

Resumo

O manicômio, apesar de criticado, reformado ou mesmo negado, ainda é uma prática preponderante no cuidado às pessoas com transtornos mentais. Tal prática tem como princípio básico o isolamento do doente mental, contrariando todas as possibilidades de assistência centrada num humanismo ético. Este ensaio procura interpretar a institucionalização do asilo, da psiquiatria, da doença mental e o processo da reforma psiquiátrica, buscando contribuir para as reflexões acerca da desinstitucionalização e dos saberes e práticas de enfermagem em saúde mental.

Descritores: reforma dos serviços de saúde; enfermagem; saúde mental; psiquiatria comunitária

Abstract

The insane asylum, in spite of being criticized, reformed or even denied, is still a predominant habit in taking care of people with mental disturbances. That habit has as its basic principle the isolation of the mental sick, contradicting all the possibilities of assistance centered in an ethical humanism. This essay tries to interpret the institutionalization of the asylum, psychiatry, mental sickness and also the process of psychiatry reform, searching to contribute to all the reflections about uninstitutionalization, nursing knowledge and practice in mental health.

Descriptors: reform of health services; community psychiatry; nursing; mental health
Title: Mental health : rebuilding the knowledge in nursing

Resumen

El manicomio a pesar de criticado, reformado o incluso negado, todavía sigue siendo una práctica preponderante en el cuidado a las personas con trastornos mentales. Tal práctica lleva como principio básico el aislamiento del enfermo mental, contradiciendo todas las posibilidades de asistencia centrada en un humanismo ético. Este ensayo procura interpretar la institucionalización del asilo, de la psiquiatria, de enfermedad mental, y el proceso de reforma psiquiátrica, intentando contribuir con las reflexiones acerca de la desinstitucionalización y de los saberes prácticos de enfermería en salud mental.

Descriptores: reforma en atención de la salud; enfermería; salud mental; psiquiatria comunitaria

Título: Salud mental: reconstruyendo saberes en enfermería

1 Introdução

Entrar no campo da psiquiatria e tentar compreendê-lo, em uma perspectiva histórica, é de um lado, penetrar em uma área polêmica, onde há questões não resolvidas, onde o debate tem sido perene e não conclusivo e, por certo, demanda estudos mais profundos para sua melhor compreensão. De outro lado, é reconhecer, como um dos princípios fundamentais, que as práticas psiquiátricas, a doença mental e o saber que a reconhece são contraditórios e estão relacionados ao contexto político, econômico e social de cada sociedade, e que ninguém tem a verdade do conhecimento sobre a loucura, uma vez que sua determinação está ligada a múltiplos fenômenos.

Essas idéias são reforçadas por Foucault ⁽¹⁾, que ao escrever a História da loucura, mostrou que ela deve ser entendida como evento político, econômico, social e cultural. Para o autor, o surgimento da instituição psiquiátrica, da doença mental e da psiquiatria são acontecimentos recentes na história da humanidade, datados no início do século XIX. A constituição da psiquiatria como "ciência" médica foi produto da ruptura entre loucura e razão.

Este trabalho procura, a partir de uma perspectiva histórica, contribuir para o debate acerca da reforma psiquiátrica brasileira, da desinstitucionalização e dos saberes e práticas de enfermagem em saúde mental.

2 A constituição do saber psiquiátrico e da doença mental

A história da psiquiatria é uma condição fundamental para se pensar os saberes e as práticas no campo da saúde mental.

No Renascimento, a loucura foi simbolicamente representada como enunciadora de verdade. Nesse período, o

louco vivia solto, fazia parte das paisagens da cidade. A loucura era, para cada um, uma experiência que se procurava mais exaltar do que dominar. Havia uma certa hospitalidade a essa forma de experiência ^(1,2).

Mas a partir da Idade Clássica (século VII), traçou-se uma linha divisória que tornou impossível aquela experiência tão familiar à Renascença, de uma razão irrazoável, de um razoável desatino. A loucura foi inscrita no universo da desrazão, estabelecendo articulações com o universo da marginalidade social e preparando historicamente as práticas e os saberes psiquiátricos do século XIX ⁽¹⁾.

A loucura ao ser inscrita no universo simbólico da desrazão implicou na distinção entre loucura e razão. Essa distinção entre loucura e razão vão-se sobrepor, no século XVII e seguintes, outras distinções, tais como: conhecimento e virtude, saber científico e saber do senso comum, ciência e arte, ciência e filosofia, sujeito e objeto. Inaugurou-se assim, o processo de secularização da consciência, caucionando o lugar do sujeito não apenas como interioridade, como também constituinte do mundo e de seus objetos ⁽³⁾.

O louco, na Idade Clássica, por ter sido agrupado juntamente com vagabundos, libertinos e criminosos estabeleceu um parentesco com as culpas morais e sociais, que parece longe de ser rompido, contribuindo para o processo de sua estigmatização. Portanto, o século XVII marca um tempo de silêncio da loucura, do qual não conseguiu sair por um longo período.

Assim, o louco passou a ter o estigma de periculosidade social, herdeiro natural do internamento, devido a sua incapacidade para o trabalho e a impossibilidade para o tratamento em domicílio, o que veio significar no início do século XIX, um novo *status* da loucura, com o surgimento do asilo e a transformação da loucura em doença mental. Com a "tecnologia

* Enfermeira. Professora Doutora e Assessora de Pós Graduação e Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

** Historiadora. Professora Doutora do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e Pró-Reitora de Extensão da UFCG.
E-mail do autor: oliveirafb@uol.com.br

pineliana”, o isolamento passou a ser absolutamente necessário, o momento primeiro e fundamental no tratamento do alienado. Essa trajetória prática e discursiva tem na instituição da doença mental o objeto fundador da prática e do saber psiquiátrico. A loucura codificada em doença mental diz respeito à verdade científica, à verdade do olhar psiquiátrico. Para Foucault, a linguagem da psiquiatria tornou-se, no século XIX, “monólogo da razão sobre a loucura”⁽¹⁾.

A consequência prático-teórica da tradição pineliana foi de dirigir a atenção para os sinais e sintomas da loucura; a racionalidade assim conquistada consistia em agrupar, segundo sua ordem natural, as manifestações da doença, ou seja, este tipo de racionalidade se esgota em constituir nosografias. O isolamento do louco passou a ser a condição necessária para a restituição da liberdade da qual a loucura o privou.

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria elaborou uma nova explicação para a loucura ancorada no modelo biológico de matriz positivista. Para este modelo, a loucura é um efeito de perturbações no psiquismo produzidas no registro do organismo. A psiquiatria, pautando-se neste modelo, buscou constituir-se como saber científico, com a pretensão de neutralidade, objetividade e descoberta dos distúrbios mentais, mediante relações de causalidade.

De acordo com essa perspectiva, o isolamento, teoricamente embasado, afastava o louco de tudo aquilo que podia provocar alienação: a família, os amigos, a sociedade. O asilo continuou a ser por excelência o lugar do tratamento moral; era antes de tudo, a ordem da moralidade reduzida a esquemas de leis, obrigações e constrições. Não se tratava mais de uma instituição indiferenciada da promiscuidade e dos contágios, mas de um espaço ordenado cujos caminhos balizados levariam à cura do alienado. “A partir desse princípio, o paradigma da internação irá dominar, por um século e meio, toda a medicina mental”^(4: 86).

A partir do final do século XIX, começou a delinear-se um novo saber no campo da psiquiatria - o discurso freudiano, o qual determina uma ruptura com a abordagem organicista e propõe outros termos a problemática da loucura. A loucura se fundaria na história, na subjetividade do sujeito, não sendo, portanto, um efeito de perturbações no psiquismo produzidas no registro do corpo biológico. Contudo, até meados do século XX, o internamento tornou-se a única e necessária resposta ao questionamento da loucura. O alienado passou a ser tutelado, administrado e submetido ao tratamento moral.

Ainda no final do século XIX, a função puramente disciplinar do asilo e o abandono de suas funções terapêuticas passaram a ser denunciadas em alguns países da Europa Ocidental. Mas, essas denúncias só encontraram ressonância, após a II Guerra mundial, quando novos problemas foram colocados para o conjunto da sociedade. Foi no contexto de profícuo debate sobre a redefinição da política, da economia, da organização institucional e ética que a questão psiquiátrica passou a ser um dos temas privilegiados da sociedade nesses países.

A partir do questionamento da eficácia das instituições manicomial, surgiram diversos movimentos psiquiátricos: comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria comunitária, antipsiquiatria e psiquiatria democrática ou de desinstitucionalização, os quais têm reflexos no processo de reforma psiquiátrica no Brasil.

3 Saúde mental no Brasil: processo de desconstrução e construção

No Brasil, como nos países europeus, a internação

dos loucos em espaços específicos – manicômios, ocorreu no século XIX, mais precisamente, na metade do século. Antes, os loucos faziam parte das paisagens da cidade, viviam soltos, ou eram recolhidos às prisões por vagabundagem ou perturbações da ordem pública; outros eram colocados em celas especiais dos hospitais gerais das Santas Casas de Misericórdia^(5,6).

Nessa perspectiva, foi criado, em 1852, no Rio de Janeiro, o primeiro hospício chamado Pedro II, constituindo o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Esse hospício pretendia dignificar o tratamento aos loucos elevando-os à categoria de objeto do saber alienista.

Do século XIX até meados do século XX, a idéia preponderante era a de que o louco devia ser isolado no asilo.

Podemos afirmar que a despeito de algumas propostas e tentativas isoladas como a de Ulisses Pernambucano – que na década de 30, preconizava em Recife a psiquiatria extra-hospitalar, com ambulatórios, hospitais abertos, atenção ao egresso, diagnóstico precoce, adaptação do doente à família, ao trabalho e à sociedade –, e a de Dra. Nise da Silveira – que a partir 1946, desenvolveu atividades na área da saúde mental, com ênfase na arte, na tentativa de compreender o processo inconsciente do paciente –, o quadro da assistência psiquiátrica no país, até os anos 50, era lamentável, sendo exercida quase exclusivamente no interior dos manicômios. Isto seria reforçado pelo advento do eletrochoque, na década de 40 e dos psicofármacos, nos anos 50.

No final dos anos 70, paralelamente à luta pela redemocratização e reorganização da sociedade civil brasileira, intensificaram-se no país os debates e as reflexões sobre a assistência à saúde mental. Nesse contexto, surgiram diversos movimentos sociais, entre os quais o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental que passou a ser o ator privilegiado na formulação das críticas ao paradigma psiquiátrico dominante, e na construção da reforma psiquiátrica brasileira.

A reforma psiquiátrica, entendida como um movimento social, está articulada a um conjunto de iniciativas operado nos campos legislativo, jurídico, administrativo, cultural e no saber médico-psiquiátrico que visam transformar a relação entre sociedade e loucura. A desinstitucionalização é o conceito chave no processo da reforma psiquiátrica, representa uma crítica teórico-prática, que reorienta instituições, saberes, estratégias e formas de lidar com a loucura, em direção a outro objeto, a existência-sofrimento do sujeito e não à doença mental, transformando sujeitos objetivados em sujeitos de direitos.

Em 1987, com a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru-SP, firmou-se uma nova ordem na relação da loucura com a sociedade e uma mudança nas práticas profissionais. Nesse evento, estabeleceu-se o dia 18 de maio como o dia nacional de Luta Antimanicomial. A partir daí, o Movimento Antimanicomial, constituído por diversos atores sociais (profissionais, usuários, familiares, intelectuais), assumiu efetivamente a utopia **por uma sociedade sem manicômios**.

Entre as experiências de construção da reforma psiquiátrica brasileira, nos anos 80, destacam-se: a criação do Centro de Atenção Psicossocial de São Paulo (1987) e a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial na cidade de Santos – SP (1989).

Articulado com a reforma psiquiátrica, no campo legislativo, em 1989 foi apresentado o Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado (PT – Minas Gerais), que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios; propõe sua substituição por novas modalidades de atendimento, tais como: Hospitais-dia, lares protegidos, Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, NAPS) e

regulamenta também a internação compulsória. Somente em 2001, depois da pressão de vários segmentos da sociedade, este projeto de lei foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República.

O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil, ora identificado como movimento de luta antimanicomial, ora como movimento em saúde mental, é o ator privilegiado na desconstrução de práticas psiquiátricas manicomiais e na construção de projetos voltados para a criação de novas formas de atenção, de espaços de não exclusão, de movimento/criação e, principalmente, de espaços de ancoragem que possibilitem a constituição da singularidade e da subjetividade do usuário. Mas, apesar da criação de inúmeros projetos ancorados na reforma, desde o Sertão do Nordeste até a região Sul, ainda é hegemônico, no Brasil, o modelo manicomial.

Os tempos atuais de crise paradigmática, de refluxo dos movimentos sociais, de deterioração do sistema de saúde e de extrema desigualdade social, exigem práticas que expressem novas utopias. A utopia **por uma sociedade sem manicômios**, engendrada pelo movimento de luta antimanicomial, é algo que vem sendo construído no cotidiano por diversos segmentos sociais e profissionais, dentre estes, os de enfermagem.

4 A enfermagem no contexto da reforma psiquiátrica

Historicamente a Enfermagem Psiquiátrica surgiu nos asilos, não para atender a um investimento na melhoria da assistência ao “louco”, mas para vigiar e controlar seus atos, em outras palavras, para viabilizar dentro do manicômio, o modelo clássico de Psiquiatria. O grande equívoco da enfermagem foi acreditar que a administração do hospital e o controle de papéis institucionais fariam das enfermeiras profissionais imprescindíveis no cuidado dos pacientes ⁽⁷⁾.

Convém lembrar que, até o início dos anos 60, a enfermagem brasileira tinha como principal fundamento o modelo médico-biológico que tem como objeto de trabalho a doença e o quadro clínico do doente mental. Essa abordagem limita-se à tentativa de explicar a loucura a partir de uma ordem de causalidade inscrita no organismo.

No final dos anos 60 e início dos anos 70, a enfermagem psiquiátrica passou a privilegiar a concepção psicológica, com ênfase nos aspectos comportamentais das relações humanas, incorporando um discurso humanitário. São idéias ancoradas na perspectiva da psicologia americana, corrente conhecida por Psicologia Humanística, e no discurso freudiano.

No Brasil, essas discussões teóricas começaram a fazer parte dos currículos dos cursos de Enfermagem no final da década de 70. Alguns estudos ancorados na perspectiva do referencial das relações humanas vêm sendo desenvolvidos por pesquisadoras. O tratamento centrado no modelo humanista visa a oferecer vivências enriquecedoras que promovam maior capacidade para o indivíduo enfrentar os desafios da vida. Portanto, o foco está nos recursos do terapeuta e na potencialidade que existe no próprio ser humano. A partir dessa compreensão, ajudar as pessoas a explicitar, a comunicar seus sentimentos é capacitá-las para uma vida melhor. A empatia é fundamental na relação terapeuta-paciente porque ambos são afetados e se transformam. Portanto, humanizar a administração dessa assistência deve ser nossa preocupação como enfermeiros⁽⁸⁾.

Na nossa concepção, a importância do referencial humanístico para a enfermagem é possibilitar o resgate da subjetividade do sujeito, isto é, a mudança de um olhar clínico para um olhar compreensivo, tendo como princípio o humanismo

ético o que implica em interação e diálogo enfermeira-paciente. Além disso, esse referencial trouxe para a arena das discussões os aspectos da relação familiar e noções de dinâmica de grupo. Ao contrário do que parece, devemos estar atentos para a multidimensionalidade dos fatores que envolvem as relações interpessoais.

Não se trata de recusar o humanismo. É necessário, como veremos, ‘hominizar’ o ‘humanismo’, e, portanto enriquecê-lo, baseando-o na realidade viva do “Homo complex”. Há que se substituir o mito abstracto do homem sobrenatural pelo antimito complexo do homem bio-cultural ^(9:398).

Estamos em tempo de repensar os saberes e as práticas de enfermagem. Devemos fazê-los em uma perspectiva humanística, criativa, reflexiva, imaginativa, e não baseada apenas em diagnósticos médicos ou de enfermagem. A categoria central da enfermagem é o cuidar compreendido como processo dinâmico, mutável e inovador, que implica o reconhecimento da singularidade e da subjetividade do usuário.

É necessário fecundar a idéia de que as teorias são importantes e devem dialogar entre si, mas em saúde mental o problema mais importante é a “pessoa que sofre”. Quando se tem essa compreensão pode-se, então, usar várias linguagens, inventar novos vocabulários, criar novas práticas subjetivas e compreender o usuário em um sentido multidimensional como sujeito plural, histórico, social e dotado de linguagem.

Assim, as questões mais aparentes do relacionamento interpessoal dirão respeito também a problemáticas pouco exploradas no tocante à relação enfermeira-paciente, como também à relação paciente-serviço e seu contexto social como espaços legítimos de exercício de cidadania. É importante fecundar a idéia de que a cidadania não implica apenas em reconhecimento de direitos, mas um processo ativo de ampliação da capacidade de autonomia e liberdade, de modo que a loucura não signifique limitações e incapacidades.

Sabemos que a enfermeira precisa estar preparada para cuidar da “pessoa que sofre” fora da instituição manicomial. A convivência com um cenário em constante transformação coloca este profissional frente a novos e importantes desafios, permitindo que faça uma análise crítica dos saberes que fundamentam sua prática.

A luta pela reforma psiquiátrica e pelo processo de desinstitucionalização em construção no Brasil busca construir espaços de produção de encontro, solidariedade, afetividade, enfim, espaços de atenção psicossocial. Portanto, exige de todos os profissionais, no caso específico da enfermeira, a necessidade de rever conceitos, métodos e formas de lidar com o sofrimento psíquico.

Assim, é indispensável refletir criticamente sobre a essência da prática da enfermagem que é o cuidar. Urge que se pense a prática de enfermagem, não só nos modelos tradicionais de assistência, ainda hegemônicos, mas, sobretudo, em serviços ancorados na reforma psiquiátrica, em espaços de reinvenção de saúde, em projetos inovadores construídos nos municípios brasileiros, como é o caso dos CAPS, NAPS e Hospitais – dia.

Essas novas práticas precisam de conhecimento criativo e reflexivo que habilitem os profissionais a fazerem intervenções competentes no seu objeto de trabalho. Competência significa a capacidade inteligente de fazer dialogar teoria e prática, ou seja, teorizar práticas e praticar teorias, sem que se reduza uma à outra. Isto leva à capacidade de propor estratégias, inquirir processos e produtos, participar como sujeito crítico e inventivo. Por ser uma prática em construção, o percurso da enfermeira não segue um caminho prévio, o caminho é feito no caminhar⁽¹⁰⁾.

Contudo, essa transformação que deve ser provocada

nos sujeitos construtores das práticas em saúde mental ocorre através de um processo lento, gradual, pois sabemos que as mudanças de mentalidades obedecem a um ritmo próprio.

Compreendemos que a prática da enfermeira nos serviços substitutivos de saúde mental deve ser engendrada na relação, no diálogo e no confronto com os atores sociais da instituição, sendo desconstruída/construída nos cenários dessas práticas. No entanto, esse processo de desconstrução e de mudanças na prática de enfermagem psiquiátrica não é fácil, porque historicamente, a psiquiatria mudou mais em nível dos discursos teóricos do que das práticas, e a enfermagem tem participado pouco das discussões teóricas atuais sobre o processo de reforma psiquiátrica^(7,11). Portanto, a criação de novos serviços não quer dizer de imediato a transformação da lógica de compreender e agir fundada pelo paradigma psiquiátrico manicomial.

Ao contrário do paradigma manicomial, neste tipo de projeto terapêutico, precisa-se de profissionais com conhecimento aprofundado que saibam interagir, dialogar com outros profissionais, com usuários e familiares, favorecendo a construção de ações que deem conta da pessoa que sofre, em sua complexidade. Os profissionais que não procuram o intercâmbio perdem a visão de totalidade e de contexto.

Alguns estudos corroboram essas reflexões, ao postularem que nos projetos terapêuticos substitutivos ao manicômio, a enfermeira vai afirmando-se como profissional na ação compartilhada com outros profissionais, sendo todos autores e atores de um projeto coletivo. Neste tipo de serviço, a preocupação maior é a construção de um projeto terapêutico participativo, o que não significa a perda da identidade profissional, mas a relativização da competência específica no coletivo^(12,13).

A necessidade do trabalho interdisciplinar decorre do fato de que o adoecer psíquico não é fenômeno homogêneo, simples, mas complexo. Sendo assim, as formas de acesso ao sofrimento-existência devem ser levadas a cabo por diferentes profissionais e seus diferentes olhares.

É desta diversidade que poderemos constituir práticas que ousem imaginar o ainda não imaginado e o ainda não experimentado. Enfim, desenvolver formas de cuidados que atendam a globalidade da pessoa em sofrimento psíquico^(11:156).

Mesmo reconhecendo as competências disciplinares, é preciso assegurar o espaço de interconexão entre saberes e práticas para dar conta, ao mesmo tempo da singularidade e da complexidade do real.

5 Considerações finais

A enfermeira atual precisa navegar por um conhecimento aberto, complexo que convide à busca, à reflexão, à intuição, à curiosidade; não à certeza, mas à possibilidade de múltiplas narrativas competitivas, à polifonia, à ambivalência. Nenhum instrumento é mais potente e efetivo em termos de mudança do que o conhecimento. Um conhecimento que veja positividade na experiência da loucura, que estimule não apenas a aprender, mas a reaprender a aprender.

Para tanto, é preciso ter um projeto definido e ao mesmo tempo se permitir à experimentação, através do exercício cotidiano e permanente da reflexão crítica e autocrítica.

Também é necessário abrir as nossas mentes, desmontar a forma hegemônica de racionalidade que ignora os seres, a subjetividade, a afetividade, a criatividade, a vida, tornando-se uma racionalidade irracional. Tornar-se consciente disso significa desconstruir o medo de se deparar com o acaso, a desordem, o imprevisível que emerge na loucura, pois, só assim poderemos construir práticas ancoradas num cuidar criativo e solidário.

Essa abertura exige de todos: criatividade, ousadia e paixão na construção de espaços em que convivam iguais e diferentes, singulares e plurais. Devemos doravante aprender a ser, partilhar, comunicar, a ver que o outro, o louco, é outro de nós.

Referências

1. Foucault M. História da loucura. São Paulo: Perspectiva; 1978.
2. Foucault M. Doença mental e psicologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1994.
3. Santos, B. S. Um discurso sobre as ciências. 8ª ed. Porto: Afrontamento; 1996.
4. Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
5. Medeiros TA. Formação do modelo assistencial no Brasil. [dissertação de Mestrado em Enfermagem] Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1977. 165f.
6. Costa J. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Xenon; 1989.
7. Miranda CL. O parentesco imaginário. São Paulo: Cortez; 1994.
8. Rodrigues ARF. Relações interpessoais enfermeiro-paciente: análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental. [tese de Livre-Docência] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1993. 242f.
9. Morin E. O método II - a vida da vida. Trad. Maria Gabriela de Bragança. 2ª ed. Portugal: Europa-América; 1989.
10. Demo P. Pesquisa e construção de conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1996.
11. Oliveira FB. Construção dos Centros de Atenção Psicossocial do Ceará e invenção das práticas: ética e complexidade. [tese de Doutorado em Enfermagem] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999. 202f.
12. Aguiar MGG. A reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da Casa de Saúde Anchieta e Núcleos de Atenção Psicossocial. [dissertação de Mestrado em Enfermagem] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1995. 155f.
13. Oliveira FB, Jorge MSB, Silva WV. A prática cotidiana da enfermeira no CAPS. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p.149-159.

Data de recebimento: 12/12/2002

Data de aprovação: 26/06/2003