMAL () ANOREXIA () BULIMIA ()
- HÁBITOS INTESTINAIS: FREQUÊNCIA DIÁRIA () CONSTIPAÇÃO ()
- PRÓTESE: OCULAR () DENTÁRIA () AUDITIVA () OUTROS _____
- PADRÃO URINÁRIO: NORMAL () ANORMALIDADES _____

2. HISTÓRIAS PSÍQUICAS:

- NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: LÚCIDO () CONFUSO () OUTROS _____
- ESTADO EMOCIONAL: AGITADO () DEPRIMIDO () TENSO () OUTROS _____
- SONO/REPOUSO: INSÔNIA () PESADELOS () OUTROS _____
- LINGUAGEM: MUTISTA () LOGORRÉICO () SOLILÓQUIOS () NEXO ()
- PENSAMENTO: DELÍRIOS () TIPO: _____
- SENSO PERCEPÇÃO: ALUCINAÇÕES () TIPO: _____
- NÍVEL DE ORIENTAÇÃO: ORIENTADO () NÃO ORIENTADO () OBS: _____

3. EXAME FÍSICO:

PELE: NORMOCORADA () HIPOCORADA () DESIDRATADA () CIANOSE () PRURIDO ()
HIFEREMIA () LOCAL _____ INTEGRIDADE () S/N LOCAL _____

REDE VENOSA: VISÍVEL () NÃO VISÍVEL () _____

COURO CABELUDO: PEDICULOSE () CONDIÇÕES DE HIGIENE _____

BARBA/CABELO/SUNHAS: NORMAL () CRESCIDOS () HIGIENE _____

OBS: _____

4. SINAIS VITAIS: P. A _____ MMHG PULSO _____ BPM RESP _____ MRM TAX _____ C.

5. PROBLEMAS LEVANTADOS: *Mutista, e ansiedade, apresentava vários feridos pela canga.*

10. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (PROCESSO NANDA)

11. PLANO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM - AÇÕES DE ENFERMAGEM

- Incentivar o diálogo e atividades em grupo
- Realizar atendimentos no empastamento
- Estimular a aceitação da dieta e medicamentos
- Manter o conforto e repouso
- Registrar queixas

DATA: *17.11.03* **Assinatura:** *[Assinatura]*

HORA: *2:40 min*

Obs: Paciente totalmente amedido, não quis de forma alguma realizar a entrevista.

Fonte: Arquivo do Hospital Areolino de Abreu, 2003.

Segundo Rosa (2005), processos de trabalho competentes ao enfermeiro promovem a continuidade da assistência ao paciente e a família, no CAPS ou em casa, bem como observar

a evolução dos casos desde início dos diagnósticos em sua continuidade; executar o tratamento medicamentoso estabelecido pelo médico; cooperar no tratamento psicopedagógico, no que diz respeito à formação de hábitos e participar ativamente na equipe técnica, inclusive mantendo o tratamento terapêutico e o relacionamento com a família.

A partir disso, pode-se inferir que, embora o instrumento não fosse totalmente preenchido, conforme a pesquisa demonstrou, o plano de ações de Enfermagem (Figura 11), através de incentivo ao diálogo, de atividades em grupo, uso de medicações, cuidado com a dieta, sono e repouso e possíveis queixas, está dentro do proposto ao trabalho, que compete aos enfermeiros na conduta psicossocial, segundo as diretrizes dos CAPS.

Os CAPS estão inseridos na Atenção Básica (AB), que são lócus de inclusão e atendimento em Saúde mental sem a necessidade de hospitalizações prolongadas. Os enfermeiros realizam consultas, visitas clínicas, como também cuidam da alimentação, medicação, vestimenta daqueles que se mantêm internados no momento de crise. A atenção desenvolvida pelo profissional enfermeiro ajuda na criação de relações interpessoais, que vão além do enfoque dos aspectos biológicos e abrangem questões multidimensionais. Profissionais de Enfermagem reconhecem a realidade que usuários em sofrimento psíquico estão inseridos e utilizam-se de diagnósticos e planos assistenciais, que influenciam na adoção de práticas favoráveis à saúde do paciente (Lopes; Garcia; Toledo, 2014).

Entretanto, ainda existem dificuldades nas mudanças de comportamento da equipe de Enfermagem. Durante muito tempo, esses profissionais estiveram trabalhando nos manicômios e lidando com problemas de superlotação, falta de insumos e de pessoal, dentre outros. Com o surgimento dos CAPS, esta perspectiva de cuidado foi reelaborada, passando a ser desenvolvida na comunidade, o que se beneficiou dos saberes adquiridos ao longo da história da prática profissional em Psiquiatria.

A experiência de trabalho no modelo manicomial, cuja característica principal é a violência, que leva à institucionalização das pessoas internadas, despertou, durante anos, um comportamento hostil, que fomentou a ideia de agressividade das pessoas com transtornos mentais. O estigma sobre os pacientes dificultou a inserção da RP no estado e ainda é uma problemática atual. Contudo, vem se transformando a partir de conceitos e saberes adquiridos em Saúde mental e com a criação dos primeiros CAPS na cidade, pois o serviço de Saúde mental pode ser ressignificado, mas necessitava de outros dispositivos para ampliar a abrangência e oferecer suporte ao fechamento de leitos. Isso serviria de impulso para criação de outros CAPS em Teresina.

No que se refere ao trabalho da Enfermagem, nos hospitais psiquiátricos, o PE não era uma exigência, sendo aplicado somente anos depois. Também, a quantidade de pacientes nesses locais sempre foi desproporcionalmente acima do número de profissionais de Enfermagem, que não tinha como oferecer, de modo eficaz, o cuidado aos pacientes. Com a criação dos CAPS, a assistência precisou ser desenvolvida no campo da Saúde mental, junto à equipe multiprofissional. Ainda que no Piauí dificuldades estruturais e assistenciais para criação dos CAPS tenham acontecido, os profissionais de Enfermagem, em especial os que estavam à frente da RP, buscaram se adequar ao novo modelo de cuidado.

Além disso, a Enfermagem é a profissionalização do cuidado, proveniente da aquisição de conhecimentos científicos e habilidades técnicas que se constituem em sua gênese existencial, permitindo compartilhar ações, ideias e experiências no cuidar. O cuidado de Enfermagem pressupõe um olhar integral, com vistas à promoção, prevenção e reabilitação, buscando valorizar as necessidades humanas básicas e alcançar o equilíbrio na esfera biopsicossocial (Dalmolin *et al.*, 2020).

O enfermeiro tem posição de relevância por desempenhar um papel proativo em suas atividades e destacar-se como o profissional mais preparado e disponível para apoiar e orientar o paciente e a família na vivência do processo de doença, tratamento e reabilitação (Nunes *et al.*, 2020). Ao observamos a Enfermagem à frente da gestão e da organização de práticas psicossociais, percebe-se a importância da profissão, não somente na transição de modelos assistenciais, mas político. Ainda que o modelo manicomial tivesse poder de influência sobre a sociedade teresinense, a Enfermagem, em conjunto a outros profissionais, buscou se reformular e se utilizar de saberes e estratégias na reformulação do cuidado e na melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais.

4.3.3 Reabilitação psicossocial e a Enfermagem: transformação do cuidado

A partir da luta antimanicomial e do movimento de RP, o paciente passa a ser visto como sujeito complexo e subjetivo, tendo que reaver seus direitos, incluindo o de escolha sobre seu tratamento. A reabilitação psicossocial se propõe a promover a emancipação desses sujeitos e os serviços tentam se adequar às especificidades da assistência em Saúde mental. Tais transformações refletiram diretamente no saber e no fazer dos profissionais de Saúde mental, principalmente no cuidado de Enfermagem Psiquiátrica, que precisou se reconfigurar frente às novas práticas e aos saberes exigidos na construção do cuidado proposto pelo modelo territorial de atenção psicossocial. O cuidado, antes realizado no hospital pela dupla médico/enfermeiro,

passa a ser proposto, nos dispositivos de Saúde mental, junto à equipe multiprofissional, em caráter interdisciplinar e interprofissional. Assim, a organização do processo de trabalho em rede tem como desafios a promoção da saúde mental, prevenindo, protegendo, recuperando e reabilitando pessoas em situações de sofrimento psíquico (Peres *et al.*, 2022; Prandoni; Padilha, 2004).

As ações psicossociais visam a permanência de pessoas em sofrimento psíquico, no meio social, de modo que elas possam ser autores de sua própria vida. O surgimento dos CAPS envolve um trabalho em Saúde mental complexo, com dificuldades para sua implantação, devido à profundidade do modelo de cuidado, pois envolve o usuário e suas famílias, a revisão de conceitos, o cuidado humanizado e o diálogo intersetorial em saúde. A Enfermagem está inserida nesse processo e necessita conversar com outros setores e gestores, reverter a exclusão dos pacientes do meio social, criar vínculos com familiares, durante os momentos de crise e após a alta, por meio das visitas domiciliares, na qual são realizadas orientações sobre medicação e comprometimento com o tratamento, além de acompanhar o usuário até o serviço de referência (Rosa, 2010).

Além disso, a equipe de enfermagem e demais profissionais da equipe multidisciplinar do CAPS, com base na atenção psicossocial, reorganizaram os serviços, com foco em dois pilares para sustentar os objetivos propostos pela RP: a criação conjunta de estratégias de enfrentamento aos problemas sociais e a maior autonomia possível para os sujeitos em suas famílias, considerando situações de vida diária, singularidade dos usuários, recursos e dispositivos disponíveis nos diferentes contextos. Esses pilares estão pautados no PTS, que visa a coparticipação entre o usuário, a família e os profissionais de saúde (Peres *et al.*, 2022).

O PTS é um dispositivo de cuidado, adotado para centralizar as necessidades de saúde do sujeito de acordo com seu contexto social. É utilizado como estratégia na reorganização do processo de trabalho de equipes de saúde, nos diferentes níveis de atenção, além de estabelecer interconexões dos serviços dentro da rede de atenção tendo em vista à integralidade da atenção à saúde (Rocha; Lucena, 2018). Além disso, se mostra como uma importante estratégia na atenção à Saúde Mental, sobretudo diante das conquistas e diretrizes defendidas nas políticas públicas da saúde, como a humanização, a integralidade e a equidade no contexto brasileiro, auxiliando a descoberta de novos caminhos para lidar com a “loucura” (Baptista *et al.*, 2020).

A Enfermagem, durante anos, foi mantenedora da ordem e necessitou de uma reinterpretação da sua prática profissional em Psiquiatria, instituída desde a criação do primeiro manicômio brasileiro e reafirmada durante mais de um século dentro de instituições similares. Ao fazermos um breve resgate histórico, a reinterpretação sobre a prática de Enfermagem, no

campo psiquiátrico, que desde a década de 1950 é bem definida como cuidado especializado de Enfermagem Psiquiátrica, foi qualificada para se tornar essencial também no campo da Saúde mental. Assim, o cuidado de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental evoluiu e seus profissionais se dispõem a fazê-lo com o usuário (Peres *et al.*, 2022).

Neste sentido, estudiosos produziram evidências científicas importantes para a construção de um arcabouço teórico-prático, visando a atenção psicossocial como cerne do cuidado de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental. Os cursos de graduação se aprimoraram, cursos de pós-graduação (*lato e stricto sensu*) se expandiram e a Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde mental, como especialidade, passou a ser melhor reconhecida, sem deixar de trazer à tona as lacunas na formação de recursos humanos qualificados e os desafios a serem ainda enfrentados, tanto na prática, quanto na construção de políticas públicas nesta área (Peres *et al.*, 2022).

A Enfermagem é fundamental para a atenção em Saúde mental, ao estabelecer seus cuidados cotidianos por meio de mecanismos que permitam aumentar o poder de contratualidade do usuário no território, com intermédio da relação terapêutica e da rede de apoio social. Dessa forma, a Enfermagem volta as suas ações para o aumento da autonomia e participação do indivíduo acolhido em um serviço de Saúde mental. Entretanto, desde a criação do CAPS é notado que a promoção da saúde e da cidadania para o sujeito atendido no serviço ainda se configura como um grande desafio. A depender da localização, cada território terá suas peculiaridades, que poderão apresentar barreiras a serem superadas para inserção da atenção psicossocial (Bossato; Loyola; Oliveira, 2018).

Embora, muitos avanços tenham sido implementados no cuidado de Enfermagem de Saúde mental, na perspectiva da reforma, existem problemáticas a serem superadas, sobretudo dentro dos hospitais psiquiátricos, que foram novamente reinseridos na RAPS, mas que mantêm a velha dinâmica tratativa médico-centrada, cargas horárias de trabalho intensas e que dificultam a articulação com outras categorias. É necessário que as equipes de saúde ampliem seus olhares para o diálogo multidisciplinar do cuidado e direcionem a conversa com outros coletivos, dentro e fora da área de Saúde mental (Peres *et al.*, 2022).

Neste sentido, em Teresina, o trabalho desenvolvido nos serviços e dispositivos destinados à Saúde mental não aconteceu de forma diferenciada. Embora houvesse dificuldades estruturais, financeiras e gestão efetiva, é perceptível que houve melhorias na qualidade de vida da pessoa em sofrimento psíquico, pois qualquer assistência que se distancie do manicômio é favorável à aquisição de qualidade de vida. As mudanças trazidas pela RP foram transformando a mentalidade teresinense, que tentou incluir esses indivíduos socialmente e os reconheceu

como pessoas que também têm direitos, singularidades e subjetividades. Contudo, existe a necessidade da importância do reconhecimento desses serviços e da Enfermagem e mais abrangência nos territórios da cidade.

A capacitação profissional é uma das principais formas de superação das problemáticas, em especial no Piauí, que ainda é deficiente. O desconhecimento em Psiquiatria e Saúde mental e de como realizar o cuidado psicossocial impede um atendimento de qualidade, que melhore as condições em saúde. Além disso, melhorias estruturais no serviço e a valorização financeira favorecem que a assistência seja realizada de forma completa e sem contratemplos.

Portanto, a trajetória da Enfermagem Psiquiátrica teresinense é marcada por transformações ainda pouco estudadas nesses 20 anos do marco legal da RP brasileira, completados no ano de 2021. Estudos demonstram que a reforma acontece com certa lentidão e os enfermeiros enfrentam dificuldades no desenvolvimento de suas atividades e condições de trabalho, muitas vezes pouco adequadas. Contudo, mesmo que existam empecilhos, a profissão busca se especializar e qualificar suas ações. É necessário que haja visibilidade da importância do trabalho do enfermeiro na Saúde mental como um reformador, que possibilita qualidade na assistência em saúde (Fernandes *et al.*, 2015a; Fernandes *et al.*, 2015b; Peres *et al.*, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação permite conhecer os contextos da RP em Teresina, uma vez que resgata documentos e dá voz aos atores que participaram da trajetória assistencial psiquiátrica e de Saúde mental na cidade, que teve início no modelo manicomial e hoje transita para o psicossocial, sendo possível observar avanços significativos nas práticas assistenciais. Tal transição de modelos não pode ser considerada terminada, pois a RP ainda enfrenta críticas e retrocessos no Brasil. Este estudo histórico-social revela nuances do desenvolvimento do cuidado em Psiquiatria e Saúde mental e desperta interesses possíveis na área estudada sobre como ocorreram e ainda ocorrem essas transformações.

Teresina, ao se tornar capital do Piauí, implementou uma SCM, o que representou o início da assistência em saúde na cidade, pois, até então, os cuidados médicos estavam restritos ao ambiente familiar, inclusive em Psiquiatria, quando havia. Com a SCM, os doentes mentais que viviam em condições precárias nas ruas, passam a ter um local de atendimento, embora voltado para uma assistência religiosa e caritativa. Além disso, os hospitais gerais das SCM funcionavam a partir de doações oriundas da população teresinense e, por isso, as verbas não eram suficientes para atender às demandas em saúde de uma capital, o que resultou em inúmeras denúncias sobre a condição dos enfermos que ali se encontravam, inclusive dos doentes mentais.

Nesse contexto, médicos, políticos, comerciantes e outras figuras de influência se colocaram em luta para inaugurar um hospital psiquiátrico na cidade. O Hospital Areolino de Abreu começou como o Asylo de Alienados, que funcionava com uma política higienista, de retirada dos doentes mentais do hospital geral da SCM, bem como do convívio social, algo comum ao modelo manicomial. Com a contratação do primeiro psiquiatra do hospital, o Asylo de Alienados passa a se chamar Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu que veio centralizar a assistência na área e adjacências até a criação do Sanatório Meduna, segunda instituição psiquiátrica criada na cidade, mas de caráter privado.

Parecido com a SCM, o Hospital Areolino de Abreu funcionava a partir de doações e isso fez com o local, durante anos, até sua inserção no SUS, tivesse problemas com a aquisição de insumos, o que dificultava a realização de uma assistência digna para os inúmeros pacientes que estavam internados. Tal fato, contribuiu para que outro manicômio fosse criado na cidade, com serviços inovadores à época em Psiquiatria, o já citado Sanatório Meduna, que também

adquiriu um extenso número de pacientes e sofreu duras críticas devido ao modo como tratava os internos. Esses dois locais foram os principais lócus de assistência em Psiquiatria na cidade.

Em sua grande maioria, as pessoas que eram mantidas internadas nesses dois manicômios passavam vários períodos de suas vidas sem uma assistência satisfatória, que atendesse às suas reais necessidades, o que era comum nas grandes instituições manicomial, que causaram e ainda causam horror a quem conhece a história desses lugares. Isso gerou reflexões acerca das condições de pessoas internadas nos manicômios brasileiros, que não resultavam na melhora do quadro clínico. Assim, críticas foram surgindo sobre a forma de assistência prestada e a partir das denúncias sobre a precariedade e a violência vivenciadas na Saúde mental brasileira, a sociedade passa a pensar sobre alternativas ao tratamento asilar, e com isso, na necessidade de uma RP.

O surgimento da luta antimanicomial no país, que avançou nas décadas de 1970-2000, e a implementação do SUS, pela lei nº 8080/1990, faz com que ocorra mudanças na mentalidade da população sobre os transtornos mentais nas grandes capitais brasileiras. No Piauí, hospitais-dia foram criados na década de 1970, no intuito de oferecer um cuidado mais humanizado, além disso, o pavilhão de álcool e outras drogas do Hospital Areolino de Abreu contava com ações que eram consideradas próximas do modelo psicossocial. Contudo, a assistência ainda era realizada dentro da internação hospitalar. Nas décadas de 1980 e 1990, os CAPS começam a surgir pelo Brasil, antes mesmo da lei nº 10.216/2001 que implementaria RP no país, resultado das denúncias direcionadas aos grandes hospitais psiquiátricos propostos pela luta antimanicomial e suscitando a sociedade a adotar outras formas de cuidado em Psiquiatria.

Contudo, o modelo manicomial tinha bastante influência na cidade de Teresina, o que de certa forma atrasou a RP na cidade, pois o processo de desinstitucionalização envolveu não somente os pacientes, mas também os profissionais de enfermagem que atuavam nesses locais sem um senso crítico de suas ações.

No que se refere aos cuidados de Enfermagem, a trajetória assistencial teve seu início de forma caritativa e religiosa e, com o passar do tempo, foi substituída por uma assistência baseada em evidências. Embora as irmãs de caridade, durante muito tempo, tenham desempenhado suas ações de forma pré-profissional, sua influência sobre a assistência de saúde teresinense permitiu a contratação de irmãs de caridade formadas no modelo da Enfermagem Moderna. A partir do trabalho das irmãs para melhorar as condições de trabalho da Enfermagem, foi criada a primeira escola de auxiliar de Enfermagem, como também a seção ABEn-PI.

Ainda que existissem dificuldades administrativas, financeiras e assistenciais, a Enfermagem Psiquiátrica teresinense continuou seu processo de consolidação. Muitas enfermeiras saíram do Piauí em busca de qualificação profissional, principalmente em cidades do eixo sul-sudeste. Isso possibilitou que estas profissionais repassassem seu conhecimento e, assim, criassem cursos técnicos e de graduação, a exemplo do curso de Enfermagem na UFPI, que surgiu na década de 1970 e contava com a disciplina de saúde mental, com embasamento teórico e prático. Isso permitiu que profissionais de Enfermagem assumissem a chefia da equipe do Hospital Areolino de Abreu, modificando a assistência e o cuidar em Psiquiatria. Assim, a Enfermagem permaneceu atuando entre o Hospital Areolino de Abreu e o Sanatório Meduna, dois manicômios que foram cenário de práticas atualmente ultrapassadas no país. As pesquisas em fontes históricas sobre essas instituições permitem conhecer algumas das características da Enfermagem Psiquiátrica para subsidiar tanto as críticas ao modelo manicomial quanto aos aspectos que colocavam a Enfermagem na posição de refém da instituição.

A Enfermagem possibilitou esse processo de mudanças de modelo assistencial, pois sempre esteve presente desempenhando ações na Psiquiatria e oferecendo condições para melhorias em saúde. Além disso, uma enfermeira e gestora foi responsável por auxiliar no processo de criação e consolidação da RP teresinense e, embora não tenha sido reconhecida como uma de suas idealizadoras, esteve presente, o que mostra a importância da enfermagem não somente nas transformações do cuidado, mas no processo de construção da Atenção Psicossocial no Piauí.

O primeiro CAPS do Piauí foi realmente um marco de transformação assistencial em Psiquiatria e Saúde mental. Os profissionais e gestores que eram a favor da RP tentaram direcionar a assistência para o referencial teórico holístico, entendendo as necessidades de saúde das pessoas em sofrimento psíquico. Mesmo que o CAPS tenha surgido com certo atraso em Teresina, ele foi considerado exitoso na perspectiva da saúde mental brasileira, pois permitiu que se instalasse uma RP no Piauí e em sua capital. Além disso, foi um passo dado na direção a RP teresinense a favor da desinstitucionalização, precedendo a inauguração de novos CAPS em outros municípios.

Por último, o processo de produção de uma pesquisa requer o reconhecimento de suas limitações, destacando-se aqui a ausência de políticas de preservação de acervo, em relação aos documentos do Hospital Areolino de Abreu e do CAPS I, que não estavam catalogados adequadamente, o que dificultou o acesso às fontes escritas, como também nos fez encontrar material danificado com sua leitura impossibilitada, resultado de mal acondicionamento. Também, duas colaboradoras deste estudo recusaram participar, uma por justificar que estava

afastada do serviço e por isso não tinha interesse na pesquisa e outra por não se sentir confortável em participar. Além disso, no momento da constituição da rede de colaboradores, o nome de uma colaboradora foi citado por 4 entrevistados, sendo considerada uma pessoa fundamental no processo de criação dos CAPS. Contudo, ela estava afastada do serviço por motivos de saúde.

Desse modo, o estudo aqui apresentado traz informações que podem ser complementadas e revisitadas por outros pesquisadores a fim de se registrar cada vez mais detalhes da história da Reforma Psiquiátrica e da Enfermagem no Piauí.

REFERÊNCIAS

FONTES PRIMÁRIAS ICONOGRÁFICAS

TEIXEIRA, C. M. **Demolidas e descaracterizadas: Sanatório Meduna**. Piauí, 10 fev. 2021. Disponível em: <https://teresinaantiga.com/sanatorio-meduna/>. Acesso em: 2 nov. 2021.

VOZES DA LOUCURA: A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO PIAUÍ. Direção: Leonardo Sales. Teresina: UFPI, 2008. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=FH2pkNPL4U&ab_channel=LeonardoSales. Acesso em: 24 de dez. 2021.

FONTES PRIMÁRIAS ESCRITAS

A problemática das drogas. **Jornal, O DIA**. Teresina, maio de 2003;

ARQUIVO PÚBLICO DO CAPS I. **Cartão de marcação de consultas**. Teresina, Piauí;

BRANCO, C.C. Areolino de Abreu ganha CAPS Infantil. **Jornal, O DIA**. Teresina, maio de 2005;

D. SEVERINO Vieira de Melo e a congregação das “filhas do coração imaculado de Maria”. **Jornal, a luta**. Disponível em: <http://memoriadojornalismopi.com.br/admin/search-params/>. Acesso em: 30 de ago. de 2023;

HOSPITAL AREOLINO DE ABREU. **Folha de evolução multiprofissional. Arquivo do Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu**. Teresina, Piauí. Caixa relativa aos prontuários do ano de 2003.

HOSPITAL evita ócio dos pacientes. **Jornal, O DIA**. Teresina, agosto de 1970. Disponível em: <http://memoriadojornalismopi.com.br/admin/search-params/>. Acesso em 30 de ago. de 2023;

PREFEITO inaugura Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas. **Jornal, O DIA**. Teresina, agosto de 2003;

QUANTITATIVO da Santa Casa de Misericórdia em Teresina. **Jornal, a luta**. Teresina, março de 1952. Disponível em: <http://memoriadojornalismopi.com.br/admin/search-params/>. Acesso em: 30 de ago. de 2023;

SUA inauguração 24 de abril. **Jornal, O DIA**. Teresina, fevereiro de 1954. Disponível em: <http://memoriadojornalismopi.com.br/admin/search-params/>. Acesso em: 30 de ago. de 2023;

TERESINA. **Lei nº 2987 de 17 de maio de 2001**. Dispõe sobre a política de saúde mental e Assistência Psiquiátrica, bem como trata dos serviços de saúde mental em Teresina. Disponível em: <11nq.com/h5IUl>. Acesso em: 30 de ago. de 2023;

FONTES SECUNDÁRIAS

AGNÈS, C.; TÉTART, P. (orgs.). **Questões para a história do presente**. Bauru – SP: EDUSC, 1999.

ALMEIDA, A.J.; MORAES, A.E.C.; PERES, M.A.A. Atuação do enfermeiro nos Centro de Atenção Psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Rev Rene**, v. 10, n.2, 158- 165, 2009. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4793>. Acesso em: 10 de mai 2023.

ALBERTI, V. **Manual de história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

ALVES, A.M.M. et al. A história da assistência de enfermagem no Hospital Areolino de Abreu no período de 1968-1978. In: I Jornada de Iniciação Científica e I Mostra de Pesquisa da Pos-Graduação, 2006. **Anais [...]** Teresina, 2006.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

AMARANTE, P. **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: 2008

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000602067&lng=en&nrm=iso. Acesso em 31 Mar. 2021.

AMARANTE, P.; NUNES, M. DE O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067–2074, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4JfLvDF/?lang=pt#>. Acesso em: 10 de mai 2023.

ÂNCORA. <https://pt-br.facebook.com/ancorasaudementalpiaui/about>, 2023. Acesso em: 07 de mar. 2023.

ANDRADE, A. P. M.; MALUF, S. W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde em Debate [online]**, v. 41, n. 112, p. 273-284, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711222>. Acesso em: 14 Jul. 2021.

APERIBENSE, P.G.S.S. **Uniformes e suas relações com a identidade profissional do enfermeiro formado pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (1969-1985)**. Tese de doutorado (Curso de Enfermagem), Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2016. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/844209.pdf>. Acesso em: 10 de mai. 2023.

BARROS, J. D. A. Fontes Históricas: revisitando alguns aspectos primordiais para a Pesquisa

Histórica. **Mouseion**, n.12, 2012, p.129/159, 2012b. Disponível em: <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Mouseion/article/view/332>. Acesso em 4 de nov. 2021.

BARROS, J.D. A. A fonte histórica e seu lugar de produção. **Cad. Pesq. Cdhis, Uberlândia**, v.25, n.2, p.407- 29, 2012a. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/cdhis/article/view/15209>. Acesso em: 09 Abr. 2021.

BARROS, J.D. A. **O campo da história: especialidades e abordagens**. Petropólis: Vozes, 2004.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **18/05 Dia da Luta Antimanicomial: movimento da luta antimanicomial**. Ministério da saúde: Brasília, 2021. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/18-5-dia-nacional-da-luta-antimanicomial-2/>. Acesso em 24 de dez. de 2021.

BOTTI, N. C. L. Uma viagem na história da enfermagem psiquiátrica no início do século XX. **Escola Anna Nery [online]**, v. 10, n. 4, p. 725-9, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000400015>. Acesso em: 14 Jul. 2021.

BRAGA, F. S. *et al.* Nurse's means of work in the articulation of the psychosocial care network. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**, v. 41, n. spe, p.1-8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190160>. Acesso em: 14 Jul. 2021.

BRAGA, L. A; JÚNIOR, R. C. S. O Processo de Consolidação do CAPS do Brasil e as Articulações com a Reforma Psiquiátrica. **Ayvu: Revista de Psicologia**, v. 06, n. esp., p. 3-16. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/ayvu/article/view/28406/29492>. Acesso em: 10 de mai de 2023

BRANCO, F. M. F.C et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implantação de leitos psiquiátricos em hospital geral. **J Health Sci Inst.**, v. 31, n.3, p. 286-91, 2013. Disponível em: https://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V31_n3_2013_p286a291.pdf>. Acesso em: 07 de mar. 2023.

BRASIL. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios : orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 08 de mar. 2023.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 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. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.html Acesso em: 31 Mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº775, de 06 de agosto de 1949**. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. Diário Oficial [da] República do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/1775.html. Acesso em: 11 de out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 de Nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº11/2019**. Apresenta esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em 09 de jun de 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. **O que é a Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília: DF 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf Acesso em: 09 de nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 251/GM/MS, de 31 de janeiro de 2002**. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/Psiquiatria. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/8973.html>. Acesso em 27 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 jan. 1992. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/>. Acesso em: 31 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. 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 Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html . Acesso em: 27 de setembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde – pnass edição 2004/2005**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/avalia/pnass.pdf>. Acesso em: 09 de nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **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. 2005. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf . Acesso em: 31 Mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em:

http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 09 de nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura: apostila de monitoria**. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memoria_loucura_apostila_monitoria.pdf. Acesso em: 29 de set. 2021.

BURKE, P. **A Nova História, seu passado e seu futuro**. In: BURKE, P. (Org.). *A escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: Editora UNESP. 1992

CARVALHO, D.E. Entre o controle e a sensibilidade: pesquisador na linha de frente. O XIV Encontro Nacional de História Oral. **Anais [...]** Campinas, 2018.

CARREGAL, F.A.S *et al.* Historicity of nursing graduate studies in Brazil: an analysis of the Sociology of the Professions. *Rev Bras Enferm*, v. 74, n.6, e20190827, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0827>. Acesso em: 10 de mai. 2023.

CEARÁ. **Lei nº 12.151, de 29.07.93 (D.O. DE 12.08.93)**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. Ceará, 1993.

CEZAR, M. A.; COELHO, M. P. As experiências de reforma psiquiátrica e a consolidação do movimento brasileiro: uma revisão de literatura. **Mental**, v. 11, n. 20, p. 134-151, 2017. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2021.

CHARTIER, R. **Ecrire l'histoire du temps présent**. Paris, CNRS Editions, 1993.

CMB. <https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/179-as-santas-casas-nasceram-junto-com-o-brasil#:~:text=No%20Brasil%2C%20em%201539%2C%20surgia,filantrópica%20da%20área%20da%20saúde> [1], 2018. Acesso em: 07 de mar. 2023.

CORDEIRO, G. F.T. *et al.* Atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde no período pré-reforma psiquiátrica. **Rev Min Enferm.**, v.23, n.esp. e-1228, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1051102>. Acesso em: 31 de Mar. 2020.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G.G. Retrocesso da reforma

psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**, v. 18, n. 3, e00285117. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>. Acesso em: 23 dez. 2021.

DANTAS, D. A. M. Jogando com a Imortalidade: Contribuições de Clidenor de Freitas Santos para uma psiquiatria piauiense. **Revista Eletrônica História Em Reflexão**, v. 16, n.32, p.215–239, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.30612/rehr.v16i32.16028>. Acesso em: 07 de mar. de 2023.

DELGADO L. A. N.; FERREIRA M. M. História do tempo presente e ensino de História, **Revista História Hoje**, v.2, n3, p.111-124, 2000. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/6842>. Acesso em: 12 de julho de 2021.

DELGADO, P. G. G. Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 16, n. 12, p. 4701-4706, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300019>. Acesso em 28 jul. 2021.

DUARTE, S. L.; GARCIA, M. L.T. Reforma psiquiátrica: trajetória de redução dos leitos psiquiátricos no Brasil. **Emancipação**, v.13, n.1, p. 39-54, 2013. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acesso em: 10 de mai de 2023.

ESPERIDIÃO, E. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2013Sep;66(Rev. Bras. Enferm., v. 66, n esp., 171–6, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700022>. Acesso em: 10 de mai de 2023.

FEITOSA, L. G. G. C.; SILVA, M. R. F. Assistência de Saúde mental no Piauí: Mecanismos estruturais para o cuidado entre a razão e a desrazão. **Serv. Soc. E Saúde**, v. 13, n.1, p. 77-92, 2014. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634920>. Acesso em: 31 Mar. 2021.

FERNANDES *et al.* Reforma psiquiátrica: percepção da família do portador de transtorno mental. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, v.5, n.3, p. 21-25, 2012. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v5n3/pesquisa/p3_v5n3.htm . Acesso em: 02 set. de 2021.

FERNANDES, M. A, *et al.* Nursing care to psychiatric patients in a general hospital emergency. **Rev Enferm UFPI**, v.5, n.2, p. 41-5, 2016. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5241>. Acesso em: 06 Abr. 2021.

FERNANDES, M. A.; SILVA, E. M.; IBIAPINA, A. R. S. Cuidado de enfermagem ao indivíduo com transtorno mental: estudo em um hospital geral. **R. Interd.**, v. 8, n. 4, p. 163-173, 2015a. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/797>. Acesso em: 06 Abr. 2021

FERNANDES, M.A, *et al.* Cuidados de enfermagem em saúde mental: relato de experiência em um serviço especializado. **Rev enferm UFPE on line**, v. 9, Supl. 9, p.1046-50, 2015b. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10804>.

Acesso em: 06 Abr. 2021.

FERREIRA, J.T. *et al.* Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Uma Instituição de Referência no Atendimento à Saúde Mental. **Rev. Saberes**, v. 4, n. 1, p. 72-86, 2016.

Disponível em:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjw u6njuHyAhUHppUCHVaeCyUQFnoECCoQAQ&url=https%3A%2F%2Ffacsapaulo.edu.br%2Fwp-content%2Fuploads%2Fsites%2F16%2F2018%2F05%2Fed5%2F7.pdf&usg=AOvVaw137bSwP-Z79qoI46WCnZS>. Acesso em: 02 set. de 2021.

FERREIRA, M. M. História do tempo presente: desafios. **Cultura Vozes**, v.94, n 4, p. 19-34 – 2013. Disponível em: <https://rhhj.anpuh.org/RHHJ/article/viewFile/90/70>. Acesso em: 17 de jul. 2021.

FIOCRUZ. Clínica Anchieta sofre intervenção da Prefeitura Municipal por conta de denúncias de violência e maus tratos. **Laps memória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <<http://laps.ensp.fiocruz.br/linha-do-tempo/63>>. Acesso em: 26 de setembro de 2021.

FOERSCHNER, A. M. "The History of Mental Illness: From Skull Drills to Happy Pills." **Inquiries Journal/Student Pulse**, v. 2, n.09, 2010. Disponível em: <http://www.inquiriesjournal.com/a?id=1673>. Acesso em: 07 mar. De 2023.

FONTE, E.M. M. da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. **Estudos de Sociologia**, [S.l.], v. 1, n. 18, 2013. ISSN 2317-5427. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>>. Acesso em: 08 mar. 2023.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 2002.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. Paris: Gallimard; 2003.

FREITAS, S. M. **História oral**: possibilidades e procedimentos. 2ª Ed. São Paulo: Associação Editorial Humanitas, 2006.

FUSAM. **Espaço Azul**: Centro de Atenção Psicossocial - CAPS: 10 anos. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-25452>. Acesso em: 29 de set. 2021.

GUERRA, A. M. C. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [online]**. 2004, v. 7, n. 2, pp. 83-96, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004002005>. Acesso em 28 jul. 2021.

GUIMARÃES, J.C.S. **Eletroconvulsoterapia no instituto municipal nise da silveira: desvelando o cuidado de enfermagem (1978-1990)**. Dissertação de Mestrado (Curso de enfermagem). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, 2018

HOBBSAWM, E. J. **Ecrire l'histoire du temps présent**. Paris: CNRS Editions, 1993.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?idp=1&id=84215143002&cid=12100>. Acesso em: 09 de nov. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **IBGE Teresina**.
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/teresina/pesquisa/23/25207?tipo=ranking>. 2021

JUNQUEIRA, A.M.G; CARNIEL, I.C. Olhares sobre a loucura: os grupos na experiência de Gorizia. **Revista da SPAGESP**, v.13, n.2, p. 12-22, 2012. Disponível em:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5468740>. Acesso em 07 de nov 2021.

KIRSCHBAUN, D.I.R. Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. v.5, n.spe, 19–30, 1997. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0104-11691997000500003>. Acesso em: 10 de mai de 2023.

KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. D.; MANTOVANI, M. F. Uma história do processo de enfermagem nas publicações da Revista Brasileira de Enfermagem no período 1960-1986. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** v. 10, n3, p.478-486, 2006. Disponível em:
 <<https://www.scielo.br/j/ean/a/dg9GMXJLbQS8YMvyfd94yFF/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 07 de mar. de 2023.

LANDIM, M. F. M; OLIVEIRA, M.F.S. Teresina em sua geografia e poesia. **Revista Equador (UFPI)**, V. 5, N. 3, p.421 – 436, 2016. Disponível em:
<https://revistas.ufpi.br/index.php/equador/article/view/4997/0>. Acesso em: 01 nov. 2021.

LE GOFF, J. **História e memória**. Campinas: SP Editora da UNICAMP, 1990b.

LE GOFF, J. **História Nova**. São Paulo: Martins Fontes, 1990a.

LIMA, M. C. P.; BOTEGA, N. J. Hospital-dia: para quem e para quê? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 195-199, 2001. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbp/a/BPt9TkH9FqJ6ZJzmZsS6HLb/?format=pdf&lang=pt> .Acesso em: 31 de mar. 2021.

LOPES, P. F.; GARCIA, R. F.; TOLEDO, A.P.V. P. Processo de Enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 5, 2014, p. 780-788, 2014. Disponível em:<
<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3241>>. Acesso em: 14 Jul 2021.

LOPES, G.T; BAPTISTA, S.S. A trajetória da residência de Enfermagem no Brasil1. **Esc. Anna Nery**, v.3, n.1:58-71, 1999 Disponível em:
https://revistaenfermagem.eean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=1976 Acesso em: 10 de mai 2023.

LOUZADA, D. R. et al. Residência multiprofissional em saúde mental: atuação de enfermeiros no processo de ensino-aprendizagem . **Nursing (São Paulo)**, v. 25, n. 290, p. 8195–8206, 2022. Disponível em: DOI: 10.36489/nursing.2022v25i290p8195-8206. Disponível em:

<https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2612>. Acesso em: 12 abr. 2023.

MACÊDO, J. **A História da assistência de enfermagem no Hospital Areolino de Abreu no período de 1968-1978**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem). Faculdade UNINOVAFAPI, 2006.

MACÊDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. **Memorandum**, v. 22, n. esp, p.138-164, 2012. Disponível em: <deseer.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/9768>. Acesso em: 31 Mar. 2021.

MACÊDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 28, n. 1, p. 37-45, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922016000100037&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 31 Mar. 2021.

MAFTUM, M. A. *et al.* Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 309–14, 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/3626>. Acesso em: 14 jul. 2021.

MANSANERA, A. R.; SILVA, L. C. A influência das idéias higienistas no desenvolvimento da psicologia no Brasil. **Psicologia em Estudo**, v. 5, n. 1, p. 115-137, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/VSY9ddmBqr4ZmNXgDJr6j9g/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 07 de nov. 2021.

MARREIROS, L. **MP recomenda que antigo Sanatório Meduna não seja demolido: ex-pacientes pedem destruição**. Piauí: G1 PI, 3 fev. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/pi/piaui/noticia/2021/02/03/mp-recomenda-que-antigo-sanatorio-meduna-nao-seja-demolido-ex-pacientes-pedem-destruicao.ghtml>. Acesso em: 2 nov. 2021.

MARTINS, G.M et al. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.37, n.3:e57046, 2016. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.57046>. Acesso em: 10 de mai. 2023.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 5.ed. São Paulo: Loyola, 2005.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA F. **História oral: como fazer, como pensar**. 2.ed. São Paulo: Contexto, 2015.

MELLO, I. M. **Enfermagem psiquiátrica e de saúde mental na prática**. São Paulo: Atheneu, 2008.

MELLO, I.M. **Avaliação da qualidade da assistência da divisão de enfermagem do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, sob o ponto de vista do prestador de serviço e do usuário [tese de doutorado]**. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

MEZZA, M.; TORRENTÉ, M. O. NUNES. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira como luta pelo**

reconhecimento e progresso moral. **Saúde em Debate [online]**. v. 44, n. 3, p. 235-249, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E320>. Acesso em 10 de mai. 2023.

MIRANDA, J. S. *et al* . Convulsoterapias na prática psiquiátrica brasileira. **Rev. Enf. Ref.**, v. 4, n. 21, p. 159-168, 2019. Disponível em http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832019000200016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 05 nov. 2021.

MONTANARI, P. M. As mudanças nas práticas de saúde mental em São Paulo: do alienismo à nova psiquiatria. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 44, p. 230-1, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?idp=1&id=84215143002&cid=12100>. Acesso em: 24 de dez. 2021.

MORAES, A. E. C. *et al*. Implantação da reforma psiquiátrica no município de volta redonda: implicações para a enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]** v. 19, n. 3, p. 526-35, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000300015>. Acesso em: 23 Dez. 2021.

MOURA, M. C.; BERNARDES, S. B.; ROCHA, M. L. F. A percepção dos enfermeiros de uma universidade pública do Piauí sobre saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Enfermagem em foco**, v. 1, n. 2, p. 66-68, 2011. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1028084> . Acesso em: 05 Abr. 2021.

NUNES, B.M.V.T. 40 anos do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). **Rev Enferm UFPI**, v.2, n.1, p.1-2, 2013. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1041>. Acesso em: 08 de nov. 2021.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. v. 26, n. 4, p. 1213-32, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>. Acesso em 7 de nov de 2021.

NUNES, V. V. *et al*. Primary care mental health: nurses' activities in the psychosocial care network. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**., v. 73, n. Suppl 1, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0104>. Acesso em: 14 Jul. 2021.

OLIVEIRA, C. F. A. O.; REGO, S. R. M.; NUNES, C. M. História da psiquiatria no Piauí: uma história em dois períodos. **Psychiatric Online Brasil**, v.17, n. 9, p. 1-6, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/download/6595/4171/21919>> Acesso em: 06 Abr. 2021.

OLIVEIRA, E. **A incrível história de Von Meduna e a filha do sol e do equador**. Teresina: oficina da palavra, 2010.

OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. Saúde mental: reconstruindo saberes em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2003, v. 56, n. 1, p. 67-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100014>. Acesso 14 Jul. 2021.

OLSCHOWSKY A.; SILVA, G.B. Pós-graduação lato sensu em enfermagem psiquiátrica e

saúde mental: história, contexto institucional e atores. **Rev Bras Enferm [Internet]**. V. 6, n.2, 151–4, 2003. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200008>

PACHÊCO, M.V.P.C. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 4, n. 2, p. 152-7, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/wdZ8NCsDnBst4Nq3jZjgBMb/?lang=pt>. Acesso em: 23 de dez. 2021.

PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.14, n.4, p. 575-84, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072005000400015&lng=en&nrm=1&tlng=pt. Acesso em: 10 Abr. 2021.

PEREIRA, S.L.B. *et al.* **A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS**. Teresina: EDUFPI, 2017.

PERES, M. A. A.; BARREIRA, I. A. Desenvolvimento da assistência médica e de enfermagem aos doentes mentais no Brasil: os discursos fundadores do hospício. **Texto contexto - enferm**, v. 18, n. 4, p. 635-642, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Abr. 2021.

PERES, M. A. et al. Twenty years of the brazilian psychiatric reform: meanings for psychiatric and mental health nursing. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 31, n. 31, e20220045, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0045sen>. Acesso em: 08 Abr. 2023.

PERRIN-NIQUET, A. Petite histoire de la clinique infirmière en psychiatrie [A short history of clinical nursing in psychiatry]. **Soins Psychiatr.**, v. 40, n. 325, p. 12-16, 2019. Disponível em: doi: 10.1016/j.spsy.2019.09.003. Acesso em: 07 de mar. 2023.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 16, n. 12, pp. 4579-4589, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300002>. Acesso em 28 jul. 2021.

PITTA, A. M. F., COUTINHO, D. M. R.; MOURA C. C. Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights - WHO. **Saúde em Debate [online]**. v. 39, n. 106, p. 760-771, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030016>. Acesso em 2 de setembro de 2021.

PITTA, A.M.F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

POMPÊO, C. P, M. V. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 6, n.2, p.152-157, 2003. Disponível em : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233018066011>. Acesso em: 07 de nov. 2021.

PRANDONI, R.F.S; PADILHA, M.I.C. A reforma psiquiátrica no Brasil: eu preciso destas palavras. **Texto contexto - enferm [Internet]**., v. 13, n.4, p. 633-40, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S014-07072004000400017>. Acesso 08 de mar. 2023.

QUINDERÉ, P. H. D. J., BESSA M. S. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. **Saúde e Sociedade [online]**. v. 19, n. 3, pp. 569-583, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300009>. Acesso em: 03 de jan. 2021.

RAMOS, D. K. R.; PAIVA, I. K. S.; GUIMARÃES, J. Pesquisa qualitativa no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira: vozes, lugares, saberes/fazeres. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2019, v. 24, n. 3, p. 839-852, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.00512017>. Acesso em: 14 Jul. 2021.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia: Ciência e Profissão [online]**., v. 24, n. 3, p. 92-99., 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300012>. Acessado em 2 de setembro de 2021.

RODRIGUES, A. A. P. *et al.* Influências da Reforma Psiquiátrica no cuidado de enfermagem na Casa de Saúde Esperança em Juiz de Fora, Minas Gerias, Brasil (1994-1998). **Texto & contexto Enfermagem**, v. 25, p. e1450014, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pYmtDCGtKp9B5r59jVYxTPS/?lang=pt>. Acesso em: 08 de nov. 2021.

ROSA, L. C. S. **Políticas e ações de saúde mental no Piauí: 2000 a 2010**. Piauí: Edufpi, 2011.

ROSA, L. C. S. **Panorama da assistência psiquiátrica no Piauí**. Teresina: Edufpi, 2004.

ROSA, L. C. S. **O nordeste na reforma psiquiátrica**. Teresina: Edufpi, 2006.

ROSA, L. C. S.; SILVA, S. L. C. O Cenário de (Des)Institucionalização em Saúde Mental do Piauí a Partir das EAPS. **Rev. FSA**, v. 18, n.1, p. 327-353, 2021. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/2191>. Acesso em 06 Abr. 2021.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trab. educ. saúde**, v. 19, e00313145, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462021000100502&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 Mar. 2021.

SANTANA, M. C. B. As teias da loucura: da construção do Asylo de Alienados a construção do Sanatório Meduna em Teresina. In: Simpósio Nacional de História – ANPUH, XXVI. 2011 São Paulo. **Anais [...]** São Paulo, 2011.

SANTOS, A.M.R. A atuação da irmã de caridade Abrahíde Alvarenga no Piauí: uma história a ser contada. **Texto contexto - enferm [Internet]**., v.14, n.4, p.551–6, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000400012>. Acesso em: 07 de mar. 2023.

SANTOS. **Primeiro Caps 24 Horas do Brasil, em Santos, completa 30 anos**. Santos, 27 de setembro de 2019. Disponível: <<https://www.santos.sp.gov.br/?q=noticia/primeiro-caps-24-horas-do-brasil-em-santos-completa-30-anos>>. Acesso em 26 de setembro de 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ (SESAPI). Portal da Saúde. **Rede de saúde mental**

em Teresina. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/paginas/rede-psicossocial>, 2021. Acesso em: 11 abr. de 2021.

SERAPIONI, M. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 26, n. 4, p. 1169-1187, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702019000401169&lng=en&nrm=iso. Acesso em 31 Mar. 2021.

SESAPI. **Hospital Areolino de Abreu**: há 43 anos cuidando da saúde e combatendo o preconceito, 2011. Disponível: <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2011-04-03/3493/hospitalareolino-de-abreu-ha-43-anos-cuidando-da-saude-e-combatendo-opreconceito.html>. Acesso: 07 de nov. 2021.

SILVA, A.S.T. Ser cuidador em serviço residencial terapêutico: fragilidades e potencialidades na prática assistencial. **J. nurs. health**, v.9, n.1, p. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/14692>. Acesso em 12 de julho de 2021.

SILVA, B.T. Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil as internship field of Escola Anna Nery (1954-1962). **Esc anna nery [internet]**. 2017;21(3):e20160379. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0379>

SILVA, D. P. O lugar do tempo presente na aula de história: limites e possibilidades. **Revista Tempo e Argumento**, v. 9, n. 20, p. 99 - 129. 2017. Disponível em: <https://www.revistas.udesc.br/index.php/tempo/article/view/2175180309202017099>.

SILVA, F. DE S.; SIMPSON, C. A.; DANTAS, R. DE C. Reforma psiquiátrica em Natal-RN: evolução histórica e os desafios da assistência de enfermagem. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas** (Edição Em Português), v. 10, n.2, p. 101-109, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v10i2p101-109>. Acesso em 05 de nov. 2021

SILVA, F.A.A; NUNES, B.M.V.T. Lutas simbólicas para implantação da primeira turma de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí em Teresina - 2002 a 2012. **REME – Rev Min Enferm**, v.23, n.esp., p.1248, 2019. Disponível em: <DOI: 10.5935/1415-2762.20190096>. Acesso em: 07 de nov. 2021.

SILVA, J. S. *et al.* O cuidar de enfermagem em saúde mental na perspectiva da reforma Psiquiátrica. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1, p. 170-5, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2743>. Acesso em: 11 Abr. 2021.

SILVA, M. N. R. M. O.; ABBAD, G. S.; MONTEZANO, L. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas. **Pesqui. prá. psicossociais**, v. 13, n. 2, p. 1-17, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2022.

SILVA, T.G. *et al.* Nursing process implantation in mental health: a convergente-care research. **Rev. Bras. Enferm.**, v73, suppl. 1., 2020. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0579>. Acesso em: 07 de mar. 2023.

SIQUEIRA, V. Saúde Mental: apanhado das ações do Governo Bolsonaro. **Colunas tortas**, 2021. Disponível em: <https://colunastortas.com.br/saude-mental-apanhado-das-acoes-do-governo-bolsonaro/>. Acesso em: 23 de dez. de 2021.

SOUSA V. S. A incrível história de Von Meduna e a filha do sol do equador. **Vozes, Pretérito & Devir**, v. 1, n.2, p. 325- 29, 2013. Disponível: <http://revistavozes.uespi.br/ojs/index.php/revistavozes/article/view/26>. Acesso em: 05 Abr. 2021.

SOUSA, K. C; MOURA, F. S. Reforma psiquiátrica e o movimento de saúde mental no Piauí. VII Jornada Internacional de políticas públicas. **Anais [...]** São Luís, 2015.

SOUSA, P. F. *et al.* Paradigma biomédico x psicossocial: onde são ancora das as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? **Temas psicol.**, v. 26, n. 2, p. 883-895, 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413. Acesso em 28 jul. 2021.

SOUZA, M. C.; AFONSO, M. L. M. Saberes e práticas de enfermeiros na saúde mental: desafios diante da Reforma Psiquiátrica. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, v. 8, n. 2, p. 332-347, dez. 2015. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14 jul. 2021.

TAYLOR, C. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13.ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992

TEIXEIRA, C. M. **Demolidas e descaracterizadas: Sanatório Meduna**. Piauí, 10 fev. 2021. Disponível em: <https://teresinaantiga.com/sanatorio-meduna/>. Acesso em: 2 nov. 2021.

TERESINA. Parque Municipal do Encontro dos Rios, 2018. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Parque_Municipal_do_Encontro_dos_Rios. Acesso em: 11 de jan. de 2023.

TORRE, E.H. G.; AMARANTE, P. Michel foucault e a “história da loucura”: 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 3, n. 6, p. 41-64, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68499>. Acesso em: 21 de dez. 2021.

UFPI. https://sigaa.ufpi.br/sigaa/public/programa/apresentacao.jsf?lc=pt_BR&id=345, 2023. Acesso em: 08 de mar. 2023.

VARGAS, D. et al. Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental no Brasil: análise Curricular da graduação. **Texto contexto - enferm [internet]**. v. 27, n. 2 : e2610016, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002610016>. Acesso em: 08 de Abr. 2023.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais: vol. II –Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec, 2008.

VILAR, B. M.; BORGES, L. D. V. N. M.; RIBEIRO, A.M. Escola Maria Antoinette Blanchot e a institucionalização do ensino auxiliar de enfermagem no Piauí. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. v. 61, n. 5, p. 647-652, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000500019>. Acessado em: 04 de nov. 2021.

WEBER T. C. A.; JURUENA, M. F. Paradigmas de atenção e estigma da doença mental na reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 3, p. 640-65, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36254714002.pdf> . Acesso em: 12 de jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health action plan 2013-2020**. World Health Organization, 2013.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Discente: Priscilla Ingrid Gomes Miranda

Curso: Programa de Pós-Graduação da EEAN (Mestrado)

Orientador: Maria Angélica de Almeida Peres

Título da Tese: Desenhando a configuração da assistência nos Centros de Atenção Psicossocial em Teresina (2004-2005)

Período: 24 meses

ATIVIDADES	2021	2022	2023
	2º semestre	1º/2º semestre	1º semestre
Realizar a revisão de literatura da dissertação.	X	X	X
Coletar dados da pesquisa.	X	X	
Analisar dos dados da pesquisa.		X	
Apresentar relatório de qualificação.		X	
Participar de reuniões de grupo de estudo de pesquisa.	X	X	X
Desenvolver atividades de pesquisa, voltadas para o desenvolvimento da dissertação.	X	X	X
Colaborar e incentivar outros alunos no desenvolvimento de pesquisas científicas.	X	X	X
Desenvolver pesquisas aprovadas pela Comissão de Pesquisa da Unidade.	X	X	X
Auxiliar docentes com as atividades de ensino, pesquisa e extensão.	X	X	X
Participar de reuniões com o Orientador acerca das atividades a serem desenvolvidas com apoio da FAPERJ.	X	X	X
Elaborar artigos individuais e/ou coletivos em revista nacional e internacional citando, obrigatoriamente, o apoio da FAPERJ.	X	X	X

Elaborar materiais de estudo, palestras e encontros acadêmicos online ou presenciais, como números temáticos em revistas, entre outros relacionado a enfermagem e a linha de pesquisa, citando, obrigatoriamente, o apoio da FAPERJ.	x	x	x
Participar de eventos, congressos, jornadas científicas, vinculados a temáticas de História da Enfermagem, citando, obrigatoriamente, o apoio da FAPERJ.	x	x	x
Desenvolver atividades de ensino e pesquisa no Programa, com produção regular e qualificada.	x	x	x
Contribuir para a qualificação do ensino e da formação de profissionais de graduação da UFRJ, participando de atividades conjuntas de pesquisa, ensino e extensão entre os cursos de Graduação e a Pós-Graduação.	x	x	x
Apresentar os resultados, em data e local a serem marcados em comum acordo com a diretoria da FAPERJ	x	x	x
Apresentar relatórios parciais de desenvolvimento de seus trabalhos, sempre que solicitado, pela FAPERJ.	x	x	x
Apresentar, com anuência do Orientador, o relatório técnico científico final correspondente às atividades desenvolvidas, em conformidade com o Termo de Outorga.		x	x
Apresentar defesa final da dissertação de mestrado.			x

ORÇAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA

Nome do Projeto: Desenhando a configuração da assistência em Centros de Atenção Psicossocial em Teresina (2004-2005)

Pesquisador (a) responsável: Priscilla Ingrid Gomes Miranda

Orientadora: Maria Angélica de Almeida Peres

Instituição/Unidade/Departamento: EEAN/UFRJ/HPAA

Fonte (Instituição): Universidade Federal do Rio de Janeiro

	Descrição	Valor \$
Material Permanente	Computador	2.700,00
	Celular – App gravador	3.500,00
	App Scanner Livros e pagamento de artigos fechados	1.000,00
Material de consumo	Mídia de gravação (hd externo)	150,00
Serviços de Terceiros	Transcrição de entrevistas	4.000,00
	Tradução de textos	1.500,00
Despesas com a coleta de pesquisa	Passagens aéreas	600(2x)
	Material para anotações	100,00
	Impressões	100,00
Outros	Participação em eventos Deslocamento para o Rio de Janeiro (Aluguel, água, luz, alimentação e dentre outros)	5.000,00
Despesas com Publicação	Submissão	400,00 (2x)
	Assinatura de periódicos	400,00 (2x)
	Tradução com indicação	900,00 (2x)
Cursos	Curso de avaliador Científico	200,00

APÊNDICES**APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA DOCUMENTAÇÃO ESCRITA**

Nº DO DOCUMENTO/INFORMAÇÕES	1	2	3	4	5
TIPO DE DOCUMENTO					
ANO					
AUTOR					
ASSUNTO					
OBSERVAÇÕES					

FONTE: Guimarães, 2018.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DAS FONTES TEXTUAIS

1. Identificação

No da catalogação:

Título:

Tipo de documento:

Autoria:

2. Análise da época

Data:

Local de origem:

Contexto social evidenciado:

3. Conteúdo

Conteúdo identificado:

4. Presença de intertextualidade

Textos referenciados:

5. Identificação do objeto do estudo

Síntese dos elementos referentes ao objeto do estudo:

FONTE: Barros (2012).

APÊNDICE C – CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO EM ENTREVISTA



UFRJ
 UNIVERSIDADE FEDERAL
 DO RIO DE JANEIRO


HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ARARUAMA


LAPHISM
 LABORATÓRIO DE ANÁLISE PSICOLÓGICA E PSICOPEDAGÓGICA

CONVITE

Desenhando a configuração da assistência nos Centros de
 Atenção
 Psicossocial em Teresina (2004-2005)

Eu, Priscilla Miranda, mestranda da Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob orientação da Prof. Dra. Maria Angélica de Almeida Peres, estou desenvolvendo uma pesquisa com o registro no CEP: 57858622.0.0000.5238 e tem como objetivo geral: **Descrever como se organizou a assistência dos primeiros CAPS de Teresina criados como complementares ao hospital psiquiátrico.** Para tanto, venho por meio deste convite, expressar meu interesse em entrevistá-lo(a). Caso aceite, a entrevista poderá ser marcada em horário e local que melhor atenda ou em ambiente virtual. Será enviado **Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)** para ser assinado. Desde de já agradeço a atenção. No aguardo de uma resposta favorável. Deixo meu contato para possíveis dúvidas:

email:priscillamiranda1@ufrj/ telefone: (86) 994143730



**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO PARA
SUBSIDIAR A TÉCNICA DE HISTÓRIA ORAL TEMÁTICA**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**TÍTULO DA PESQUISA: DESENHANDO A CONFIGURAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA EM CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM TERESINA
(2003-2005)**

Identificação do colaborador:

1. Sexo: Feminino () Masculino()
2. Idade (em anos);
3. Formação Profissional;
4. Tempo de formado(a);
5. Realizou algum curso depois de formado(a)? Se sim, quando e que tipo.

ROTEIRO:

- Conte como foi sua trajetória na psiquiatria até chegar para trabalhar no CAPS.
- Descreva a sua participação na implantação dos CAPSad e CAPSi no HPAA.
- Descreva a organização da assistência no CAPS e quais atividades você realizava no ano da implantação do serviço.
- Conte quais questões (positivas e negativas) foram mais significativas para o funcionamento do CAPS no seu primeiro ano.
- Como você descreve o processo de implantação do CAPS em relação a oferta de atenção psicossocial no início do seu funcionamento.

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa histórica intitulada: **desenhando a configuração da assistência em Centros de Atenção Psicossocial em Teresina (2004-2005)**, que tem como objetivos: Descrever como se organizaram os primeiros CAPS de Teresina criados como complementares ao hospital psiquiátrico; Analisar as práticas assistenciais implementadas nos dois primeiros CAPS de Teresina; Discutir a assistência de enfermagem em relação ao modelo psicossocial na implantação dos dois primeiros CAPS de Teresina.

Trata-se de uma pesquisa histórico-social e a coleta de dados terá duração de 7 meses, com o término previsto para novembro de 2022.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder perguntas realizadas sob a forma de entrevista, a qual será gravada para posterior transcrição (transformação em texto escrito), que lhe será entregue para leitura e validação. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Os riscos potenciais desta pesquisa são mínimos e estão atrelados ao risco de **constrangimento e emoção durante a realização da entrevista**. O(A) responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela sua integridade e pelo seu bem-estar, respeitando aspectos culturais, religiosos e sociais. Caso sinta qualquer desconforto durante a entrevista, **a coleta de dados será interrompida temporariamente ou definitivamente, de acordo com a sua vontade**.

Os benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa não serão imediatos para participante, mas que serão revertidos em informações sobre um período histórico para enfermagem brasileira. Esses dados contribuirão para subsidiar discussões acerca da temática que poderão trazer respostas para possíveis problemas que existam na rede de atenção à saúde mental de Teresina, como também, melhorias para o serviço de enfermagem à saúde mental. Ademais, o levantamento de fontes históricas sobre o objeto de estudo será beneficiado, isso permitirá ampliar o acervo histórico sobre a história da psiquiatria/saúde mental como um todo, no CDOC/EEAN.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. No entanto, por ser uma pesquisa sócio-histórica, você é identificável, em virtude do método histórico narrar um

fato verídico, ocorrido em determinado tempo e espaço.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5(cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução n° 466/2012.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.



Priscilla Ingrid Gomes Miranda
Pesquisador responsável
E-mail: priscillamirandaufpi.edu.br Cel: (86)99414-3730

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-2293-8048- Ramal 200
E-mail: cepeeahesfa@gmail.com

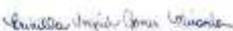
Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e que se trata de uma pesquisa histórica, na qual os colaboradores tornam-se identificáveis, e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Autorizo ser identificado(a) nesta pesquisa histórica ()

NÃO Autorizo ser identificada nesta pesquisa histórica ()

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do(a) Participante: _____



Assinatura do(a) Pesquisador

Rubrica do participante:

--

APÊNDICE F - TERMO DE CESSÃO DE DIRETOS AUTORAIS E DE IMAGEM PARA PUBLICAÇÃO

CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS E AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

Eu, [nome completo], [nacionalidade], [estado civil], [cargo/profissão], inscrito(a) no CPF/MF sob nº [número] , portador da cédula de identidade nº [número], expedida por [órgão expedidor e UF], pelo presente termo, autorizo a Priscilla Ingrid Gomes Miranda, a publicar em periódicos e meios eletrônicos para fins educacionais, imagens e meu depoimento dado em função da pesquisa intitulada “**Desenhando a configuração da assistência nos Centros de Atenção Psicossocial em Teresina (2003-2005)**”, em conformidade com a legislação vigente, cedendo-lhe, a título gratuito e em caráter definitivo, os direitos de divulgação exclusivamente para fins educacionais. Por ser verdade, firmo o presente e dou fé.

[Local e data]

[nome completo e assinatura]

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE TRANSCRIÇÃO DE ENTREVISTA

Título da pesquisa “Desenhando a configuração da assistência em centros de atenção psicossocial em teresina (2003-2005)”, após realizar a leitura da transcrição da entrevista dada a pesquisadora Priscilla Ingrid Gomes Miranda, valido o conteúdo por mim informado, desde que obedecidas às sugestões de acréscimos e/ou modificações de itens:

· Organização – acréscimo () sim () não

Sugestão:

· Objetividade – acréscimo () sim () não

Sugestão:

· Clareza – acréscimo () sim () não

Sugestão:

· Facilidade da leitura – acréscimo () sim () não

Sugestão:

· Compreensão do conteúdo – acréscimo () sim () não

Sugestão:

· Fidedignidade do conteúdo – acréscimo () sim () não

Sugestão:

Data ___/_____/_____

Nome e assinatura do responsável pela validação das informações



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



149

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenhando a configuração da assistência nos Centros de Atenção Psicossocial em Teresina (2004-2005)

Pesquisador: PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57858622.0.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.370.394

Apresentação do Projeto:

O estudo tem como objeto de estudo a configuração das práticas assistenciais nos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Teresina nos anos de 2004 e 2005, referentes, respectivamente, a inauguração de um CAPS adulto e de um CAPS infantojuvenil nas instalações do único Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, primeira instituição psiquiátrica do estado, localizada na zona norte de Teresina, no bairro Primavera.

Serão buscadas fontes diretas e indiretas escritas em acervos, arquivos, jornais e bibliotecas para integrar o corpus documental da pesquisa, junto com documentos orais produzidos pela História Oral Temática. As fontes diretas serão coletadas presencialmente através de entrevistas no Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, na Fundação Municipal de Saúde de Teresina, nos referidos CAPS cenários desta pesquisa e nas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde

A análise será a partir do método histórico, no qual é necessário proceder à constituição do corpus documental, que se caracteriza como um conjunto de fontes que serão submetidas à análise do historiador para fornecer evidências científicas, informações e materiais para sua interpretação. O

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeahesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 5.370.394

pesquisador deverá seguir regras e critérios, tais como: pertinência das fontes, demonstrada quando há adequação aos objetivos; suficiência das fontes, demonstrada quando cobre todos os lados do problema; exaustividade das fontes, demonstrada pela apresentação do material que não atendeu aos objetivos da pesquisa; representatividade das fontes, demonstrada quando o universo recortado do conjunto mais amplo representa adequadamente o universo global; homogeneidade no material trabalhado; e organização do corpus por setores, já que as fontes podem ser heterogêneas e devem ter sua forma de tratamento.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever como se organizou a assistência dos primeiros CAPS de Teresina criados como complementares ao hospital psiquiátrico;

Analisar as práticas assistenciais implementadas nos dois primeiros CAPS de Teresina;

Discutir a assistência de enfermagem em relação ao modelo psicossocial na implantação dos dois primeiros CAPS de Teresina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Há risco de danificação dos documentos escritos consultados presencialmente, pelo seu manuseio inadequado e de vazamento de informações neles contidas. Sobre isso, será tomado o cuidado necessário para consultar os documentos e os dados deles retirados serão armazenados em drive pessoal da pesquisadora, protegido por senha e sem acesso à rede de internet, para evitar qualquer chance de outras pessoas acessarem os mesmos, além da pesquisadora. Quanto aos riscos potenciais desta pesquisa para os colaboradores, eles são de ordem emocional por solicitar que recordarem situações passadas, servindo como gatilho a momentos que possam ser consideradas desconfortáveis. Para minimizá-los é necessário que ocorra uma escuta atenta, e sensível da pesquisadora, que leve em consideração os sentimentos e as dimensões culturais, sociais e biológicas dos colaboradores. Também, a pesquisadora responsável por esta pesquisa deverá se comprometer por zelar pela integridade e o bem-estar dos colaboradores, avaliando qualquer necessidade de interromper a entrevista temporária ou definitivamente. Cabe mencionar que, devido a pandemia da Covid-19, a pesquisadora buscará realizar a entrevista em local arejado, levará álcool 70% para higienização das mãos e máscara cirúrgica descartável para ofertar aos colaboradores no momento da entrevista e manterá a distância de 1-2 metros do colaborador,

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 5.370.394

conforme o protocolo de orientações para retorno às atividades presenciais após o distanciamento social.

Benefícios:

Os benefícios gerais da pesquisa relacionam-se com a contribuição para a comunidade pela produção de dados históricos sobre o objeto de estudo, que levam ao registro da memória da saúde no Piauí e no Brasil. Contar parte da história da reforma psiquiátrica nesse estado nordestino é importante para o desenvolvimento científico na área da enfermagem brasileira e sua história. Tais benefícios não serão imediatos para os colaboradores, mas poderão subsidiar ações relacionadas à saúde mental, uma vez que, com este estudo, busca-se reconhecer informações sobre os primeiros CAPS de Teresina e como isso pode ser melhorado por meio de políticas públicas e da prática dos profissionais da equipe de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide pendência ou conclusões.

Recomendações:

Vide pendência ou conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: adequada.

Projeto de Pesquisa: adequado.

Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado.

Cronograma: adequado.

Carta(s) de anuência (concordância, assinatura e carimbo): adequado.

Instrumento de coleta de dados: adequado.

Termo de confidencialidade: adequado.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 5.370.394

Termo de Assentimento Informado: não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo de pesquisa foi aprovado pelo CEP EEAN/HESFA. Observar aprovação nas instituições coparticipantes, se houver. Qualquer alteração no projeto deve ser comunicada aos CEP envolvidos, da mesma forma ocorrência de danos aos participantes oriundos da pesquisa. É obrigatória a apresentação de relatório parcial e final ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1879363.pdf	13/04/2022 21:31:09		Aceito
Outros	MAcurriculo.pdf	13/04/2022 21:28:37	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAA1.pdf	13/04/2022 19:28:11	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Outros	Priscillacurriculo.pdf	13/04/2022 17:48:49	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Outros	DeclaracaodeBeneficiosCAPES.pdf	13/04/2022 17:47:33	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Outros	Roteiroentrevista.pdf	13/04/2022 17:41:25	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Outros	Instrumentodecoletadefontes.pdf	13/04/2022 17:40:53	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Outros	TermodeConfidencialidade.pdf	13/04/2022 17:40:02	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Outros	Termosetor.pdf	13/04/2022 17:39:12	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Outros	CartadeencaminhamentoaoCEP1.pdf	13/04/2022 17:38:31	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Outros	CheckListparapesquisadores.pdf	13/04/2022 17:38:02	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMEstradoUFRJ.pdf	13/04/2022 17:37:39	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.pdf	13/04/2022 17:35:15	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Orçamento	Orcamentopesquisa.pdf	13/04/2022 17:33:58	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 5.370.394

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/04/2022 17:24:46	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito
Folha de Rosto	FRPriscilla.pdf	13/04/2022 16:42:19	PRISCILLA INGRID GOMES MIRANDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Abril de 2022

Assinado por: ANDREZA PEREIRA RODRIGUES
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 5.370.394

