

*UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO*

KARINE SANTANA DE AZEVEDO ZAGO

**Assistência em Saúde Mental: atuação dos trabalhadores de
enfermagem de nível médio em uma enfermaria de Psiquiatria de
um hospital geral**

*RIBEIRÃO PRETO
2007*

KARINE SANTANA DE AZEVEDO ZAGO

Assistência em Saúde Mental: atuação dos trabalhadores de enfermagem de nível médio em uma enfermaria de Psiquiatria de um hospital geral

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Toyoko Saeki

*RIBEIRÃO PRETO
2007*

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE

FICHA CATALOGRÁFICA

Zago, Karine Santana de Azevedo

Assistência em Saúde Mental: atuação dos trabalhadores de enfermagem de nível médio em uma enfermaria de psiquiatria de um hospital geral. Ribeirão Preto, 2007.

121 f.; 30cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Saeki, Toyoko

1. Enfermagem Psiquiátrica. 2. Auxiliar de Enfermagem. 3. Saúde Mental.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Karine Santana de Azevedo Zago

Título: Assistência em Saúde Mental: atuação dos trabalhadores de enfermagem de nível médio em uma enfermaria de Psiquiatria de um hospital geral

Orientadora: Profª Drª Toyoko Saeki

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermaria Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Aprovada em: .../...../.....

Banca Examinadora

Profª. Drª. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Profª. Drª. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

*RIBEIRÃO PRETO
2007*

Ao meu marido, André, sem cujo apoio nada seria possível e talvez eu nem mesmo tivesse iniciado essa caminhada. Por ter sido meu grande incentivador, meu companheiro e amigo fiel; por ter vibrado junto comigo nas minhas vitórias; por ter suportado ao meu lado os momentos difíceis e por me dar a oportunidade de dividir com ele essa grande vitória, te amo!

A minha mãe, pessoa com o coração mais puro e capaz de amar que já conheci. Obrigada por ter me ensinado que não podemos julgar as franquezas das pessoas pela capacidade que temos de enfrentar o mundo e por me amar de forma incondicional, a você também, dedico a minha vitória.

Aos pacientes da enfermaria de Psiquiatria, que com suas formas de ver a vida me ensinaram que o “diferente” não está naquele que vemos e sim naquele que enxerga dessa forma.

AGRADECIMENTOS

Nenhum trabalho se concretiza isoladamente e nenhuma caminhada tem sentido a não ser de mãos dadas com quem se ama. Assim, este trabalho tem MUITAS mãos e, de coração, agradeço:

A Deus, meu Pai querido, amado e zeloso, que guarda meus caminhos; que cuida de mim; que me dá força e sabedoria para prosseguir. Senhor eis-me aqui!

Aos meus familiares por ter compreendido as minhas ausências, às vezes em momentos tão importantes; por ter acreditado que eu iria vencer essa empreitada. Desculpem tantas ausências, tantas nervosias, tantos “perai que eu tenho que entregar meu trabalho”, tantos beijos e tantos abraços deixados para depois... Ainda bem que ainda teremos muito tempo...

A meu pai (in memory), que sempre me incentivou a estudar e que regozijou-se tantas vezes com as minhas vitórias;

A minha orientadora, TOYOKO SAEKI, por ter me recebido num primeiro encontro, ouvido idéias tão atrapalhadas, e mesmo assim, ter acreditado no meu potencial. Obrigada... por dedicar a mim seu tempo e sua paciência; por ter compartilhado comigo um pouco da sua sabedoria, experiência profissional e de vida; por ter me ensinado a dar os primeiros passos como pesquisadora e docente e por ter me ensinado a ser disciplinada, pontual e responsável; por me orientar, me acalmar e me incentivar. Tenho um grande orgulho de poder ter estado ao seu lado e imensa alegria em saber que a nossa caminhada continua!

A todos os professores da EERP/USP, pelo conhecimento partilhado, pelas trocas acadêmicas e pelo exemplo de dedicação;

Aos colegas do “Grupo de Estudo em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental”, pelos valiosos conselhos e trocas;

À Maria Bernadete Malerbo e a Maria de Lourdes Abreu, por ter me ajudados nas minhas buscas pelo conhecimento;

A Universidade Federal de Uberlândia, por investir na minha qualificação profissional;

À Adriana Borela pela paciência e por fazer por mim e pelos outros pós-graduandos muito mais do que necessário;

Aos funcionários da “Casa de Hóspedes”: Maria Célia, Shirlene, Ana Lúcia, Lúcia, João e Augusta, por ter me acolhido todas as vezes que precisei, pelos seus sorrisos, gentilezas e amizade.

A todos os amigos, que torceram por mim e me ajudaram.

MUITO obrigada!

Karine Zago.

Tudo fez formoso a Seu tempo (Eclesiaste3:11)

RESUMO

ZAGO, K. S. A. **Assistência em Saúde Mental**: atuação dos trabalhadores de enfermagem de nível médio em uma enfermaria de Psiquiatria de um hospital geral. Ribeirão Preto, 2007. 121 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

As enfermarias de Psiquiatria em hospitais gerais articulam-se com a proposta da reforma psiquiátrica, na tentativa de evitar internações longas e, conseqüentemente, o hospitalismo e a cronificação gerada pelos hospitais psiquiátricos tradicionais. A internação deve ser indicada após todos os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes e o tratamento deve oferecer assistência integral e trabalhar em prol da reinserção social. Para tanto, é necessário que o paciente seja atendido por uma equipe multidisciplinar, em que todos são igualmente responsáveis pela assistência e pelo bem-estar do paciente. Nessa perspectiva, os técnicos e auxiliares de enfermagem desempenham papéis importantes, pois permanecem mais tempo em contato com os pacientes e têm a oportunidade de observar, obter a confiança, interagir com eles e, conseqüentemente, colaborar para a melhoria da assistência em Psiquiatria e em Saúde Mental. A presente pesquisa é um estudo de caso de natureza qualitativo-descritivo e exploratório. Tem como objetivo investigar a atuação dos trabalhadores de enfermagem de nível médio que trabalham na enfermaria do Setor de Psiquiatria de um hospital público em Uberlândia, Minas Gerais. Os sujeitos foram os técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham no local de estudo. Para coleta de dados, foi utilizada a observação participante e a entrevista semi-estruturada gravada em fitas cassetes. A análise foi feita a partir das transcrições das fitas, organização, classificação dos dados e a análise final, que se deu a partir da discussão à luz dos conhecimentos produzidos na área. Os resultados envolvem a caracterização dos sujeitos; descrição do setor e das atividades desenvolvidas pelos sujeitos e as facilidades e dificuldades encontrados por eles para o desenvolvimento de suas atividades. A pesquisa apontou que a maioria dos trabalhadores não escolheram trabalhar no local, foram designados para o setor após aprovação em concurso e não têm preparo específico na área. Os sujeitos definem o doente mental como uma pessoa que sofre por causa das particularidades da doença e pelo preconceito social. Suas atividades são caracterizadas pela divisão de tarefas e por um trabalho repetitivo e mecanizado e têm como objetivo atender as necessidades do setor e de outros profissionais. A facilidade encontrada foi o bom relacionamento entre os membros da equipe de enfermagem e as dificuldades estão relacionadas à “característica da instituição” e às dificuldades estão relacionadas às “particularidades do trabalho da enfermagem psiquiátrica”. Considera-se a necessidade da valorização do técnico e auxiliar de enfermagem em todos os momentos do processo de trabalho, para que haja, de fato, as transformações necessárias à assistência em Saúde Mental.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica. Auxiliar de Enfermagem. Saúde Mental.

ABSTRACT

ZAGO, K. S. A. **Mental Health assistance:** behavior of middle level nurse workers at a general hospital psychiatric infirmary. Ribeirão Preto-SP, 2007. 121 f. Mastership Dissertation. Ribeirão Preto Nursing School, São Paulo University, São Paulo, Brazil.

Psychiatric nurses in general hospitals are engaged to the proposal of a psychiatric reformulation, in order to prevent extensive internments and the consequent hospitalism and the chronic situation generated by traditional psychiatric clinics. Internment must only be indicated after all the extra-hospital resources had been shown insufficient and, in these cases, treatment has to give a whole assistance as well to lead to a patient social reinsertion. For that, the patient must to be treated by a multidisciplinary staff, in which everyone is equally responsible for the assistance and for the patient well-being. Under this point of view, nurse technicians and assistants play an important role, for they have a longer contact with the patients, and they have the chance to observe, to gain confidence, interact with them and, as a consequence, collaborate to the attendance improvement in Psychiatry and Mental Health. This investigation is a qualitative, descriptive and exploratory case study whose aim is to search the behavior of middle level nurse workers at a public hospital Psychiatric infirmary in Uberlândia, Minas Gerais, Brazil. Technicians and assistants who work in the study place were the search subjects. To collect. For collecting data, participant observation and tape recorded semi-structured interviews were used. After tape transcription, the analysis was done from discussion based on previous literature. The results involve the subject characterization, description of the work sector and of the activities done by them, as well facilities and difficulties found during the realization of the activities and reported by them in the interviews. Most of the workers did not choose to work in that place, because they were designated to that department after being approved in a public selection and they have no specific training in the area. They define mental sick persons as an individual who suffers due to the illness particularities and to social prejudice. Nurse activities are characterized by task division and by a repetitive and mechanic work whose aim is to attend the department and other professional demands. Good relationship among the members of the team was a positive aspect in the search; among the problems, one may point institution character and particular aspects in psychiatric nurse work. The demands of a technician valorization have to be concerned in every stage in the work process, in order to get real decisive transformations in Mental Health assistance.

Key words: Psychiatric Nursing, Nursing Assistant. Mental Health.

RESUMEN

ZAGO, K. S. A. **Asistencia en Salud Mental:** actuación de los trabajadores de nivel medio de enfermería en una enfermería de psiquiatría de un hospital general. Ribeirão Preto, 2007. 121 f. Disertación de Mestrado. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

Las enfermerías de Psiquiatría en hospitales generales son articuladas con la propuesta de reformulación psiquiátrica, en el intento de prevenir las internaciones prologadas con el consecuente hospitalismo y cronificación producida por los hospitales tradicionales. La internación solo debe ser indicada después que todos los otros recursos extra-hospitalarios han sido insuficientes y, en esos caos, el tratamiento debe ofrecer una asistencia integral y también trabajar por la reinserción social del enfermo. Para esto es necesario que el paciente sea atendido por una equipe multidisciplinar en la cual todos los miembros son responsables por la asistencia y por el bienestar del paciente. En esa perspectiva, los técnicos y los auxiliares de enfermeros juegan un papel importante, por quedarse durante mucho tiempo en contacto con los pacientes e tienen la oportunidad de observar, ganarles la confianza y actuar recíprocamente con ellos y así colaborar para la mejoría en la asistencia en Psiquiatría y en salud mental. Esta búsqueda es un estudio del caso de naturaleza cualitativa, descriptiva y exploratoria. El objetivo es investigar la actuación de los trabajadores de enfermería de nivel medio que trabajan en la enfermería del Sector de Psiquiatría de un hospital público en Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Los sujetos fueran los técnicos e los auxiliares de enfermería que trabajan en el local de investigación. Para la colecta de los datos fue utilizada la observación participante y la entrevista semiestructurada gravada en cinta de audio. Después de transcripción de las cintas, la analice fue realizada con base en la discusión de del conocimiento producido en la área. Los resultados engloban la caracterización de los sujetos, la descripción del sector y las actividades desarrolladas por los sujetos, las facilidades y las dificultades encontradas para el desarrollo de su trabajo. Esa búsqueda verificó que la mayor parte de los trabajadores no escogió trabajar en el local, pero fue designado después de su aprobación en un concurso público y no tiene preparación específica para actuar en la área. Los sujetos definen el enfermo mental como una persona que sufre en razón de las particularidades de la enfermedad e en razón del prejuicio social. La actividad de los trabajadores caracterizase por la división de tarifas y por un trabajo repetitivo y mecánico, que tiene como objetivo atender las necesidades del sector y de los otros profesionales. En la búsqueda, una facilidad encontrada fue la buena relación entre los miembros de la equipe; las dificultades son relacionadas con las características de la institución y con los problemas particulares del trabajo en la enfermería psiquiátrica. Debe ser considerada la necesidad de valorizarse el técnico y el auxiliar de enfermería en todas las etapas del proceso de trabajo, para alcanzarse una real transformación en la asistencia en salud mental.

Palabras-clave: Enfermería Psiquiátrica. Auxiliar de Enfermería. Salud Mental.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 Assistência de enfermagem psiquiátrica	18
3. PERCURSO METODOLÓGICO	40
3.1 Tipo de Estudo.....	40
3.2 Local de estudo	41
3.3 Caracterização do local do estudo	42
3.4 Setor de Psiquiatria e Psicologia Médica (SPPM)	43
3.4.1 O serviço de emergência	44
3.4.2 O serviço domiciliar	45
3.4.3 Serviço ambulatorial.....	45
3.4.4 O setor e o serviço de internação.....	46
3.4.5 Assistência Social	46
3.4.6 Secretaria	47
3.4.7 Rampas	48
3.4.8 Ambulatório, Terapia Ocupacional (TO) e Psicologia.....	48
3.4.9 Pátio	48
3.4.10 Enfermaria	49
3.5 Inserção no Campo de Estudos.....	52
3.5.1 Aspectos éticos	52
3.6 Sujeitos da Pesquisa	53
3.7 Coleta de Dados.....	54
3.8 Análise dos dados	56
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	59
4.2 Organização do trabalho da enfermagem	66
4.2.1 Atividades desenvolvidas pelo enfermeiro.....	68
4.2.2 Supervisão de enfermagem.....	70
4.2.3 Atividades desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem.....	73
4.3 Facilidades e dificuldades do trabalho em enfermagem psiquiátrica: o discurso dos sujeitos.....	85
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
Apêndice 2 – Roteiro de entrevista	119
Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética	121

Introdução

1. INTRODUÇÃO

Minha carreira profissional começou em dezembro de 2002, como enfermeira assistencial da Unidade de Terapia Intensiva-Adulto do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (HCU/UFU). Em junho de 2003, iniciei a carreira de professora substituta, acompanhando as aulas teórico-práticas da disciplina “Psiquiatria e Saúde Mental” para os alunos do sétimo período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU).

As referidas aulas teórico-práticas eram realizadas no ambulatório e na enfermaria do Setor de Psiquiatria e Psicologia Médica (SPPM) do HCU. No ambulatório, as atividades desenvolvidas junto aos alunos eram as consultas de enfermagem e o acompanhamento domiciliar. Na enfermaria, era realizada a comunicação terapêutica, o processo de enfermagem psiquiátrica, as atividades de recreação como jogos, pinturas, trabalhos manuais e discussões dos casos dos pacientes. Os objetivos das aulas teórico-práticas eram proporcionar aos alunos conhecimentos teóricos sobre as manifestações do sofrimento mental, propiciar a vivência das situações práticas de atendimento de enfermagem em Saúde Mental na unidade de internação e contribuir para o crescimento da capacidade crítica em relação à assistência em Psiquiatria/Saúde Mental.

Durante dois anos, fui responsável por essas aulas na enfermaria de Psiquiatria. Foi um grande desafio, porque não tinha prática na área da docência e minha vivência em Psiquiatria e Saúde Mental era apenas a que havia experimentado no Curso de Graduação; entretanto, no decorrer desse período, procurei fazer leituras e aperfeiçoar os meus conhecimentos na área. No final do primeiro ano como professora, impulsionada pelo desejo de aprender mais sobre Saúde Mental, solicitei, junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), uma vaga na qualidade de aluna especial, na disciplina “Saberes e práticas em Saúde Mental” do Programa de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica da EERP/USP, oferecida em março de 2004. No decorrer dessa disciplina, participei de discussões e seminários sobre a trajetória histórica da loucura e da Psiquiatria/ Saúde Mental, sobre a Reforma Psiquiátrica e sobre a assistência em Saúde Mental nos vários dispositivos de atendimento. Essa experiência enriqueceu os meus conhecimentos teóricos e práticos, contribuiu para

melhorar a qualidade das minhas aulas, apurou a minha capacidade crítica a respeito da assistência ao paciente psiquiátrico e em relação à realidade do campo prático em que estava inserida e, principalmente, influenciou sobremaneira a escolha da trajetória profissional que pretendo seguir: a docência no campo da Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental.

Depois da experiência obtida na EERP/USP, retornei às aulas com um outro olhar em relação à atenção em Saúde Mental, uma observação mais crítica e problematizadora do que via acontecer na enfermaria durante o período em que ministrava as aulas práticas. Tive a oportunidade de discutir com os alunos e participar, juntamente com eles, de algumas atividades da enfermaria do SPPM, tais como: discussões de casos com os médicos, oficinas terapêuticas com a terapeuta ocupacional (TO), cuidados de higiene e alimentação, administração de medicamentos e recreações realizadas pela enfermagem. Também participei, junto com os alunos, como espectadora de um grupo terapêutico de pacientes internados. Este grupo era realizado por um pesquisador que não fazia parte da equipe, mas estava desenvolvendo uma investigação no local.

Em muitos momentos, observei e participei da dinâmica da equipe que atuava na enfermaria da Psiquiatria; todavia, foi o trabalho da enfermagem que chamou mais a minha atenção. Primeiro, porque sou uma profissional de enfermagem e me interessei pela assistência em todas as áreas dessa profissão; segundo, porque estava ali para proporcionar aos alunos o aprendizado e a vivência em enfermagem psiquiátrica; e terceiro, porque havia adquirido, conforme afirmado acima, uma visão mais crítica a respeito da assistência psiquiátrica e, portanto, foi inevitável um olhar mais atento para os profissionais de enfermagem daquela enfermaria.

Vários pontos do trabalho da enfermagem chamavam-me a atenção, contudo, em todos eles perguntava a mim mesma: qual é a lógica das ações de enfermagem desenvolvidas naquele local? E que fatores estão envolvidos nas atitudes desses trabalhadores?

A rotina de enfermagem estava voltada muito mais para as necessidades do setor do que para as dos pacientes, principalmente em relação aos horários, que eram rígidos. Os internos tinham horário para acordar, tomar banho, comer e até para as atividades ligadas à recreação. Os horários eram estabelecidos conforme a lógica institucional, ou seja, de forma a facilitar o funcionamento e a simplificar o trabalho dos agentes.

As enfermeiras ocupavam-se mais das questões burocráticas e administrativas e permaneciam mais tempo em reuniões da equipe do que na enfermaria e, conseqüentemente, a assistência direta ficava a cargo dos trabalhadores de nível médio de enfermagem.

Os técnicos e auxiliares de enfermagem participavam principalmente das atividades relacionadas com a organização e o controle do ambiente/paciente. Durante as consultas médicas, ficavam à porta do consultório para controlar a entrada e saída dos pacientes; no horário de irem para o pátio, os funcionários os acompanhavam e permaneciam lá até o horário designado para o almoço. Algumas vezes, via-os interagindo com os pacientes no pátio, fazendo bordado, crochê ou conversando com os internos, entretanto, na maior parte das vezes ficavam sentados nos bancos do pátio e conversavam somente entre si. Não intervinham quando os internos dormiam no chão do pátio, expostos ao sol ou quando caíam por impregnação de medicamentos. Suas intervenções relacionavam-se à vigília, ou seja, “tomavam conta” para não fugirem, para que não saíssem do pátio, para que não houvesse brigas entre os internos e para não permitir que os doentes tirassem as roupas.

Além da organização e do controle, cabia-lhes oferecer cuidados físicos como: higienização, distribuição das refeições, preparo e administração de medicamentos e organização do local; contudo, essas atividades eram realizadas de forma mecânica e nem sempre com o objetivo de suprir as reais necessidades do paciente, mas sobretudo de cumprir as rotinas estabelecidas pelo setor.

Verifiquei, também, que o pessoal de enfermagem permanecia muito tempo dentro do posto de enfermagem, escrevendo relatórios ou conversando assuntos não relacionados ao trabalho. Muitas vezes, quando eram solicitados pelos pacientes, os enfermeiros não prestavam atendimento necessário, não lhes davam atenção à fala e, conseqüentemente, não se empenhavam em ajudá-los em suas necessidades.

A observação da realidade dessa enfermaria de Psiquiatria levou-me a questionar: quem são os profissionais de nível médio de enfermagem que trabalham no Setor de Psiquiatria do HC/UFU? Quais as atividades desenvolvidas por essa equipe no local de trabalho? O que eles pensam a respeito da doença/doente mental e do seu trabalho nessa área? Qual é o preparo que eles têm para atuar na assistência em Saúde Mental? Quais as dificuldades e as facilidades encontradas

por estes trabalhadores para a realização de suas atividades?

A pesquisa foi realizada na enfermaria de Psiquiatria do Setor de Psiquiatria e Psicologia Médica do HC/UFU, porque foi esse o local que me despertou tais questionamentos sobre a atuação da equipe de nível médio em Saúde Mental e por ter grande importância para rede de assistência em Saúde Mental em Uberlândia, pois é o único hospital geral da região que oferece internações psiquiátricas.

Outro fator relevante foi investigar a atuação da categoria de nível médio, pois não há muitos trabalhos que descrevam a atual assistência prestada por essa categoria na área de Saúde Mental. Além disso, por ser maioria entre os trabalhadores das instituições de saúde e permanecer mais tempo em contato com os pacientes, constitui elemento importante na assistência.

Por um lado, esses funcionários têm a oportunidade de observar, obter a confiança e interagir com o paciente, e, conseqüentemente, colaborar para melhora da assistência em Psiquiatria e Saúde Mental. Por outro lado, ficam expostos a sobrecargas de trabalho e a um elevado nível de ansiedade e desgaste mental (ROCHA; BARTMANN; KRITZ, 1996).

O objetivo geral desta pesquisa foi:

Investigar a atuação dos trabalhadores de enfermagem de nível médio em uma enfermaria de Psiquiatria de um hospital geral

Os objetivos específicos foram:

- ❖ Caracterizar os técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham na enfermaria de psiquiatria;
- ❖ Identificar as atividades que os trabalhadores de enfermagem de nível médio desenvolvem rotineiramente;
- ❖ Verificar o preparo dos técnicos e auxiliares de enfermagem, para atuar na assistência em Saúde Mental;
- ❖ Conhecer quais as facilidades e dificuldades referidas pelos trabalhadores de enfermagem de nível médio para o desenvolvimento de suas atividades;

Esta dissertação organiza-se da seguinte maneira: neste primeiro capítulo, introdutório, descrevo o histórico de minha vida profissional, as razões que levaram à proposta desta pesquisa, bem como seus objetivos. No capítulo segundo, será feita uma revisão da literatura a respeito do assunto, de forma a embasar os procedimentos investigatórios. No capítulo terceiro, são apresentados os percursos

metodológicos do trabalho, quando são explicitadas as estratégias de pesquisa. No quarto capítulo, são apresentados e discutidos os resultados e, finalmente, são tecidas as considerações finais sobre o tema pesquisado.

Acredito que a presente investigação possa colaborar para pesquisas posteriores e para futuras intervenções no setor com o intuito de melhorar a qualidade da assistência.

Revisão da literatura

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Assistência de enfermagem psiquiátrica

A prática de enfermagem é antiga e foi determinada e modificada de acordo com acontecimentos políticos, econômicos e sociais; portanto, é uma prática historicamente estruturada que se articula às formas de organização e de produção da sociedade e às relações sociais de cada momento histórico.

No campo da Psiquiatria e da Saúde Mental, verificam-se, ao longo da História, diferentes convenções a respeito dos conceitos de adoecimento psíquico e das terapêuticas operadas nos diversos períodos de desenvolvimento político e econômico e da organização social. A prática de enfermagem nessa área também construiu-se e modificou-se a partir das concepções construídas a respeito da loucura, da doença e do doente mental em diferentes contextos históricos (MINZONI, 1975; BALDI; SILVA, 1994; ARANHA E SILVA; FONSECA, 2003; OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Para que se compreenda a prática de enfermagem psiquiátrica atual, faz-se necessário retomar alguns fatos importantes do processo histórico e social, que foram determinantes para a Psiquiatria, para a Saúde Mental e para a assistência psiquiátrica.

Na Antiguidade grega até os tempos pré-socráticos (séc.V a.C), a etiologia da loucura era mitológica, ou seja, todo comportamento inadequado dos indivíduos era de responsabilidade dos deuses, logo, a loucura não era vista como doença e, sim, como uma consequência inevitável das ações desses mitos (PESSOTTI, 1994).

Na Idade Média, a loucura mitificada volta a imperar, porém, associada não a deuses, mas a possessões diabólicas, com raízes na própria formação doutrinária do Cristianismo. Autoridades da Igreja Católica (inquisidores e eclesiásticos) eram consideradas instrumentalizadas para identificar casos de possessões diabólicas e solucioná-los. O tratamento era brutal, com o intuito de expulsão de demônios (PESSOTTI, 1994).

Segundo Pessotti (1994),

[...] esse modelo de pensamento reedita e corrompe o modelo mitológico da Grécia Antiga. Reedita, [...] uma vez que loucura passa a ser de novo, efeito de maquinações de entidades extra-naturais. Corrompe, porque agora a loucura se torna apenas negativa e patológica [...]. O louco passa a ser suspeito, a ser perigoso e, por isso, evitado (PESSOTTI, 1994, p.100).

Conseqüentemente, credices e superstições relacionadas aos loucos floresceram na sociedade. Esse pensamento demonológico cristão em relação ao louco marcou negativamente a concepção mitológica da loucura e estigmatizou-o moralmente (PESSOTTI, 1994). Isso fez com que ocorressem profundas transformações em relação à tolerância da sociedade à loucura. O mundo da loucura se transformara no mundo da exclusão.

A partir do século XVII, as idéias capitalistas, novos valores, fundamentados no trabalho e no dinheiro e a concepção de que só o trabalho produz riquezas, trazem a idéia de que os loucos não são mais possuídos e, sim, improdutivos, logo, devem ser afastados da sociedade. Com essa nova visão, foram construídas casas de internamento em toda a Europa (VIETTA; KODATO; FURLAN, 2001; OLIVEIRA, 2002).

De acordo com Rocha, Bartmann e Kritz (1996), o objetivo dessas casas de internamento não era o tratamento dos doentes mentais, porque a loucura ainda não era vista como doença, estava relacionada com a incapacidade de produzir e, portanto, era necessário excluí-los do corpo social. Como a lógica da exclusão não era pelo fato de “ser louco” e, sim, pela capacidade de ser útil ao modo capitalista, internam-se juntamente com loucos os inválidos de todos os gêneros: os velhos, os nobres decadentes e os esbanjadores. Estes, sobretudo, para que não dessem mau exemplo a uma sociedade trabalhadora.

No final do século XVIII, como conseqüência das idéias do Iluminismo e da Revolução Francesa, que tinha como lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” e por terem surgido críticas em relação ao desperdício de mão-de-obra e aos altos custos para manter as casas de internamento, foi criada, em 1790, uma lei que previa a criação de grandes hospitais destinados aos “insensatos”. Contudo, até 1793, nenhum deles existia ainda. Assim, na França, para alojar os indigentes, velhos, condenados e loucos havia a casa Bicêtre, também denominada de “Casa dos Pobres”. Durante a Revolução Francesa, formulou-se uma mitologia revolucionária em torno do hospital, uma crença que afirmava que muitos inocentes eram internados juntamente com culpados e que pessoas dotadas de razão

misturavam-se com os loucos. Esse mito gerava pavor em toda a sociedade (OLIVEIRA, 2000; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Foi nesse contexto que Pinel, um médico com grande reputação, assumiu suas funções em Bicêtre. Sua função era desmascarar a loucura e avaliar suas dimensões médicas exatas, libertar as vítimas e denunciar os suspeitos, instituir, com todo rigor, esse internamento da loucura cujas necessidades sociais eram reconhecidas. Pinel defendia que o asilo deveria ser neutro em relação às religiões e de qualquer outro fator que pudesse contradizer o conceito de loucura como doença. Segundo ele, o asilo deveria reprimir os vícios, reduzir as diferenças e extinguir as irregularidades, tornando-se um instrumento de uniformização moral e de denúncia social. Além disso, defendia a segregação social, garantindo à moral burguesa uma universalidade de fato que lhe permitiria opor-se como um direito a todas as formas de alienação (FOUCAULT, 1997).

Nesse mesmo período, Samuel Tuke, psiquiatra inglês responsável por popularizar o tratamento moral na Inglaterra, fundou o Retiro York, em York, na Inglaterra e, tal como Pinel, acreditava que a enfermidade mental poderia ser alvo de cura. Tuke instituiu a repressão por meio do medo e da autocoerção. Os internos eram advertidos a respeito das regras do Retiro e sobre as punições pré-estabelecidas para atitudes inadequadas, bem como em relação às recompensas pelo bom comportamento. Isto era feito por intermédio da vigília e do “olhar não recíproco” (atitude do vigilante para advertir o alienado). Tanto Pinel, na França, como Tuke, na Inglaterra e, posteriormente, Esquirol, considerado o primeiro especialista da medicina mental, instituíram um tratamento moral. Defendiam a libertação das correntes dos internos e um local específico para o tratamento dos alienados. Ao contrário do tratamento baseado em força e em repressão mecânica, utilizavam a repressão moral (FOUCAULT, 1997).

Dessa forma, criou-se um novo mecanismo de inclusão/exclusão nessas casas de internamento: foram colocados em liberdade os indivíduos que estavam internados com os loucos, com exceção dos criminosos e dos próprios loucos. Assim, a loucura passou a ocupar um espaço específico (o asilo), onde Philippe Pinel fez nascer, a partir da observação sistemática da loucura, a clínica psiquiátrica. Isso proporcionou, no início do século XIX, um novo *status* à loucura, pois torna-se um objeto médico e ganha o valor de doença (TEIXEIRA *et al.*, 2001; OLIVEIRA, 2002;).

A partir do momento em que a loucura passa a ser vista como doença, surge uma nova lógica para a existência do asilo e para o isolamento como forma de tratamento: se a loucura é, na verdade, doença, logo há cura e, portanto, justifica-se o tratamento. Os altos custos do internamento dos doentes não eram vistos mais como desperdício, porque tinham uma função clara, a cura racional do indivíduo e a produção da saúde moral da comunidade, a partir do tratamento pregado por Pinel e executado por ele e seus discípulos. O asilo era considerado por esses percussores da clínica psiquiátrica um instrumento de cura. A teoria alienista baseava-se no isolamento do louco e na disciplina asilar e, a partir desses princípios, iniciou-se o paradigma da internação e a valorização do hospício e da sua ordem como recurso para cura das doenças mentais (OLIVEIRA, 2002).

Oliveira (2000) afirma que o hospício foi concebido para exercer a ordem necessária à recuperação do alienado. O isolamento, a vigilância, a organização classificatória, a hierarquia e a repressão nele contidas faziam parte do tratamento moral e eram instrumentos necessários para a normalização do louco. Nesse período, na Europa, prevaleciam as idéias capitalistas e ocorriam os avanços no saber da Medicina e, com esses, as grandes transformações nas instituições hospitalares. Foi necessária a qualificação do pessoal que auxiliava os médicos nos hospitais.

Nesse contexto surgiu, no dia 9 de julho de 1860, em Londres, a Escola *Nightingale*, que foi a primeira a instituir o padrão curricular de formação da enfermagem profissional. A organização do trabalho precedia, basicamente, a partir de duas categorias: as *lady-nurses* e as *nurses*. As *lady-nurses* eram advindas da aristocracia inglesa ou da burguesia, executavam atividades de supervisão das *nurses*, de ensino e administração hospitalar, eram valorizadas socialmente, vistas como portadoras de um saber e detentoras de um poder. As *nurses* eram executoras de tarefas manuais, possuíam baixo prestígio social e eram oriundas de classes mais baixas da sociedade. Nesse período de transição da enfermagem tradicional para a enfermagem moderna, o instrumento de trabalho instituído pelo modelo *Nightingale* era a disciplina dos agentes de enfermagem e não a elaboração de um saber específico; seu objetivo era a transformação do espaço hospitalar em espaço de cura, com técnicas disciplinares e subordinadas ao saber médico (BARROS; EGRY, 2001; OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Nessa época, Tuke e Pinel já haviam instituído o tratamento moral e a

Inglaterra já se encontrava abarrotada de hospícios; contudo, esses locais não foram de interesse para o trabalho e nem para o ensino da enfermagem moderna. Em contrapartida, a característica predominante do trabalho da enfermagem moderna, o poder de disciplinar, foi ao encontro dos interesses e necessidades das instituições asilares: isolar, disciplinar e punir os internos e, apesar de os cursos de enfermagem desenvolvidos nos hospícios não adotarem o sistema *Nightingale*, também tiveram por base o cuidado fundamentado na disciplina do espaço do doente e dos trabalhadores de enfermagem (BARROS; EGRY, 2001; OLIVEIRA; ALESSI, 2003). O papel da enfermagem era auxiliar os médicos nos procedimentos diários, administrar medicamentos sedativos, manter condições de higiene do local e utilizar técnicas de enfermagem médico-cirúrgicas durante as psicocirurgias, insulinoaterapias e eletroconvulsioaterapias.

A partir da década de 40 do século XX, as enfermeiras norte-americanas introduziram o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente como o principal instrumento da enfermeira psiquiátrica; esse instrumento de trabalho foi introduzido mais tarde no Brasil e trouxe algumas contribuições para o ensino e a assistência na área de enfermagem psiquiátrica (BARROS; EGRY, 2001).

No Brasil, até o fim do século XVIII, não havia uma grande preocupação com os loucos, que vagavam pelas ruas e não representavam ameaça política nem social. Contudo, a chegada da corte portuguesa ao Brasil, no início do século XIX, desencadeou um rápido desenvolvimento econômico, político e cultural no País e, conseqüentemente, foi necessário reordenar o meio urbano. Fazia parte dessa urbanização a retirada de todos os habitantes desviantes que perambulavam pelas ruas, considerados incapazes de trabalhar e produzir riquezas. Os mendigos, os órfãos, os marginais de todos os tipos e os loucos foram recolhidos nos Asilos de Mendicância e de Órfãos, administrados pela Santa Casa de Misericórdia. Esse tipo de higiene pública obedeceu à mesma lógica da grande internação ocorrida na Europa (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Em 1830, surgiram denúncias médicas sobre a situação dos loucos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia, em relação ao cuidado que eles recebiam, aos métodos de tratamento empregados nesses pacientes e em relação à insalubridade das instalações. Essas denúncias e críticas levaram a um movimento em prol da criação de um lugar específico para os loucos, o hospício. Esse movimento não era isolado, articulava-se ao projeto de José Clemente Pereira,

provedor da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, no período de 1838 a 1854. Capacitado por sua posição como provedor e político, tomou medidas para a criação do hospício e, a partir de uma subscrição pública, arrecadou fundos para a construção. Em 18 de julho de 1841, no Rio de Janeiro, criou-se, como dependência da Santa Casa, na Praia Vermelha, bem distante do centro urbano na época, o Hospital D. Pedro II, que foi inaugurado em 1852, com 350 leitos. O hospício era considerado como lugar de exercício da ação terapêutica, tendo como objetivo tornar os alienados completamente desprovidos da loucura. Para isso, era necessário seguir o princípio de isolamento formulado por Esquirol (1816), pelo qual o doente era completamente afastado da sociedade, com a finalidade de atingir a “cura”. (MACHADO, 1978).

Para o bom funcionamento do hospício, era necessário que ocorresse uma inspeção permanente do “enfermeiro” junto aos indivíduos. Além disso, eram utilizados muitos meios de repressão, para deter os internos, como camisa de força, privação de visitas, diminuição de alimentos, reclusão solitária e banhos de emborcação. Até essa época, na área de Psiquiatria, não havia profissionais de enfermagem com formação específica; eles eram pessoas inteiramente sem formação: socorristas, guardas, agentes de outras áreas do hospital – cozinha, lavanderia, limpeza, transferidos para a enfermagem sem maiores exigências. A enfermagem era subordinada às irmãs de caridade que administravam o hospício. O objetivo do trabalho da enfermagem era manter a ordem e a disciplina, asilar a partir da vigilância contínua aos doentes e de vários meios de repressão, que eram determinados pelo médico e aplicados pela enfermagem. Não existia nenhum treinamento prévio para a seleção dos agentes de enfermagem, eram escolhidos geralmente a partir do seu porte físico avantajado (ROCHA, 1994; ARANHA E SILVA, 2003).

O hospício permanece por um tempo como símbolo de cura e ciência. Contudo, em 1886, surgem novas denúncias médicas sobre a real situação do Hospício D. Pedro II, segundo as quais ele não poderia prestar serviços reais aos loucos, uma vez que não se tratava de uma verdadeira instituição hospitalar, porque a maioria dos internos era considerada incurável e isto fazia do hospício um lugar para simples refúgio dos doentes mentais. Ademais, o hospício não representava a supremacia médica como se previa, não era um instrumento do saber médico, faltava uma nítida hierarquia de poder que estruturasse as relações dos

trabalhadores, pois a administração era competência das irmãs de caridade. Outro fator que motivava as críticas estava relacionado à carência de condições materiais e técnicas adequadas para o seu funcionamento. Essas denúncias culminaram na desanexação do hospício à Santa Casa em 1890; passou a se chamar Hospício Nacional de Alienados e o poder das religiosas foi substituído pelo poder dos médicos (MACHADO, 1978).

Quando os médicos assumiram o controle do Hospital D. Pedro II, as religiosas foram substituídas em todas as suas funções, tanto administrativas, quanto assistenciais. O Governo da República, com o intuito de gerar mão-de-obra “qualificada”, convidou as Enfermeiras francesas “leigas” da Escola *Salpêtrière* para auxiliarem os médicos no hospital e para criarem uma escola profissional de enfermagem. Essas enfermeiras não tinham absorvido o sistema *Nightingale* de formação profissional em enfermagem, utilizavam o modelo de *Salpêtrière*, que pregava o controle, a segregação e a contenção como cuidados pertinentes à enfermagem (CAMPOS; BARROS, 2000; BARROS; EGRY, 2001; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003; OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Então, em 1890, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, anexa ao Hospital Nacional de Alienados. Inspirada no modelo francês, foi a primeira escola de enfermagem brasileira. O principal objetivo era preparar o pessoal de enfermagem para ser auxiliar do serviço médico e, principalmente, disciplinar os profissionais em relação à subordinação ao saber médico, para evitar conflitos de poder, já ocorridos anteriormente com as irmãs de caridade. Portanto, a opção pelo modelo francês não foi casual e, sim, porque o profissional de enfermagem, na França, era caracterizado por exercer um trabalho subalterno e por ser cumpridor de ordens médicas (CAMPOS; BARROS, 2000; BARROS; EGRY, 2001; ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003; OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

A assistência de enfermagem psiquiátrica brasileira foi alicerçada em um modelo de atenção médico-centrada, em que existia a valorização do hospício e a subordinação ao saber médico. A prática de enfermagem psiquiátrica teve como características principais o controle e a disciplina e nenhuma outra prática se apropriou tão bem dessa função. Foi marcada por práticas coercitivas que tinham como objetivo manter a ordem asilar (CAMPOS; BARROS, 2000; ARANHA E SILVA, 2003). Corroborando com essa afirmação, Baldi e Silva (1994) colocam que a prática de enfermagem psiquiátrica, no início de sua institucionalização no Brasil, era

controladora, disciplinadora e reeducadora do doente mental. Essa prática estabeleceu e legitimou a vigilância e as atitudes dominantes de poder como principais instrumentos de controle social e foram reproduzidas ao longo dos anos, como se pode observar em vários trabalhos que retratam a assistência de enfermagem psiquiátrica no Brasil, alguns dos quais serão referidos a seguir:

Borenstein *et al.* (2003) realizaram uma pesquisa histórica sobre a equipe de enfermagem do Hospital Colônia Sant'Ana, no Estado de Santa Catarina, no período de 1941 a 1960. Verificaram que as irmãs da Igreja Católica comandavam o hospital e realizavam os procedimentos considerados mais complexos na época como injeções, curativos e soros. Além das irmãs, também trabalhavam na área da enfermagem o enfermeiro-chefe e os vigilantes. O enfermeiro-chefe era um profissional sem formação, tinha apenas um conhecimento prático, era responsável pela escala e autorizava troca de plantões. Os vigilantes atendiam diretamente o doente, davam-lhes banhos, remédios por via oral, alimento e vigiavam-nos. Tanto o enfermeiro-chefe quanto os vigilantes não recebiam nenhum treinamento básico; em geral, os funcionários mais velhos ensinavam os mais novos. Os relatos revelaram, também, que as terapêuticas empregadas eram baseadas no isolamento, eletrochoque (ECT), terapia com cardiozol e a insulino-terapia e, para essas três últimas, o pessoal de enfermagem tinha que fazer um curso com os médicos para poder auxiliá-los.

A equipe de enfermagem era formada por pessoas leigas, sem treinamento prévio em enfermagem psiquiátrica; eram cumpridores de ordens médicas e administrativas e a assistência prestada tinha características custodiais (MINZONI, 1975; SCATENA, 1982).

Aranha e Silva (2003) colocam que a ação de enfermagem, que era executada prevalentemente por agentes de nível médio, constava de cuidados com a alimentação (monitorar peso, hidratação e acompanhar a alimentação com colher, para evitar que se transformassem em instrumentos de ataques); cuidado com o sono (vigilância noturna, administração de medicamentos e estratégias para evitar o sono durante o dia); cuidados com a higiene (vigilância nos banhos coletivos, troca de roupas, conferência e controle de pertences de uso individual); vigilância contra atitudes agressivas, suicidas, depressivas, manipulativas, ansiosas, sociopatas, psicopatas, desviadas sexualmente e amorais; encaminhamento dos pacientes para o pátio algumas horas semanais. A autora afirma que a assistência prestada ao

interno tinha por objetivo principal vigiá-los.

Voltando novamente à Europa, verifica-se que a obra de Pinel foi um marco inicial para a história da Psiquiatria, mas, por ter criado um espaço específico para loucura e para o desenvolvimento do saber psiquiátrico gerou, ao mesmo tempo, críticas e elogios. Essas críticas, que se relacionavam ao caráter fechado e autoritário das instituições, proporcionaram um primeiro modelo de reforma à tradição pineliana; foram criadas, então, as colônias de alienados, que serviram para aumentar a importância social e política da Psiquiatria e neutralizar as críticas.

Após a Segunda Guerra Mundial, novas questões foram colocadas no cenário mundial. A sociedade europeia rejeitava qualquer experiência que lembrasse as terríveis experiências do nazismo e dos campos de concentração, repudiava a violência e o desrespeito aos direitos humanos. As condições dos internos em hospitais psiquiátricos eram vistas como resquícios das dificuldades ocorridas na Segunda Guerra e, por isso, foram fortemente criticadas e repelidas. Além do mais, diante do projeto de reconstrução nacional, tornava-se importante a restauração da mão-de-obra que havia sido invalidada pela guerra. Então, aconteceram várias reformas na assistência psiquiátrica tradicional, tais como: a Comunidade Terapêutica, na Inglaterra, que por meio da concepção de comunidade, tentou-se desarticular a estrutura hospitalar; a Psiquiatria de Setor, ocorrida na França, que defendia que o paciente deveria ser tratado no seu próprio meio social, mas conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fez nenhum tipo de transformação cultural em relação à Psiquiatria; a Psiquiatria Preventiva, ocorrida nos Estados Unidos da América, demarcou um novo campo da ciência, a Saúde Mental. Este novo campo promoveu, de forma iatrogênica, um maior número de pessoas consideradas doentes mentalmente e preparou terreno para um processo chamado de Desinstitucionalização. Esse processo se desenvolveu a partir de uma prática simples de desospitalização, ou seja, diminuição dos leitos hospitalares e das internações, com um objetivo meramente econômico (AMARANTE, 1995).

Todas as reformas ocorridas na Europa e nos Estados Unidos tinham a intenção de superar gradualmente a internação nos manicômios, de liberar a Psiquiatria (e o seu objeto) da coação e da cronicidade que esta produzia e devolver para essa especialidade o estatuto terapêutico a partir de outros dispositivos de atendimento. Isso ajudou a romper o predomínio cultural do modelo segregativo clássico, contudo, ambas têm em comum o fato de não criticarem a Psiquiatria, isto

é, a sua competência para lidar com a doença mental; isso constituiu o sinal mais macroscópico e dramático da falência dessas intenções. Duas correntes fizeram essa crítica, a Anti-Psiquiatria, originada na Inglaterra, na década de 1960 e a Psiquiatria Democrática Italiana, também surgida na década de 1960. A anti-Psiquiatria questionou não só a Psiquiatria, mas também negou a existência da doença mental. A Psiquiatria democrática italiana também questionava o saber psiquiátrico, mas ao contrário da anti-Psiquiatria, não negava a existência da doença mental, contudo propunha uma forma um tanto mais ampla de lidar com ela a partir de uma solução complexa, a desinstitucionalização (ROTELLI, 1990; ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Segundo Rotelli (1990), na Psiquiatria democrática, o objeto não é a doença, mas a existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social, logo, desinstitucionalização é:

[...] o processo crítico-prático para reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para esse objeto bastante diferente do anterior. [...] A ênfase não é mais colocada no processo de 'cura' mas no projeto de 'invenção de saúde' e de 'reprodução social do paciente' (ROTELLI, 1990, p. 30).

A experiência italiana criou uma rede de novas estruturas que objetivavam substituir integralmente a concepção anterior do hospital psiquiátrico. Essa constituiu-se de centros de Saúde Mental, um espaço aberto que funcionava 24 horas por dia; apartamentos que funcionavam como residências e cooperativas de trabalho, numa tentativa de aglutinar a inserção social e unidades de internação em hospitais gerais. O funcionamento dessa nova estrutura foi previsto pela Lei 180 (Reforma Psiquiátrica) e aprovada pelo Parlamento Italiano em 1978 (ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Nas décadas de 1960 e 1970, enquanto o mundo se voltava para desospitalização, o Brasil aumentava os seus leitos psiquiátricos e multiplicava as contratações das instituições privadas. No final da década de 1970, intensificaram-se, no País, as reflexões sobre a assistência à Saúde Mental. Surgiram vários movimentos sociais, dentre eles, os congressos na área da Psiquiatria marcados por críticas e debates a respeito da assistência e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que formulavam críticas ao paradigma psiquiátrico dominante e eram ativos na construção da reforma. Já na década de 1980, o MTSM

estabeleceu um diálogo, uma aliança com a sociedade, a partir da realização de encontros sistemáticos em conferências e fóruns. Em 1987, com a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, a aliança com a sociedade foi consolidada e o movimento anti-manicomial, composto por técnicos, usuários, familiares e intelectuais, sinalizou a necessidade de estratégia política mais ampla. Em 1989, técnicos envolvidos no movimento anti-manicomial assumiram a coordenação da política de Saúde Mental de alguns municípios, desencadeando a construção de novos serviços de atendimento à pessoa com sofrimento mental. (KANTORSKI; SILVA, 2001; OLIVEIRA, 2002).

Esse movimento, denominado de Reforma Psiquiátrica, “[...] pretende uma transformação no campo do saber, das práticas profissionais, educacionais e institucionais da Saúde Mental”; para isso, faz-se necessário reorganizar os serviços, criar novas modalidades de atendimento terapêutico como centros de assistência psicossocial, hospitais-dia, enfermarias e ambulatório em hospitais gerais (MACHADO; COLVERO, 2003, p. 673).

As enfermarias em hospitais gerais surgiram, principalmente, nos hospitais gerais universitários, na década de 1960 e 1970. No fim da década de 1970 e início de 1980, as internações em hospitais gerais articularam-se com a proposta da reforma psiquiátrica que propunha que essas deviam acontecer em unidades de internação ou Enfermarias de Psiquiatria em hospitais gerais e não em hospitais psiquiátricos tradicionais, na tentativa de evitar internações longas e, conseqüentemente, o hospitalismo, a cronificação, a perda de identidade, de vínculos sociais e de cidadania (BOTEGA; DALGALARRONDO, 1993).

A portaria ministerial nº 224¹, de 29 de Janeiro de 1992, estabelece normas acerca do atendimento em Saúde Mental e sobre os Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral. Coloca que este deve “[...] oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária após esgotar todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência”. Essa portaria estabelece que “o número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos”; as unidades de internação em Hospital Geral devem disponibilizar, além dos espaços próprios de um hospital geral, uma área externa para lazer, educação física

¹ Portaria 224/MS, de 29 de Janeiro de 1992, estabelece diretrizes e normas acerca da assistência em Saúde Mental.

e atividades socioterápicas. Estabelece, ainda, que esse serviço deve oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a) avaliação médico-psicológica e social; b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros); c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades sócio-terápicas); d) abordagem a família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, alta hospitalar e a continuidade do tratamento; e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade ambulatorial, hospital dia, núcleo/centro de atenção psicossocial, visando prevenir a ocorrência de outras internações.

A portaria citada anteriormente descreve a equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos no período diurno; esta deve ser composta por: “um médico psiquiatra ou um médico clínico e um psicólogo; um enfermeiro; dois profissionais de nível superior; profissionais de níveis médio e elementar necessários para realização do serviço”. De acordo com Brasil (2004, p. 252), “[...] esta portaria tornou-se imprescindível para regulamentar o funcionamento dos hospitais psiquiátricos que sabidamente eram, e alguns ainda são, lugares de exclusão, silêncio e martírio [...]”.

Em 2001, foi sancionada a Lei 10.216² de 2001, que estabelece que a internação só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares mostrarem-se insuficientes; define, ainda que o tratamento visará como finalidade permanente, à reinserção social; deverá oferecer assistência integral. A lei esclarece que é vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares.

A portaria 224 estabelece, também, que durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipe multiprofissional.

Segundo Teixeira *et al.* (2001), os membros da equipe terapêutica ou da equipe de profissionais que atendem ao doente mental devem trabalhar juntos, de forma harmoniosa e integrados, tendo em mente que todos são igualmente responsáveis pela assistência e bem-estar do paciente.

Alguns estudos apontam para dificuldades na relação de trabalho da equipe multiprofissional de Saúde Mental, principalmente nas unidades de internação. Colocam que o modo de organização da equipe pressupõe hierarquização do saber.

² LEI 10.216 de 6 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A enfermagem subordina-se ao trabalho médico, da mesma forma que o enfermeiro concentra o saber/poder dentro da equipe de enfermagem. Assinalam que não há troca e nem integração de saberes, prevalecendo a valorização de um saber em relação ao outro (BERTONCELLO; FRANCO, 2001; KIRSCHBAUM; PAULA, 2001).

Entretanto, Silveira e Alves (2003) encontraram uma relação horizontal do enfermeiro com os outros componentes da equipe multidisciplinar. Na equipe estudada por essas autoras, o enfermeiro assume, como os outros técnicos da equipe de Saúde Mental, a condução clínica do atendimento, apesar de encontrar dificuldades, no que concerne ao seu conhecimento acadêmico. Além disso, o enfermeiro orienta o trabalho dos auxiliares de enfermagem. Todos os profissionais, e mesmo os trabalhadores de nível médio, têm responsabilidades para com o atendimento e, segundo essas autoras, são essas responsabilidades que fazem a diferença, pois aumentam o envolvimento dos membros da equipe nas diretrizes políticas e clínicas do projeto.

Em relação ao trabalho do enfermeiro junto à equipe de enfermagem psiquiátrica de nível médio, Alencastre (1990) revelou que os auxiliares consideram o enfermeiro um profissional capacitado e importante para a enfermagem e para a instituição; um profissional que apóia e transmite segurança. Todavia, quando este se mantém longe dos pacientes, é considerado um profissional ineficaz, pouco colaborador, autoritário e burocrata.

Teixeira *et al.*(2001) escrevem que, sob a liderança do enfermeiro, os membros da equipe de enfermagem planejam, implementam e avaliam a assistência de enfermagem a cada paciente sob sua responsabilidade; criam e mantêm o ambiente terapêutico; participam ativamente do tratamento médico prescrito; atuam junto ao paciente e à família, atendendo as suas necessidades básicas; participam das atividades científicas, visando ao aprimoramento pessoal.

Furegato (1999) acredita que, se o enfermeiro valoriza a atenção individual e o respeito às necessidades dos pacientes, certamente ajudará a equipe a estabelecer um plano de assistência de enfermagem, valorizará o tempo gasto nas interações e atenções individualizadas e valorizará, também, as comunicações de cada um da equipe de enfermagem sobre suas impressões e preocupações com o paciente.

Segundo Teixeira *et al.*(2001), para atuar junto ao doente mental, os membros da equipe de enfermagem devem ter algumas características: gostarem da

profissão e da especialidade; terem maturidade emocional; serem sensíveis às necessidades do outro; terem discernimento e percepção aguçada; serem capazes de desenvolver sentimentos empáticos; saberem envolver-se emocionalmente de forma terapêutica; serem amistosos; saberem atuar em equipe; terem conhecimento, responsabilidade e competência no exercício de suas funções.

A assistência de enfermagem inclui, ainda, as atividades de higiene, alimentação, administração de medicamentos, aferição de sinais vitais, repouso, recreação e cuidados quanto a riscos, dentre outras. O mais importante é aproveitar essas oportunidades para estimular o autocuidado. É compreender que o comportamento do paciente é a expressão de suas dificuldades e oferecer, a partir desse entendimento, um estímulo que o ajude a desenvolver a capacidade de lidar com suas dificuldades. E, assim, a enfermagem estará agindo terapeuticamente (ROCHA, 1994).

Segundo Rocha; Bartmann; Kritz (1996), agir terapeuticamente exige flexibilidade e tolerância, consiste em observar, ouvir o que é e o que não é dito, procurar compreender o que se passa, para poder relacionar-se com o cliente. No entanto, quando o cliente faz algo inadequado, é importante ele encontrar alguém que não o censure, mas que possa analisar a situação com ele, de maneira firme, se necessário, mostrando que sua atitude é que não está sendo aceita, não sua pessoa.

Furegato (1999, p. 55) coloca que “ser terapêutico significa interagir de forma a ajudar o outro naquilo que ele precisa, no momento”. A autora enumera duas formas de relação terapêutica, uma que acontece sob a forma de processo de enfermagem e outra que pode ocorrer durante a execução de qualquer procedimento. Nessa última, a ajuda está centrada na ação de prover a necessidade do indivíduo. “Este encontro pode ocorrer em qualquer local e em qualquer momento, mesmo que durem apenas alguns segundos, esse contato deve ser de real interesse do profissional pelo paciente”.

Para que aconteça a relação terapêutica, é necessário estar com o paciente dia a dia e, segundo Oliveira (1992), estar com o paciente significa ouvi-lo e atendê-lo em suas necessidades, compreendê-lo, respeitar seus direitos e suas vontades. Escreve que a comunicação com o paciente é atribuição essencial da enfermagem, pois, apesar de contrariar o papel que foi determinado historicamente para os profissionais de enfermagem, principalmente os de nível médio, administrar

medicamentos e prestar cuidados físicos são cuidados complementares.

Castelo Branco *et al.* (1998) afirmam que, freqüentemente, os trabalhadores de enfermagem desempenham atividades centradas em rotinas (verificar sinais vitais, administrar medicamentos, realizar cuidados higiênicos e vigiar). Colocam que, para mudar essa forma de assistir, é necessário considerar as subjetividades de cada cliente, ou seja, conhecer as suas experiências, valores e conceitos. As autoras colocam, ainda, que as necessidades dos pacientes não se reduzem ao falar, mas principalmente à possibilidade de serem ouvidos, de se fazerem conhecer, serem compreendidos e aceitos como um ser humano único.

Alencastre (1990) assinala que a assistência psiquiátrica se processa no nível das relações interpessoais, e, sendo assim, é um importante instrumento de trabalho da enfermagem. Contudo, Filizola (1997) verificou, em duas instituições psiquiátricas brasileiras, que, apesar de as instituições brasileiras de ensino e a literatura darem ênfase ao relacionamento terapêutico como instrumento do enfermeiro no cuidado em enfermagem psiquiátrica e, ainda, os enfermeiros que trabalham nas instituições pesquisadas reconhecerem a relação terapêutica como base das suas ações, na prática, não têm sido utilizadas. A autora observou, nessas instituições, que o cuidado do enfermeiro para com o paciente psiquiátrico é indireto, portanto, não se estabelece uma relação terapêutica, pois se entende que esta relação pode ser não só aquela planejada, mas também toda relação que o profissional estabelece no cuidado direto ao paciente. Os enfermeiros dessas instituições delegam parte dessa função aos outros integrantes da equipe de enfermagem, que permanecem maior tempo com o paciente. Todavia, a pesquisadora coloca que esses não têm capacitação nessa área. Investigou os motivos pelos quais os enfermeiros não exercem seu papel terapêutico, mesmo tendo consciência dele, e concluiu que assumir seu papel terapêutico não é meramente questão de competência técnica, mas de outros fatores como a filosofia da instituição (do que a instituição exige desses profissionais) e de luta de poder entre os profissionais, que fazem da clientela um meio para a “realização profissional, conquista de *status* e de poder” (ALENCASTRE, 1990, p.187).

Já Kantorski; Pinho; Schrank (2003), em um estudo de revisão sobre experiências de enfermeiros com pacientes, nas quais o relacionamento terapêutico foi a base do atendimento, encontraram que todas as experiências tiveram como alicerce o apoio psicológico e a empatia e demonstraram um fortalecimento do

vínculo, estímulo ao autocuidado, diminuição do isolamento pelo paciente e propiciaram a compreensão do profissional em relação à forma de expressão e pensamento do paciente.

De acordo com autores citados, fica claro que a equipe de enfermagem é importante para o cuidado do doente mental internado ou em tratamento em outros equipamentos de atenção à Saúde Mental. Tanto os enfermeiros como os profissionais de nível médio devem não apenas basear suas ações em técnicas de higiene, alimentação, administração de medicamento, mas também realizar essas ações de forma planejada, investir no desenvolvimento de vínculo, empatia, ou seja, numa relação terapêutica. A literatura revisada aponta a importância do trabalho da enfermagem como peça-chave para melhorar a qualidade da assistência em Saúde Mental, entretanto, pesquisas sobre a atuação da equipe de enfermagem psiquiátrica demonstram que ela ainda não encontrou seu papel nesse novo modelo que não visa mais ao isolamento do indivíduo e, sim, à reintegração dele à sociedade; nesse modelo, o trabalho nos equipamentos de assistência não é mais institucionalmente hierárquico e medicalizado e, sim, construído por todos os integrantes da equipe “[...] onde o agente de Saúde Mental de nível superior e médio e os usuários são desafiados a disponibilizar o seu saber [...]” (ARANHA E SILVA, 2003, p. 5).

Zerbetto e Pereira (2005) efetuaram um levantamento bibliográfico sobre o trabalho em Saúde Mental dos profissionais de nível médio de enfermagem que trabalham nos serviços alternativos/substitutivos e encontraram descrições de mudanças na organização do trabalho, em que esses trabalhadores de nível médio rompem hierarquias (do poder/saber), estabelecem relações com o usuário e tornam-se profissionais que intervêm não apenas tecnicamente. Contudo, a maioria dos estudos levantados revela que o trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem ainda está baseado em um modelo biológico; eles não têm formação suficiente na área, têm um pensamento acrítico em relação ao seu trabalho e subalterno aos profissionais de nível superior. Para essas autoras, o trabalho desses profissionais encontra-se em um processo de transição entre um modelo tecnicista de assistência em Saúde Mental para um modelo que visa à satisfação das necessidades do usuário. Colocam que esses profissionais necessitam de ser sujeitos sociais críticos, participativos e transformadores. Fazem considerações sobre a desvalorização dessa classe e chamam a atenção do enfermeiro para a

responsabilidade nessa valorização. Chamam a atenção, também, do enfermeiro-professor, responsável por seu processo formativo, para a necessidade de uma nova concepção do “objeto” da Saúde Mental e uma nova forma de trabalhar com esse objeto.

Segundo Campos e Barros (2000),

[...] este é o momento de **rever o objeto de trabalho** (construir o sujeito enquanto cidadão), **a prática** (utilizar-se de novos instrumentos e com isso ampliar sua possibilidade de intervenção) e ampliar **a finalidade da assistência**, para além da remissão dos sintomas manifestos (CAMPOS e BARROS, 2000, p. 275, grifo do autor).

Oliveira e Alessi (2003, p. 337) analisaram quais as concepções de objeto, instrumentos e finalidade do trabalho realizado pelos enfermeiros em Saúde Mental e encontraram que há deficiência no processo de formação do enfermeiro que atua em Psiquiatria. Há, conseqüentemente, indefinição acerca do seu papel, o que ocasiona o desvio da sua real função para o desenvolvimento de atividades burocrático-administrativas. Muitas vezes, ocupam-se com atividades que têm por finalidade a organização do trabalho dos demais profissionais e são os enfermeiros os profissionais que menos realizam atendimentos diretos à clientela. Sobre a atuação do enfermeiro no contexto atual da reforma psiquiátrica, o estudo aponta que a maioria dos enfermeiros não se sentem preparados para atuar nessa área. Quanto à concepção do objeto de trabalho do enfermeiro, colocam que é ainda baseado no modelo organicista e, apesar de criticarem este modelo de assistência, não se vêem como agentes transformadores dessa realidade. As autoras consideram que o momento atual do trabalho de enfermagem em Saúde Mental caracteriza-se pela transição entre uma prática de cuidados hospitalares que objetivava o controle e o isolamento dos indivíduos doentes mentais e a construção de uma prática interdisciplinar, aberta às subjetividades dos sujeitos. “É, portanto, período crítico para a profissão e favorável para o conhecimento e análise de trabalho nessa área”.

Souza (1997) descreveu sua experiência em um hospital-dia em Saúde Mental da cidade de São Paulo. Coloca que, no início, a assistência de enfermagem limitava-se a ministrar medicamentos e orientar sobre seu uso à noite e nos finais de semana (quando o paciente ficava em casa) e observar o comportamento e os sinais e sintomas físicos. Na tentativa de alcançar uma assistência mais adequada e de

melhor qualidade, procurou na literatura embasamento sobre assistência de enfermagem psiquiátrica, sobre plano de cuidados individualizado e sobre educação em serviço. A partir disso, buscou outras formas de assistir o paciente e sua família, que seriam participativos no processo de tratamento e em que os auxiliares de enfermagem não fossem meros cumpridores de ordens, mas participassem do processo de elaboração do plano de assistência de enfermagem. Para isso, a equipe de enfermagem, juntamente com outros profissionais, desenvolveu grupos terapêuticos e de socialização. A enfermeira coordenou os grupos de jornal, expressão gráfica, cuidados pessoais, enfermagem, música e alta. Os auxiliares de enfermagem que tinham preparo para tal coordenaram os grupos de artes, atividade vocal, jogos e recreações; atuaram como auxiliares terapêuticos nos grupos de jornal, cuidados pessoais, culinária, criações, horta, jardinagem, vídeo e música. Após essa experiência, a autora concluiu que a prestação de serviços no hospital-dia proporcionou satisfação pessoal e profissional à equipe de enfermagem, que optou por assistir os pacientes mediante uma proposta inovadora. Acrescentou, ainda, que o paciente buscou nesse serviço atenção, estímulo e orientação, um serviço que a enfermagem sempre poderá oferecer.

Carvalho e Felli (2006) realizaram um estudo com auxiliares e uma enfermeira em um hospital psiquiátrico e verificaram que os sujeitos do estudo vêem a natureza do objeto de trabalho como um indivíduo segregado da sociedade; para eles, o local de tratamento (espaço institucional) reproduz a necessidade de vigilância e controle; o saber é caracterizado pelo conhecimento a respeito do seu cotidiano, com pouco conhecimento técnico-científico; o método utilizado em situações de agitação dos pacientes é a contenção mecânica. As autoras afirmam que a falta de recursos humanos faz com que a contenção mecânica seja realizada de forma inadequada, o que acaba acarretando brigas entre o paciente e os trabalhadores de enfermagem. Sobre as técnicas que empregam, os trabalhadores descrevem que fazem procedimentos como administração de medicamentos e dietas e ainda a contagem diária dos pacientes. Na distribuição de tarefas, o cuidado prestado direto ao paciente é realizado pelos auxiliares, enquanto o enfermeiro delega a distribuição de tarefas, não assumindo nenhuma atividade assistencial direta ao paciente.

Em um estudo de Souza, Alencastre e Saeki (2000) sobre enfermeiros que trabalham em instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto, identificaram, entre outros fatos, que o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros é eminentemente burocrático-

administrativo e que a maioria deles não tinha cursos de especialização ou atualização e não participava de treinamentos.

Souza (2003) observou e descreveu as ações de enfermagem no cenário do cotidiano de uma instituição psiquiátrica e evidenciou que as ações do enfermeiro que demandavam a maior parte do tempo eram as atividades burocráticas e administrativas; eles não pareciam ter horário disponível para escutar o paciente, deixando a desejar a relação enfermeiro-paciente. Alguns realizavam cuidados diretos, contudo, sem planejamento. Sobre o profissional de enfermagem coloca que

[...] sem ter uma visão abrangente de suas atribuições, ocupa-se de tudo [...]. Porém, fica faltando o fundamental, ou seja, definir o plano terapêutico que deve ser desenvolvido pela enfermagem e a orientação dos auxiliares de enfermagem na interação com os pacientes (SOUZA,2003, p. 683).

Bertoncello e Franco (2001, p. 85) encontraram, em um estudo bibliográfico sobre atividades administrativas do enfermeiro em Saúde Mental como um instrumento do processo de trabalho, que as atividades administrativas não são planejadas, coordenadas e avaliadas e que, portanto, “[...] não estão realmente voltadas para a melhoria da assistência de enfermagem e da Saúde Mental, e sim para controle e manutenção da ordem nos serviços”. Colocam que essas atividades ocupam muito tempo do enfermeiro, que, conseqüentemente, não estabelece nenhum tipo de relação com os pacientes, pois não lhes presta assistência direta. Consideram que esse distanciamento do paciente e a falta de um plano de trabalho com objetivos definidos afeta toda a equipe, gera incredibilidade do trabalho do enfermeiro com a clientela e equipe de trabalho.

Kirschbaum e Paula (2001, p. 81) pesquisaram, em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital geral (UPHG), o campo de atuação do enfermeiro em serviço de Saúde Mental e verificaram que a assistência direta do enfermeiro estava ligada ao cuidado individual hospitalar (medicação e higiene) e a assistência indireta estava relacionada ao serviço burocrático. Segundo essas autoras, as ações de enfermagem são subordinadas à concepção de que os serviços adotam acerca do fenômeno do adoecer. Na UPHG, o objeto é a crise do doente internado e segue o modelo hospitalar de atendimento. As autoras consideram que o enfermeiro adquire distintas posições de acordo com a instituição e que o não-reconhecimento dessa condição pode levar o enfermeiro a se assumir

“[...] num ativismo acrítico e a desenvolver práticas pouco fundamentadas teoricamente, o que não contribui para melhorar nem a assistência de enfermagem, nem a assistência em Saúde Mental [...]”.

Num estudo de revisão, Machado e Colvero (2003) descrevem e analisam experiências de implantação de enfermarias psiquiátricas em Hospital Geral, pontuando a tolerância para com o doente e a atuação da equipe de enfermagem. Colocam que houve resistência, preconceitos e incompreensão entre os profissionais de outras especialidades e entre os usuários dos hospitais no início do funcionamento das unidades no hospital geral, mas, passado um tempo, contribuíram para uma relação de tolerância para com o doente mental, com mudanças significativas no comportamento da sociedade em relação ao paciente psiquiátrico, como redução do preconceito e discussões das questões relacionadas à convivência com o doente mental no dia-dia. Sobre a atuação da equipe de enfermagem, a maioria dos estudos revisados revela que o trabalho desses profissionais ainda está pautado no paradigma biológico e concluem que a equipe de enfermagem necessita de contextualização prático-teórica para uma assistência pautada em cuidados subjetivos.

Como já foi afirmado anteriormente, a assistência de enfermagem psiquiátrica foi construída em conjunto com a Psiquiatria tradicional. O tratamento era baseado na segregação, na manutenção da ordem e no controle dos doentes. Isso se conseguia a partir de atitudes agressivas, coercivas e autoritárias, advindas principalmente dos “enfermeiros”. A nova lógica da assistência em Saúde Mental exige um novo objeto de trabalho e a renovação de seus instrumentos para alcançar uma nova finalidade. O novo objeto (o ser em sofrimento mental) demanda novas formas de cuidado, baseadas não mais na doença e, sim, no indivíduo. Os trabalhos sobre a assistência de enfermagem em Saúde Mental aqui citados mostram que as antigas práticas, mesmo que defasadas em relação ao atual contexto político econômico e social, ainda prevalecem. Muitas vezes, são práticas que obedecem à lógica da instituição, outras vezes, estão arraigadas na História da Psiquiatria. As Leis, os Decretos, as Portarias e os novos serviços substitutivos de assistência, não garantem que as práticas de enfermagem sejam modificadas. Isso se torna verdade, quando se percebe que, em alguns lugares, a enfermagem trabalha de forma diferenciada e consegue resultados positivos e, em outros locais, ainda permanece inerte às transformações, mantendo e reproduzindo práticas pouco eficientes,

produzindo frustrações na equipe, nos usuários e na sociedade.

Percurso Metodológico

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa caracterizou-se por ser um estudo de caso exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa dos dados. Essa classificação deu-se devido às características do objeto de estudo, dos objetivos propostos e dos procedimentos técnicos utilizados.

A proposta do estudo de caso é o aprofundamento exaustivo de um ou mais objetos, para se obter amplo e detalhado conhecimento. Esse tipo de estudo é “adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto real” (GIL, 2002 p. 54).

O estudo de caso é utilizado nas ciências sociais para diferentes propósitos tais como explorar situações de vida real cujos limites não estão claramente definidos; descrever situações do contexto em que está sendo feita a investigação, dentre outros (GIL, 2002).

A pesquisa exploratória, segundo Gil (2002), tem como um dos seus objetivos proporcionar maior familiaridade com o problema para torná-lo mais explícito. Envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

A exploração do problema foi realizada durante a primeira fase da pesquisa, quando fui a campo para familiarizar-me com o problema e fiz uma pesquisa bibliográfica sobre o problema a ser investigado.

Depois procurei observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos ou fenômenos (variáveis). Essas ações são características da pesquisa descritiva. Todas essas são feitas sem que o pesquisador interfira nelas ou as manipule. Esse tipo de pesquisa tem como objetivo fundamental a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, isto é, aquelas que visam a estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, e outros. Uma de suas características mais significativas é a

utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, tais como o questionário e a observação sistemática (GIL, 2002).

A opção pela abordagem qualitativa deveu-se aos objetivos do estudo, pois, para alcançá-los foi necessária a valorização das ações e das relações humanas, com seus significados.

De acordo com Biasoli-Alves (1998), a pesquisa qualitativa busca a intensidade mediante apreensão dos significados nas falas e/ou pela observação do comportamento dos sujeitos, interligados ao contexto em que estão inseridos e delimitados a partir da abordagem conceitual do pesquisador, “trazendo à tona, na redação, uma sistematização baseada na qualidade, sem a pretensão de atingir o limiar de representatividade” (p.149). Essa abordagem trabalha com a percepção do vivido, com os significados das motivações, atitudes e valores (MINAYO, 1993).

Esta pesquisa teve como objetivo geral investigar a atuação da equipe de enfermagem de nível médio em uma enfermaria de Psiquiatria de um hospital geral, e, para atendê-lo, foi realizada a observação participante bem como entrevistas com perguntas semi-estruturadas.

Durante a fase de observação, procurei conhecer e apreender o espaço físico, a organização e dinâmica do serviço, bem como acompanhar os integrantes da população em estudo durante o desempenho de suas atividades rotineiras. Durante as entrevistas semi-estruturadas, pude apreender os significados nas falas dos sujeitos a respeito da sua atuação.

3.2 Local de estudo

O estudo foi realizado na Enfermária do Setor de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia.

A seguir, será feita a caracterização do local de estudo. Iniciarei com uma breve descrição da importância da cidade de Uberlândia para a região do Triângulo Mineiro³; depois sobre a disposição da rede de Saúde Mental do município e como o local de estudo se insere nessa rede⁴ e, por último, a descrição do local de estudo e do trabalho que é desenvolvido pela equipe multiprofissional.

³ informações disponíveis no *site* www.uberlandia.mg.gov.br.

⁴ informações disponíveis no *site* www.hc.ufu.br.

A descrição da equipe de enfermagem de nível médio e do seu trabalho está disposta no capítulo “Apresentação dos resultados e discussão”, já que a caracterização dos sujeitos e a descrição das suas atividades foi um dos objetivos específicos propostos nesse estudo.

3.3 Caracterização do local do estudo

Uberlândia é a terceira maior cidade do Estado de Minas Gerais - Brasil, com cerca de 600 mil habitantes, possui uma área de mais de 4000 km². Localiza-se no oeste do Estado, na região do Triângulo Mineiro. Sua economia é baseada nas agroindústrias, que formam na região um importante centro industrial. Também se destaca na cidade o setor de serviços. Estão sediadas nesta cidade grandes atacadistas de atuação nacional, devido à localização geográfica da cidade na região central do Brasil. Nos últimos 30 anos, houve um aumento vertiginoso da população na cidade, e, apesar da pujança econômica das grandes empresas, Uberlândia caracteriza-se por oferecer mão-de-obra abundante e barata, com salários, no geral, menores que os de outras cidades de porte maior.

A cidade tem apenas um hospital público, o Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia, que é mantido por órgãos públicos federais e também pela Fundação de Assistência, Estudo e Pesquisa de Uberlândia (FAEPU).

Na rede de atendimento em Saúde Mental do município, existem dois locais destinados à internação psiquiátrica: a Clínica de Reabilitação Mental Jesus de Nazaré, uma clínica filantrópica com alguns leitos conveniados pelo SUS e a Enfermaria do Setor de Psiquiatria do HCU/UFU, a única da região inserida em um hospital geral. A rede de Saúde Mental de base comunitária é composta por seis Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), vinculados à Secretaria Municipal de Saúde e um CAPS álcool e drogas vinculado à UFU. A Prefeitura também disponibiliza dezoito psicólogos contratados para atender 36 PSF existentes.

O HCU foi construído como unidade de ensino para o ciclo profissionalizante do Curso de Medicina da extinta Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia. Inaugurado em 26 de agosto de 1970, o hospital iniciou suas atividades em outubro

do mesmo ano com apenas 27 leitos. Atualmente, 36 anos após sua inauguração, o HCU possui 50.000m² de área construída, 503 leitos e 3.385 funcionários. O hospital realiza, por dia, uma média de 2.659 atendimentos e é referência em prestação de serviços hospitalares de média e alta complexidade, para quase três milhões de pessoas de 86 municípios da Região do Triângulo Mineiro e do Alto Paranaíba, classificando-se como o único hospital público da cidade e o segundo maior hospital prestador de serviço pelo Sistema Único de Saúde de Minas Gerais.

3.4 Setor de Psiquiatria e Psicologia Médica (SPPM)

O Setor de Psiquiatria e Psicologia Médica (SPPM) está localizado no complexo hospitalar do HCU, em um prédio distinto. Fica próximo à lavanderia, à caldeira, ao Setor de Nutrição, ao almoxarifado, ao Setor de Manutenção Hospitalar, à Medicina Legal e ao necrotério.

O prédio tem dois andares, o térreo e o primeiro andar. No térreo, fica a portaria, a recepção, a sala da assistência social, a secretaria, a copa, o pátio, uma sala de aula e dois consultórios da psicologia. No primeiro andar, encontra-se o ambulatório, a sala da terapeuta ocupacional, a enfermaria e o posto de enfermagem.

O SPPM oferece serviços de Psiquiatria e Psicologia médica de emergência, ambulatorial, domiciliar e de internação. O serviço dispõe de uma equipe multidisciplinar composta por uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, duas psicólogas, um médico clínico, onze médicos psiquiatras, dos quais três são docentes da Faculdade de Medicina da UFU, quatro são residentes de Psiquiatria e quatro são contratados pela HCU e lotados no Setor de Psiquiatria; uma equipe de enfermagem, composta por uma enfermeira-chefe, três enfermeiras coordenadoras de turno, seis técnicos de enfermagem, dezoito auxiliares de enfermagem, um padioleiro e um auxiliar de serviços diversos (funcionários que desempenham as mesmas atividades que os auxiliares).

A porta de entrada para o serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica é o Pronto-Socorro (PS) do HCU. Os pacientes chegam por encaminhamentos de serviços de cidades vizinhas ou por unidades de base comunitária de Uberlândia, são trazidos pelos familiares, polícia, bombeiros e, em alguns, casos, procuram o

serviço voluntariamente.

Sua organização administrativa e clínica, como todo HCU, é hierarquizada e dividida por chefias. A chefia geral do setor é realizada por um médico clínico, que é responsável pela administração do corpo clínico, pela Residência Médica em Psiquiatria e por todos os serviços oferecidos no setor. A chefia do ambulatório é realizada por uma médica, que é responsável pela escala de profissionais médicos e pela organização das atividades do ambulatório.

A chefe de enfermagem trabalha no local há dezesseis anos, não tem formação específica na área, mas acumula vários títulos em outras especialidades. É responsável pelas escalas do o pessoal de enfermagem e limpeza e também pela organização dos serviços oferecidos no setor. A ela estão subordinados os enfermeiros coordenadores de turno, os técnicos e auxiliares de enfermagem, os auxiliares de serviços diversos (esses têm as mesmas atribuições que os auxiliares de enfermagem), os auxiliares administrativos, as secretárias e os padioleiros.

A chefia do atendimento domiciliar é dividida entre uma das médicas psiquiatras, a assistente social e uma das enfermeiras do SPPM.

A equipe do Setor de Psiquiatria também acompanha os pacientes do Programa de Atendimento Domiciliar Psiquiátrico - PAD psiquiátrico, do ambulatório e da enfermaria, em passeios a parques, circos, sorveterias, *shopping* e cinemas; realizam festas em datas comemorativas e participam todos juntos de um coral idealizado por funcionários e trabalhadores desse setor, chamado de “Coral dos Usuários e Amigos da Psiquiatria”. Eles ensaiam todas as terças-feiras das 16h às 17h, com a ajuda de uma professora de canto, que é voluntária nesse projeto. A equipe discute as altas e os casos dos pacientes e de suas famílias em uma reunião semanal, que acontece todas as quartas-feiras das 8h às 10h.

3.4.1 O serviço de emergência

Esse é realizado no pronto-socorro (PS) do HCU. A avaliação dos pacientes fica a cargo dos médicos do SPPM que cobrem os atendimentos do PS 24 horas por dia. Não existe uma equipe de enfermagem específica para atender os casos de emergência psiquiátrica, esses são atendidos pela enfermagem do próprio pronto-socorro. Após o atendimento de emergência, os pacientes são encaminhados para

os atendimentos domiciliar, ambulatorial ou de internação conforme avaliação psiquiátrica.

3.4.2 O serviço domiciliar

A equipe multidisciplinar do Setor de Psiquiatria realiza esse serviço a partir do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) psiquiátrico.

Esse programa consiste em visitas domiciliares para os pacientes que necessitam desse tipo de acompanhamento, principalmente os que são resistentes ao atendimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e para os que necessitam de um acompanhamento mais freqüente, mas que, no entanto, não precisam de internação hospitalar. A equipe do PAD psiquiátrico realiza orientações individuais e familiares sobre a doença e a Saúde Mental e sobre o uso dos medicamentos psicotrópicos. Para estar inserido nesse programa é necessário ser paciente do HCU.

Tanto os pacientes da Psiquiatria, quanto os pacientes de qualquer outra especialidade podem ser acompanhados pelo PAD psiquiátrico, desde que sejam encaminhados por médicos do HCU de outra especialidade e, que, depois de avaliados pela equipe do PAD, tenha sido detectada a necessidade desse tipo de acompanhamento.

As visitas são realizadas todas as segundas-feiras das 7h às 12h e os retornos são programados conforme avaliação da equipe. Participam dessas visitas um médico psiquiatra, uma enfermeira, um residente de Psiquiatria, um acadêmico de enfermagem e outro de psicologia e a assistente social.

3.4.3 Serviço ambulatorial

São realizadas consultas médicas (atendimento infantil e adulto), acompanhamento psicológico e social do paciente e da família.

3.4.4 O setor e o serviço de internação

O acesso ao Setor pode ser feito por três portarias sendo: a portaria 1 (entrada principal do HCU), portaria 2 (entrada de funcionários) e a portaria 3, que é a mais próxima do prédio do Setor de Psiquiatria e é por onde se dá a entrada dos usuários do ambulatório e das visitas e acompanhantes dos pacientes internados na enfermaria de Psiquiatria.

A portaria 3 tem uma área externa com bancos de cimento; um jardim e uma ante-sala também equipada com bancos de cimento, que serve como sala de espera. Adentrando o setor, e ao lado da ante-sala, existe uma recepção composta por uma mesa com cadeiras para os funcionários, vasos de plantas, quadros de pintura e um mural para anexar recados e informativos. Além da portaria 3, existe outro acesso para a recepção que se interliga com o prédio do HCU e, conseqüentemente, é o acesso de quem entra pelas portarias 1 e 2 e também dos pacientes encaminhados pelo Pronto-socorro do HCU para internação.

Os recepcionistas são lotados no Setor de Portaria. Eles não são fixos no Setor de Psiquiatria, trabalham em todas as portarias do HCU. Suas escalas são definidas pela chefia do Setor de Portaria.

O trabalho da recepção é dar informações aos usuários, aos visitantes e aos acompanhantes sobre o funcionamento; receber os pertences dos pacientes que são entregues pelos familiares; controlar entrada e saída de visitas (três visitas e um acompanhante por paciente internado) e de bens do hospital (não pode entrar e nem sair nenhum bem do setor sem a autorização prévia da direção do hospital); receber e repassar para a enfermagem os cigarros que são entregues pelos familiares (a recepção é autorizada a liberar 30 cigarros por dia para cada paciente). É também função da recepção ligar para os funcionários do setor e para os pacientes e seus familiares, de acordo com as ordens médicas ou da enfermeira. Além disso, guardam e controlam a liberação das chaves de todas as salas.

3.4.5 Assistência Social

Em uma sala ao lado da recepção, funciona o serviço da assistente social, que trabalha de segunda a sexta-feira, no período da manhã. Seu trabalho está

ligado aos encaminhamentos de admissões e altas feitas pelos médicos. Entre outras atividades, faz o acolhimento dos pacientes e dos familiares na admissão e na alta hospitalar; explica a rotina do setor e coleta dados sobre a história pregressa; é responsável por autorizar ligações telefônicas; realiza grupos socioeducativos com familiares de pacientes internados; busca informações para identificar os pacientes que chegam ao serviço sem identificação e procura informações sobre seus familiares; realiza avaliação social dos pacientes e de seus familiares e faz encaminhamentos para recursos sociais.

Além disso, a assistente social participa das reuniões administrativas; acompanha os residentes de Psiquiatria na abordagem familiar; comunica, apóia e dá suporte social em caso de morte ou fuga e faz orientações para os pacientes e familiares sobre seus direitos sociais.

3.4.6 Secretaria

Ao lado da recepção, entrando em direção à enfermaria, localiza-se a secretaria e uma copa para uso dos funcionários. O trabalho da secretaria é subordinado ao serviço de enfermagem. Trabalham no local três secretários, cujas funções são encaminhar as altas para o Setor de Altas e Óbitos; digitar os pedidos eletrônicos de exames laboratoriais que são realizados no setor e encaminhar os pedidos de exames que são feitos fora do setor como ecocardiograma, ultrassom, raios-X, e outros.

Além disso, os secretários protocolam as internações e as altas para o controle e regulação do SUS - Saúde Mental - a cada 15 dias e para o Ministério Público, duas vezes por semana; repassam para a Secretaria Municipal de Saúde a relação semanal de altas e de epicrise geral; fazem a relação semanal de altas e óbitos para a Comissão Revisora das Internações Psiquiátricas Involuntárias; digitam os memorandos e circulares e as escalas dos funcionários do setor; montam e organizam as pastas (prontuários, relatórios de enfermagem) na internação e na alta dos pacientes; repõem e organizam os blocos de formulários; redigem as atas das reuniões administrativas; auxiliam na organização das salas de aulas existentes no setor, arrumam as salas de aulas, organizam os equipamentos (*data show*, retroprojetor) e as listas de presença.

3.4.7 Rampas

O acesso ao ambulatório, à sala de terapia ocupacional, ao pátio, à sala da psicologia e à enfermaria é feito por meio de rampas. Uma porta de ferro separa a rampa que dá acesso ao ambulatório, à sala de terapia ocupacional, à secretaria e à recepção das rampas que dão acesso ao pátio, sala de psicologia, às salas de aula e à enfermaria.

3.4.8 Ambulatório, Terapia Ocupacional (TO) e Psicologia

Saindo da secretaria, encontra-se uma rampa que dá acesso a um lado do primeiro andar que fica sobre a ante-sala, recepção, copa, secretaria e sala da assistente social.

O serviço ambulatorial pertence à universidade e não está interligado com a rede de Saúde Mental do Município. No ambulatório, são realizadas consultas médicas (atendimento infantil e adulto), acompanhamento psicológico, de terapia ocupacional e social do paciente e da família.

A terapeuta ocupacional atende alguns dias da semana aos pacientes ambulatoriais em uma sala de TO localizada no ambulatório e duas vezes na semana faz atividades individuais e grupais com os pacientes internados na enfermaria.

A psicóloga realiza atendimentos individuais com os pacientes ambulatoriais e com os que estão internados.

3.4.9 Pátio

Após a rampa e o portão de ferro, localiza-se lateralmente à direita, o portão de acesso ao pátio.

Rentes à entrada do pátio existem dois banheiros pequenos, apenas com um vaso sanitário e uma pia, cujas portas não têm trancas nem maçanetas nem placas informando qual é o banheiro masculino e qual é o feminino; todavia, os próprios

pacientes estabeleceram uma distinção entre o de uso das mulheres e o de uso dos homens.

O pátio possui uma área coberta e cimentada com bancos de cimento, uma pia e um bebedouro. Na área descoberta, fica uma quadra que estava interditada pela Vigilância Sanitária, no período da observação, porque havia dejetos de gatos na areia, o que a tornava insalubre e inadequada para o uso; um teatro de arena; três quiosques com mesas de cimento; um galpão com quatro pias de inox, um bebedouro; uma mesa grande com quinze cadeiras usadas para atividades da TO e de voluntários que realizam atividades diversas com os pacientes como canto, pintura, entre outras. No meio do pátio, há um chafariz que não estava funcionando. Todo o pátio é rodeado por gramado e jardim com flores. As paredes são coloridas, prevalecendo as cores rosa, azul e branca. Esse espaço foi construído recentemente e é objetivo da instituição desenvolver programas específicos e interdisciplinares, conforme o seu projeto terapêutico, todavia, esses programas ainda não haviam sido implementados.

Retornando ao portão de acesso ao pátio, existem duas rampas uma de acesso a sala da Psicologia e as salas de aula e outra que dá acesso a enfermaria de Psiquiatria.

3.4.10 Enfermaria

A enfermaria oferece 32 leitos para internação. Além dos quartos, é composta por um salão; por uma sala de prescrição médica, onde são feitas as avaliações e prescrições; uma sala usada para atendimentos de emergência, onde ficam disponíveis um desfibrilador, uma maca, uma bala de oxigênio, um ambu e medicações de emergência. Há também uma copa para os funcionários; um expurgo e uma rouparia.

A enfermaria de Psiquiatria é credenciada no SUS com 36 leitos; oficialmente, não existe a divisão entre leitos para pacientes agudos e em crise e também não está especificada a quantidade de leitos femininos e masculinos. A enfermeira remaneja os leitos conforme a necessidade de internações.

Na entrada da enfermaria, existe um portão de ferro que fica trancado e que separa a enfermaria das demais rampas. Todos os funcionários têm uma cópia da

chave do portão e o acesso dos visitantes é por meio de uma campainha que, quando acionada, soa dentro do posto de enfermagem.

Logo à entrada, à esquerda, ficam os quartos masculinos; no centro está localizado o posto de enfermagem, o salão e a sala de prescrição médica e de enfermagem e os quartos femininos estão localizados à direita do salão e serão descritos nessa ordem.

São três quartos masculinos e cada um contém quatro camas hospitalares, totalizando doze leitos. Os quartos têm portas de madeira sem maçaneta e sem tranca. Cada quarto possui duas janelas com grades e telas e luminárias que são embutidas no teto e protegidas por grades. Além dos doze leitos, existe uma maca no corredor, que é utilizada como leito, quando necessário.

O banheiro masculino é coletivo e composto por uma área ampla logo à entrada, com uma pia e um espelho e um corredor estreito contendo, de um lado, quatro chuveiros elétricos embutidos na laje, cada um com uma porta individual sem maçaneta e sem tranca e do outro lado, quatro vasos sanitários também com portas individuais.

As portas dos chuveiros e sanitários abrem para fora, o que torna a passagem do corredor mais estreita ainda e dificulta a deambulação dos pacientes e o trabalho da enfermagem no auxílio dos banhos. Os pacientes podem andar livremente dos quartos para o salão, para o banheiro e para o posto de enfermagem.

O salão fica no centro da enfermaria em frente ao posto de enfermagem e entre os quartos femininos e masculinos. Tem formato em “L”. Em uma parte, fica um balcão onde são servidas as refeições, um tapete com almofadas e bancos de cimento. A outra parte é usada para os pacientes fazerem as refeições, descansar, fazer atividades e assistirem à televisão. Essa outra parte é composta por quatro mesas de cimento com bancos para seis lugares. Cada mesa tem pintada em seu tampo dois tabuleiros de dama. Nessa área, também existe um aparelho televisivo de 29 polegadas; um mural, onde são expostos os desenhos feitos pelos pacientes; um bebedouro e uma lixeira grande.

No salão, há uma porta que dá acesso ao expurgo e outra que dá acesso à rouparia. O expurgo fica ao lado da rouparia e tem dois *rampers* para dispensar roupas sujas, contudo, esses ficam expostos no salão, ao invés de ficarem trancados no expurgo. A rouparia é pequena e possui prateleiras com roupas de cama e para os pacientes.

A sala de prescrição médica e de enfermagem contém três mesas e seis cadeiras, um computador e uma impressora.

Geralmente, as avaliações são feitas por três médicos, um psiquiatra e dois residentes de Psiquiatria. No horário das avaliações médicas, os pacientes são chamados de três em três, por um técnico ou um auxiliar que permanece na sala durante as avaliações.

O posto de enfermagem é dividido em uma sala para preparo de medicação e uma ante-sala. A ante-sala é para os profissionais de enfermagem escreverem seus relatórios e é onde são fixadas as escalas do pessoal de enfermagem, avisos pertinentes ao serviço, prontuários dos pacientes e impressos.

A sala de medicação é composta por um balcão na forma de “L”, azulejado, com armários embaixo. Esse armário guarda o descarte de material pérfuro-cortante, bacias para banho e jarra para servir água aos pacientes. Acima do balcão, há duas prateleiras, uma com escaninhos, identificados por ordem alfabética, onde são guardados os *glisters* que chegam da farmácia, com os medicamentos da prescrição diária dos pacientes e uma caixa com medicamentos em gotas, pomadas e outros. O balcão é dividido em uma área para preparo de medicamentos e outra onde fica a pia e o lanche dos pacientes.

Os quartos femininos ficam à direita do posto de enfermagem. São iguais aos masculinos incluindo o banheiro coletivo, todavia, a enfermaria feminina é composta por cinco quartos, um com três leitos e os outros com quatro leitos cada um, totalizando dezenove leitos.

No fim do corredor dos quartos femininos, foram construídos mais três com espaço para três camas em cada um. São bem mais amplos do que os antigos, e mais coloridos. Cada um desses quartos contém um guarda-roupa para os pacientes, um banheiro amplo com estrutura para entrada de cadeiras de rodas e macas e, acima das camas, há saídas de ar comprimido, oxigênio e vácuo.

Em um dos quartos, foi montada uma sala de emergência e os outros dois são utilizados esporadicamente, pois ficam longe do posto e, como as saídas de ar oferecem risco aos pacientes, que podem introduzir nelas algum objeto e se machucarem, foi acordado no setor que os quartos serão usados para acolher pacientes mais agitados que necessitem de um acompanhante por 24 horas. Outra condição para alojar pacientes nesses quartos é quando o paciente tiver escoltado por policiais ou quando a enfermaria tiver com a ocupação máxima.

Segundo o Setor de Estatística e Informações Hospitalares, no ano de 2005, 97 pacientes ficaram internados na enfermaria de Psiquiatria; a média do tempo de internação foi de 11,5 dias. Do total de internações, 57,7% dos pacientes internados eram do sexo masculino, não havendo grandes discrepâncias.

Cabe acrescentar que, em relação ao ano de 2005, todos os pacientes sofreram mais de uma internação, em média 2,5 internações por paciente, o que nos faz pensar o quanto a Rede de Atendimento em Saúde Mental do município de Uberlândia está sendo eficiente em relação à redução das ocorrências de internação psiquiátrica.

Não foi possível reunir os dados estatísticos referentes aos anos de 2006 e 2007, entretanto, em relação aos anos anteriores ao de 2005, as médias estatísticas são muito parecidas, o que induz a conclusão de que não deve ter havido mudanças significativas nesses últimos dois anos (2006/2007).

3.5 Inserção no Campo de Estudos

3.5.1 Aspectos éticos

Iniciei a coleta de dados em janeiro de 2007, após a aprovação dada, em 15 de dezembro de 2006, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU). (Anexo 1)

Antes de iniciar a pesquisa, preocupe-me em colocar toda a equipe de enfermagem a par do projeto de pesquisa. A princípio, havia planejado fazer quatro apresentações, duas para as equipes do dia e duas para as equipes do plantão noturno. Contudo, a dinâmica do trabalho da população estudada não permitiu que reunisse todos em quatro apresentações. Comecei, então, a reunir-me com cada um individualmente e explicar sobre os objetivos, procedimentos metodológicos e duração da pesquisa, bem como o que me motivou a escolher o tema e o objeto do estudo e sua justificativa e relevância.

Após informá-los sobre os riscos, desconfortos e benefícios da pesquisa, convidei-os a participar e, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo depoente (Apêndice 1), que é baseado no item IV das diretrizes e

Normas Regulamentadoras para a pesquisa em saúde do Conselho Nacional de Saúde (resolução 196/96), foram-lhes asseguradas as seguintes garantias: (a) a de receberem respostas a qualquer pergunta ou esclarecimentos a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa; (b) a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto viesse a trazer prejuízo ao seu vínculo ou convívio profissional; (c) não seriam identificados; (d) o compromisso de proporcionar informações atualizadas durante o estudo e que, se existissem gastos adicionais, seriam absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Além dessas diretrizes, atentei-me para as responsabilidades e deveres do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica previstos nos Artigos 89 a 93 do Capítulo III da resolução 311/2007 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) deliberado em 30 e 31 de janeiro de 2007 que prevê que é de responsabilidade do pesquisador,

Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral. Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas (p. 82).

Cada participante, juntamente com a pesquisadora, assinou duas vias de igual teor do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; uma via ficou em poder do entrevistado e a outra com o pesquisador.

3.6 Sujeitos da Pesquisa

A população estudada é composta por 25 trabalhadores, dos quais seis são técnicos e dezenove são auxiliares de enfermagem.

Para a pesquisa, foram selecionados todos os trabalhadores de enfermagem de nível médio lotados na enfermaria de Psiquiatria, que concordassem em participar do estudo, e que fossem encontrados no setor no período de coleta dos dados.

Dos dezenove auxiliares, cinco não foram entrevistados. Um não quis participar da entrevista, outros dois estavam de licença-saúde por tempo indeterminado e dois não foram encontrados no local durante o período de coleta de dados. Foram entrevistados vinte sujeitos, dentre eles: seis técnicos e quatorze auxiliares.

Vale ressaltar que, neste estudo, os técnicos e auxiliares também foram tratados como: “pessoal de enfermagem” “trabalhadores de enfermagem de nível médio” “trabalhadores de enfermagem” e “a enfermagem”.

A designação “equipe de enfermagem” inclui enfermeiro e trabalhadores de enfermagem e, quando escrito “profissional de enfermagem”, refere-se apenas ao enfermeiro.

3.7 Coleta de Dados

O período de coleta de dados foi de janeiro a junho de 2007 e, para a sua realização, foram utilizadas duas técnicas: a observação participante e a entrevista semi-estruturada. As informações obtidas por meio desses dois procedimentos técnicos foram complementares para análise dos dados.

De acordo com Minayo (1993), a observação participante é uma técnica pela qual o observador se mantém presente na situação social face a face com os observados, participa da vida deles no seu cenário cultural, com a finalidade de realizar a investigação científica.

Para Demo (2000), na observação participante, tem-se a oportunidade de conviver por algum tempo com os entrevistados, de modo que se permita a percepção mais profunda dos seus sentimentos e racionalizações.

A observação participante foi iniciada no fim de janeiro e seu término se deu no final de abril de 2007.

Durante, aproximadamente, dois meses e meio, observei a atuação dos técnicos e auxiliares de enfermagem na enfermaria de Psiquiatria. Durante esse período, permaneci no local todos os dias por um período. Alternava os períodos da seguinte forma: primeiro dia, das 6:30h às 12:30h; segundo dia, das 12:30h às 18:30h; terceiro dia, das 18:30h às 00:30h; depois voltava no período manhã e assim, sucessivamente. Dessa forma, pude observar os trabalhadores do plantão

ímpar e do par do período diurno nos horários da manhã e da tarde, alternadamente, e os trabalhadores do período noturno do início do plantão até às 00:30. Após esse horário, encerrava as observações, pois o pessoal de enfermagem não realizava atividades, apenas permanecia no posto e atendia os pacientes, caso houvesse intercorrências.

A observação participante foi realizada em duas etapas. Na primeira, foi observado o espaço físico, os recursos materiais e humanos, bem como a organização do serviço, a fim de encontrar correlações com a atuação da população estudada. Na segunda etapa, observei a atuação individual e do grupo nas atividades do dia-a-dia, no desenvolvimento de rotinas do setor e algumas relações interpessoais trabalhador-paciente e trabalhador-trabalhador. Ora ficava mais distante observando o grupo, ora observava mais de perto e individualmente cada trabalhador. As observações, bem como as impressões da pesquisadora foram anotadas no final de cada período de observação.

Após a fase de observação, iniciei as entrevistas individuais, com base em um formulário de entrevista com perguntas semi-estruturada (Apêndice 2), voltadas para o objeto de estudo.

Segundo Minayo (2000), a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem resposta ou condição pré-fixada pelo pesquisador; ao contrário disso, esse tipo de entrevista enumera de forma mais abrangente as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de seus pressupostos ou hipóteses originados do objeto de investigação.

Os encontros foram agendados previamente em dias e horário pré-estabelecidos. O local da realização da entrevista foi decidido pelos sujeitos. Todos preferiram dar entrevista no próprio local de trabalho, durante o horário de expediente. Apenas duas entrevistas tiveram que ser remarçadas, porque os entrevistados não puderam comparecer ao trabalho no dia marcado.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassetes e tiveram, em média, 50 minutos de duração. Foram feitas em uma sala reservada, em um ambiente tranquilo (sala de aula), sem interrupções de terceiros. Durante as entrevistas, anotei observações a respeito de como percebia o entrevistado como, por exemplo: disperso, apressado, concentrado, tranquilo, ansioso e outros.

A recomendação de gravação das fitas é feita por Triviños (1987), uma vez

que esta técnica permite contar com todo o material fornecido pelo depoente e as anotações dos comportamentos e atitudes dos entrevistados durante a entrevista são fatores contribuintes aos esclarecimentos que o pesquisador procura.

No texto, os entrevistados estão representados pela letra “S” (que representa a palavra sujeito) seguido por um número.

3.8 Análise dos dados

A análise do conteúdo foi feita a partir dos registros das observações e da transcrição das fitas.

Primeiramente, após as fitas serem transcritas, foi feita a leitura exaustiva do material, até haver a impregnação do pesquisador pelo seu conteúdo.

Em seguida, o material foi dividido em três partes: a primeira abarca a caracterização dos sujeitos, ou seja, dados de identificação e sobre o perfil do trabalhador para a área de enfermagem Psiquiátrica a partir da investigação das motivações para trabalhar na área e sobre como percebem a doença e o doente mental.

A segunda parte é composta pela descrição da organização do trabalho da enfermagem, e pelas atividades desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem.

A descrição da organização do trabalho abrange, além das atividades desenvolvidas pelos sujeitos, a composição da equipe, turnos de trabalho e carga horária e o trabalho do profissional enfermeiro e sua supervisão sob a ótica dos técnicos e auxiliares.

E, por fim, a terceira parte, que se deu a partir dos discursos dos trabalhadores a respeito das facilidades e dificuldades do trabalho em enfermagem psiquiátrica. As dificuldades foram subdivididas em dois grandes temas: “dificuldades relacionadas a característica da instituição” e “dificuldades relacionadas as particularidades do trabalho da enfermagem psiquiátrica”.

A primeira e a terceira parte foram analisadas com base na “análise temática” citadas por Minayo, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2000, p. 209).

Esse tipo de análise compõe-se por três etapas: a primeira é a pré-análise, que consiste em um contato exaustivo com o material, deixando-se o investigador impregnar pelo seu conteúdo; é seguida pela organização do material de tal forma que possa responder a algumas normas de validade como: exaustividade, representatividade do universo pretendido, homogeneidade e pertinência; e, por último, a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. A segunda fase é a classificação e a codificação dos dados, visando a alcançar os núcleos de compreensão do texto. A última é a análise final, cujos resultados foram discutidos à luz do conhecimento produzido na área (MINAYO, 1993).

Apresentação dos resultados e discussão

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Foram entrevistados vinte sujeitos entre técnicos e auxiliares de enfermagem. Durante a coleta de dados, foi verificado que alguns ocupavam o cargo de auxiliares de enfermagem, tinham o curso técnico e desenvolviam atividades pertinentes ao técnico. Outros eram auxiliares, ainda estavam cursando o técnico, ocupavam cargo de auxiliar de enfermagem e desenvolviam atividades pertinentes ao técnico. Alguns dos trabalhadores cursavam faculdade de Enfermagem, mas nenhum desenvolvia funções que são privativas do enfermeiro.

Nesta pesquisa, os sujeitos foram considerados técnicos ou auxiliares, conforme o cargo que ocupam na instituição, ou seja, aqueles que, mesmo tendo formação em técnico de enfermagem, na instituição, ocupavam cargo de auxiliar, foram caracterizados como auxiliares.

A caracterização dos sujeitos está apresentada na Tabela 1. Observa-se, em relação à formação, que, do total de participantes, quatorze eram auxiliares e seis eram técnicos de enfermagem. A faixa etária variou entre 27 e 65 anos e a predominância do grupo etário foi entre 30 e 44 anos (doze sujeitos).

Do total de entrevistados, doze eram casados e tinham em média 2,5 filhos. O tempo de formação variou entre cinco e 30 anos, mas a maioria com tempo de formação de cinco a vinte anos.

Dos 20 sujeitos, treze eram homens e desses, cinco tinham dois empregos; entre as mulheres, apenas uma tinha dois vínculos empregatícios. Os empregos extras de quatro deles eram na área de enfermagem, mas em outras especialidades como terapia intensiva e urgência e emergência e um trabalhava fora da área de saúde. Quatro desses trabalhadores tinham sobrecarga de trabalho de 24h por 24h, um de 12h por 12h e outro 18h por 36h.

Sobre o tempo de atuação na enfermagem de Psiquiatria, doze trabalhavam no local entre dois e seis anos, outros seis entre dez e treze anos e apenas dois há mais de 20 anos.

Sobre experiência pregressa na área de enfermagem psiquiátrica, apenas três possuíam experiência anterior ao período em que começaram a trabalhar no

local estudado e nenhum deles teve preparo em enfermagem psiquiátrica, como participação em cursos de capacitação dentre outros, nem antes e nem depois de começar a trabalhar no local.

Tabela 1 -Caracterização dos sujeitos

Variável	Nº de entrevistados
Sexo	
Feminino	7
Masculino	13
Formação	
Técnico	6
Auxiliar	19
Faixa etária	
18 a 29 anos	1
30 a 44 anos	12
45 a 60 anos	5
Acima de 60 anos	2
Situação Conjugal	
Casado	12
Solteiro	4
Divorciado	2
Separado	1
Viúvo	1
Média de filhos por situação conjugal	2,5
Casado	0,75
Solteiro	2
Divorciado	2
Separado	Não informou
Viúvo	2,5
Tempo de formação	2,5
5 a 10 anos	8
11 a 20 anos	8
21 a 30 anos	4
Possuem dois vínculos empregatícios	
Sim	6
Não	14

Tabela 1 -Caracterização dos sujeitos (cont.)

Variável	Nº de entrevistados
Carga-horária dos que possuem dois empregos	
24h por 24h	4
12h por 12 horas	1
18h por 36h	1
Tempo de atuação no local	
2 a 6 anos	12
10 a 13 anos	6
Acima de 20 anos	2
21 a 30 anos	4

Fonte: A pesquisadora

Sobre o que os levou a trabalhar na área de Psiquiatria, oito dos vinte entrevistados, após aprovados no concurso, **“foram designados”** para o setor de Psiquiatria e ainda acrescentaram que, ao tomarem conhecimento desse fato, ficaram receosos, com medo, mas que atualmente gostam de trabalhar no setor.

[...] eu entrei aqui porque a vaga já era para aqui, eu fiquei um pouco receosa, senti medo deles... hoje não, tenho pena, tenho muita pena deles. Eu amo o que eu faço, não sei se vou continuar aqui, mas amo de paixão isso aqui. (S3)

Quando eu soube que era na Psiquiatria eu não quis vim de jeito nenhum... até chorei... mas depois eu fui me acostumando com a idéia (S20).

Quando eu entrei já fui designado para cá. Eu assustei quando soube. (S12).

Outros cinco entrevistados disseram que trabalhavam em outro setor e foram transferidos mediante **“convite da chefe de enfermagem”**:

[...] eu ficava no Pronto-Socorro e recebi o convite para trabalhar aqui na Psiquiatria... (S11).

[...] eu já tinha tido contato com essa área e eu gostava dessa área e me convidaram para vir pra cá (S14).

Do total de funcionários, dois vieram para Psiquiatria porque **“tiveram algum tipo de problema em outro setor”**.

Eu tive uns “probleminhas” na época que eu era estagiário... daí eles me transferiram pra cá (S2).

Eu vim pra cá porque eu tive um problema de saúde que me obrigou a sair do outro setor ... Daí eu pedi para vir para a Psiquiatria (S8).

Apenas cinco dos vinte entrevistados foram para a Psiquiatria porque **“gostavam da área”**.

[...] eu sempre gostei dessa área. Porque foi durante os meus estágios que eu vi essa área e gostei (S5).

[...] daí teve concurso da UFU, daí eu fiz e passei e fiquei aqui na Psiquiatria, mas tinha vários setores que eu poderia ter ido, pronto-socorro, cirúrgica 3 e a cirúrgica 2 porque passei por esses lugares fazendo estágio. Mas eu pensei, ah! Vou ficar na Psiquiatria mesmo, porque eu gosto, então vou ficar na Psiquiatria mesmo (S6).

Os profissionais que foram para a Psiquiatria por outros motivos diferente do “gostar da área” totalizam quinze sujeitos. Apesar de o número ser expressivo, não é relevante, pois, atualmente, a maioria gosta da área e não pretende mudar.

Em uma pesquisa realizada com 27 trabalhadores de enfermagem de nível médio, dezessete foram admitidos na Psiquiatria, mas não tinham escolhido atuar em enfermagem psiquiátrica, desses, onze passaram a gostar da área com o decorrer do tempo. A autora desse estudo considerou o primeiro dado irrelevante, já que depois todos afirmaram que passaram a gostar da área. Além do mais, a própria autora observou que o trabalho desenvolvido pelo grupo pesquisado era de boa qualidade e, portanto, “foi um acaso que deu certo” (ROCHA, 1994, p. 78).

Para tornar a caracterização mais completa, investigou-se a concepção dos trabalhadores sobre a doença e o doente mental. O conceito de saúde/doença e doente é, na verdade, construído, desconstruído e reconstruído a partir do momento histórico e social de cada cultura. Portanto, existem diversas definições e conceitos.

O mais importante neste estudo não foi obter a “definição correta”, mas trazer uma idéia do modo como o pessoal de enfermagem vê o sujeito do seu cuidado, pois esse pode influenciar sobremaneira no cuidado prestado.

Para os sujeitos aqui pesquisados, a doença mental é determinada por vários fatores como: neurológicos, genéticos e relacionados à personalidade do indivíduo e se manifesta como uma falha no pensamento e no comportamento.

Falha de pensamento... é o juízo crítico prejudicado, quando ele não se lembra das coisas, não reconhece... é quando o paciente tem um comportamento inadequado, tipo quando usa aquele monte de roupas, troca de roupas 20 vezes ao dia, quando tem mania de pegar coisas do lixo ... quando pega coisas dos outros e coloca na mochila, isso é comportamento (S15).

É um distúrbio de comportamento, pode ser hereditário ou pode ser uma pessoa que já tem uma personalidade fragilizada e sofre um trauma na sua

infância ou mesmo na sua adolescência e se ele não tem uma personalidade bem definida, ele acaba não saindo daquela fase e também pode ter tendência hereditária ou pode ser por uma fraqueza de personalidade da pessoa (S17).

Uma desorganização de uma comunicação dos neurônios que o paciente descompensa. Ele perde as faculdades de viver uma vida comum no meio da sociedade que requer uma internação de curto prazo (S14).

As falas supracitadas estão em consonância com a literatura, que afirma que a doença mental consiste em transtornos “... na maneira de perceber, pensar sentir e agir das pessoas” (ROCHA, 2005, p. 87). Não se pode associá-las apenas a uma causa e, por isso, a importância da observância da vida do indivíduo, ou seja, admitir o sujeito como um ser biopsicosocial (BRASIL, 2007).

Outros acreditam que possa ter um fundo espiritual:

Mas a doença mental, como eu vou te falar o que é doença mental, acho que é um distúrbio... não sei se eu posso te dizer que é um câncer na cabeça, ou um câncer de espírito, porque eu não acredito que a doença mental é toda, toda, toda física não, eu acho assim, pela religião que eu tenho, eu sou espírita, então, eu acredito que existe um lado espiritual nisso aí, é coisa de vidas passadas, é alguma coisa que a pessoa está pagando por coisas de outras vidas. Eu acho que tem os dois lados, o neurológico e o espiritual. Mas quando não tem explicação, uma causa física... aí eu acho que é espiritual (S6).

Eu não sei te falar se é uma coisa completamente física, se tem relação com a espiritualidade, eu não te falar. Mas a doença mental é difícil eu te definir, é um mistério! Porque a pessoa está normalzinha, funcionando tudo e de repente a pessoa não consegue coordenar os seus valores e as suas idéias... (S12)

Os sujeitos vêem a doença mental como um acontecimento difícil na vida das pessoas, porque são discriminadas pela sociedade. Consideram que o doente mental é uma pessoa **“sofredora” “carente”, “digna de dó” e “ discriminada”**

[...] são pessoas dignas de dó e que todo mundo despreza. Eu acho que eles são carentes... (S5).

É uma pessoa que sofre muito, pra mim é uma pessoa que sofre demais da conta, pra mim o doente mental tem uma carga de sofrimento muito grande, porque são discriminados demais. A família discrimina, a sociedade discrimina e os profissionais da saúde também discriminam (S7).

A doença mental é **“uma doença triste e cruel, porque a pessoa perde o domínio de si mesma”, fica “fora da realidade”**, como mostra das falas a seguir:

[...] é uma patologia que sei lá... tira o paciente de órbita, tira os sentidos... eu vejo como uma coisa triste, um sofrimento que eu não desejo para ninguém. Essa doença é triste porque as pessoas perdem o domínio das suas ações né, o paciente fica desfocado do mundo é como se fosse um **fantoche** (S3).

Um distúrbio da mente. A pessoa fica fora da realidade. O paciente acha que a realidade é o que ele pensa e não o que está acontecendo (S8).

Essa doença é muito cruel, essa doença é pior do que a Aids, porque o cara ta com Aids, mas ele ainda tem consciência né, ele é dono de si, mas o doente mental perde a identidade (S18).

[...] é um paciente não ter controle de si, é ter uma coisa anormal, um distúrbio mental que ele... Um paciente que sei lá... uma hora ta de um jeito, outra hora está de outro... agressivo... outra hora está quietinho...(S4).

Quando eu olho para um paciente eu fico pensando que é constrangedor a pessoa chegar em uma situação daquela né, de perder a noção do tempo de espaço e de tudo, de não entender mais nada ...(S5).

“Uma doença crônico-degenerativa”:

[...] a doença mental é uma coisa que você tem uma vez e pronto. É difícil você encontrar com uma pessoa que te diga assim, “eu tive uma crise, tive outra, mas graças a Deus tem 20 anos que eu não tenho nenhuma”(S5).

[...]acho que a doença mental é pior doença que existe... a doença mental você vai carregar aquilo pro resto da tua vida e não tem cura, não estaciona, ela não pára, ela só evolui. (S7).

Um dos entrevistados colocou que o doente mental é **“uma pessoa que não tem condições de viver em sociedade por estar em um momento de crise”**,

[...] não tem condições de conviverem com a sociedade por estarem em crise, precisando de um tratamento mais... Essas pessoas têm seus momentos bons e ruins... se ele estiver em um momento ruim, ele vai ser afastado da família e ser internado. Aqui o paciente acaba sendo enjaulado, preso... (S2).

Um outro afirmou que é quando um indivíduo **“não consegue viver em sociedade”**, independentemente de se estar ou não em crise,

Eu acho que é quando um indivíduo passa a não ter condições de viver bem em uma sociedade com qualidade de vida, pois passa a não ter domínio sobre a sua vida, não sabe o que faz, não sabe o que está acontecendo é totalmente desfocado, o paciente fica desfocado no meio da sociedade (S3).

A compreensão que eles têm a respeito do doente e da doença mental, vem ao encontro do “antigo” paradigma da Psiquiatria (mas que ainda é vigente em

nosso país), pelo qual o objeto do trabalho era a doença e a busca da cura. A característica da instituição ainda é baseada no modelo biológico, o que pode colaborar com a visão dos investigados.

No entanto, mesmo sendo essa instituição um dispositivo de internação psiquiátrica, é necessário que os agentes do cuidado acreditem no potencial de reconstrução e reabilitação psicossocial do indivíduo, pois, para ajudar o paciente acometido pela doença mental, é necessário saber que esse tipo de paciente tem tanto dificuldades causadas por sintomas da doença como capacidades. Se os cuidadores não enxergarem, valorizarem e estimularem as capacidades do indivíduo, mesmo que no momento difícil de crise, como poderão estimulá-lo a assumir um papel mais sadio (ROCHA, 2005)?

Entretanto, os mesmos trabalhadores que consideram o doente mental um paciente sem controle, que não pode viver em sociedade e que julgam que a doença mental é crônico-degenerativa, afirmaram, em outros momentos, que **“vêm potenciais nesses indivíduos”**. O exemplo colocado a seguir é sobre um casal de pacientes que começaram a namorar durante a internação. Essa situação despertou no pessoal de enfermagem grande preocupação, mas foi, ao mesmo tempo, motivo de reflexão a respeito da capacidade mental dos internos, como mostra a fala a seguir:

[...] sobre os dois pacientes que namoram aqui? Eles sabem que você está vigiando, mas o que você não sabe é que eles estão te vigiando também, na hora que você vira as costas eles dão um beijo. Eles estão tão doidos assim? (risos) não são não. É ... tem disso também, você tem que observar tudo isso, eles não são totalmente incapazes não. Que eles têm problemas eles têm, que eles têm problemas seríssimos, eles têm, mas também para certas coisas está funcionando direitinho (S7).

“O doente mental é uma pessoa que necessita de carinho, atenção, paciência e cuidados especiais”,

Pra mim é um paciente que requer cuidados diferentes do que o paciente clínico. Precisa de muita conversa, é preciso ter paciência com ele, ter jeito com ele, com qualquer paciente a gente pode lidar com qualquer maneira, mas o doente mental a gente tem que ter um cuidado maior em relação a lidar com ele (S7).

Para mim o doente mental é uma pessoa que precisa de ajuda, que perde o controle... você tem que ter um cuidado especial com ele, né, porque muitas vezes ele não sabe o que está fazendo... (S15).

... mas muitas vezes são pessoas carentes, pessoas que precisam de mais atenção, de mais carinho, de mais compreensão (S17).

Eu acho que é uma pessoa que precisa de ajuda, uma ajuda constante, muita compreensão, muito carinho, muito amor para com eles (S18).

É um coitado né? É um ser que você tem que ter amor, tem que ter paciência e tolerância, porque se você não tiver é muito difícil, não tolera não. Eles são coitados por causa da rejeição sofrida... (S20).

De acordo com Rocha (2005), é importante que o agente do cuidado compreenda o que se passa com a pessoa em sofrimento mental, para que saiba relacionar-se com ele. Essa compreensão ajuda a enfermagem a agir terapêuticamente. Por exemplo: cotidianamente, o paciente internado, num momento de surto, pode agir de forma agressiva; se o trabalhador entende que a atitude do paciente não é uma afronta a sua pessoa e sim sintomas produzidos por sua doença, poderá lidar com a situação com tranquilidade e ajudar o paciente a superar esses momentos.

4.2 Organização do trabalho da enfermagem

A equipe de enfermagem é composta por uma enfermeira-chefe, três enfermeiras assistências, seis técnicos e dezenove auxiliares de enfermagem.

A enfermeira-chefe cumpre carga horária de 40 horas semanais em dias e horários variados. A enfermeira assistencial do período diurno trabalha seis horas diárias e a do período noturno trabalha 12h por 36h.

Os técnicos e auxiliares trabalham 40 horas semanais, em turnos diurno, que se inicia às 6:30h e termina às 18:30h, e noturno, que tem início às 18:30h e término às 6:30h. São divididos em quatro grupos compostos por seis integrantes em cada; as folgas são distribuídas de forma não desfaltar a escala. Sempre há uma tentativa de se manter pelo menos três homens em cada grupo.

Técnicos e auxiliares trabalham 12h por 36h de descanso e suas folgas são calculadas conforme a quantidade de feriados no mês.

No Brasil, é cada vez maior a ocorrência de turnos de 12 horas de trabalho por 36 de descanso entre os trabalhadores de enfermagem. As razões que levam tanto as instituições programarem tais turnos, como os trabalhadores se submeterem a eles são múltiplas, como, por exemplo, a operacionalização da vida em um mundo moderno, o ritmo intenso, acelerado e extenso do trabalho acarreta

vários problemas aos profissionais de enfermagem de ordem física e mental (MARTINS, 2002).

Alguns autores mostram que os trabalhadores do turno de doze horas de trabalho por 36 de descanso, principalmente do período noturno, apresentam alterações na qualidade do sono, nível de fadiga aumentada e perda da capacidade para o trabalho⁵ (BORGES, 2002; FISCHER *et al.*, 2002; MARTINS, 2002).

Borges (2002) verificou que o nível de alerta caía durante o turno de trabalho por causa da fadiga, gerando falta de concentração e de memória em curto prazo, dores de cabeça e no corpo e aumento da tensão. Segundo o autor, essa jornada de trabalho é longa e cansativa, podendo levar a erros na assistência de enfermagem.

Relacionando essa problemática com os sujeitos em questão, verifica-se um problema ainda mais grave: os técnicos e auxiliares que trabalham em assistência psiquiátrica cuidam de pacientes que demandam maior proximidade e, conseqüentemente, mais tolerância, paciência, dedicação, diálogo e atenção, o que pode levar a um desgaste mental maior do que em outros setores.

Alguns relatam sobre o desgaste mental:

[...] você não tem tanto cansaço físico, você tem mais cansaço mental, até porque te deixa até mais preocupada porque tem muitos que internam com tentativa de auto-extermínio. Então, se você fica no posto e deita, a gente deita, mas você fica pensando: e se eu cochilar e o fulano de tal tentar fazer isso. Então, acaba que você nem descansa, você fica com medo de acontecer alguma coisa (S3).

[...] o serviço cansa muito menos fisicamente, mas mentalmente cansa, cansa muito... é uma sobrecarga muito grande, o paciente fica repetindo a mesma coisa na tua cabeça e você explica, explica e explica e te cansa, você entra até em estafa... (S10)

Além disso, seis dos vinte entrevistados trabalham doze horas de trabalho por 36 de descanso no local de estudo e ainda acumulam outro emprego, onde fazem o mesmo turno, o que significa que a sobrecarga de trabalho é muito maior.

Embora os entrevistados achem cansativo o turno de doze horas, colocam que é melhor trabalhar em turnos de doze horas por 36 de descanso do que seis horas diárias, porque ficam com um dia livre para outras atividades. Inclusive, consideram como uma facilidade encontrada para o desenvolvimento do trabalho.

⁵ Segundo Martins (2002, p. 27) a capacidade para o trabalho é definida como "o quão bem está, ou estará, um trabalhador presentemente, ou num futuro próximo, e quão capaz ele pode executar o seu trabalho, em função das exigências, de seu estado de saúde e de sua capacidade física e mental".

[...] na Psiquiatria, um dia igual a hoje é cansativo ficar 12 horas ... mas eu acho que 12 horas ainda é melhor do que às 6 horas diárias, porque 12 horas você tem um dia tranquilo que você fica sem ter esse trabalho, você distrai a mente com outras coisas. Sendo seis horas, você vai estar aqui todo o dia né, mesmo sendo menos, mas todos os dias você vai ter que vir pra cá (S4).

12 por 36 ... ajuda muito, você descansa... (S3).

4.2.1 Atividades desenvolvidas pelo enfermeiro

As enfermeiras chegam geralmente após a passagem de plantão dos técnicos e auxiliares e lêem o livro de ocorrência feito pela enfermeira do plantão anterior. Suas atividades são voltadas para resolução dos problemas burocrático-administrativos como, por exemplo: efetuar internações e altas, ligar para os médicos para passar informações a respeito dos pacientes e para pedir avaliações, solicitar serviços de manutenção e participar de reuniões administrativas.

Além disso, fazem coordenação do pessoal de nível médio por meio de controle de faltas, da escala de plantão e da escala de atribuições. Essa última, que tem como objetivo distribuir tarefas entre os técnicos e auxiliares a partir de um rodízio da medicação entre os técnicos e dos cuidados gerais entre os técnicos e auxiliares, é feita semanalmente e registrada em um livro denominado “Livro de Atribuições”.

Dentro dos cuidados gerais, estão incluídas várias atividades que serão discutidas posteriormente, no item “atividades do pessoal de nível médio”. Todavia, na escala, não há especificação dessas tarefas e nem quais pacientes cada um vai assumir, ficando a cargo dos técnicos e auxiliares a divisão das atividades a serem realizadas.

Pude observar que essa forma de trabalho é, por um lado, positiva e, por outro, negativa. Positiva, porque o grupo trabalha mais coeso nas realizações das atividades, como mostram os relatos abaixo:

[...]o coleguismo ajuda também, porque às vezes você tenta resolver uma situação, às vezes com interferência até dos familiares, aí vem um colega e intervém, ajuda a resolver ou assume junto com você perante os familiares, tem isso entre nós (S10).

[...] se precisar dar um banho o colega ajuda, na hora de fazer uma medicação ou uma contenção todo mundo ajuda e isso muitas vezes anima muito a gente. Porque a gente vê setores que uns funcionários escoram um nos outros, mas aqui, pelo menos nessa equipe, é ótimo (S4).

Negativa, porque alguns integrantes da equipe de enfermagem não tomam para si a responsabilidade pelo cuidado e sobrecarrega os outros colegas, como descrito a seguir:

Às vezes a gente quer fazer alguma coisa e os colegas não querem, transferem. Por exemplo: às vezes eu quero fazer alguma coisa para os pacientes... eu quero descer os pacientes para o pátio para tomar sol de manhã e os outros colegas não querem e não fazem... esse tipo de coisa que às vezes eu acho que atrapalha... a colaboração dos colegas (S5).

[...] muitas pessoas não têm compromisso com o serviço... Esses dias eu estava descendo a rampa com dois *rampers* pesados e a pessoa estava lá em baixo sentada e tomando cafezinho. Isso me irrita porque eu estou trabalhando para pessoa. (S6).

As enfermeiras interferem minimamente em relação a orientar e avaliar os cuidados prestados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. As decisões sobre cuidados como horários das refeições, banhos e se os pacientes irão para o pátio ou não, fica a cargo da equipe de nível médio de enfermagem. Esse distanciamento acontece, possivelmente, porque os enfermeiros assumem muitas atividades relacionadas ao cuidado indireto como organização do trabalho de enfermagem, manutenção do ambiente e da estrutura física, trabalhos burocrático e reuniões administrativas.

Alguns autores investigaram o trabalho dos enfermeiros em unidades de internação psiquiátrica e observaram que exercem funções eminentemente burocrático-administrativas. Essas atividades, no geral, não são planejadas e nem voltadas para a melhoria da assistência prestada, mas, sim, para a organização do setor, transmissão de ordens de outros profissionais e para o cumprimento das normas institucionais. Absorvidos pela demanda burocrática da instituição, desviam sua função de cuidar e se limitam à organização do trabalho e a determinações de tarefas a serem cumpridas. Colocam, ainda, que esse tipo de trabalho distancia o enfermeiro do cuidado direto ao paciente e conseqüentemente a relação entre enfermeiro-paciente. (SAEKI, 1981; BERTONCELO; FRANCO, 2001). (até aqui)

Distanciam-se não só do cuidado direto e da relação com o paciente, mas também do trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, deixando à margem a sua atividade privativa de coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem⁶.

⁶ Conforme o Art. 11º, parágrafo 1º da Lei Nº 7.498/86 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências.

Contrastando a observação realizada, os entrevistados colocam que as supervisoras trabalham a maior parte do tempo junto ao pessoal de enfermagem, os apóiam, acompanham e orientam suas atividades. As citações a seguir referem-se às falas dos trabalhadores acerca das atividades pelas enfermeiras:

A enfermeira chefe do setor como faz um serviço mais burocrático, fica mais com os papéis, mas sempre dá as rondas dela, ela é chefe de setor, mas tem uma visão de tudo. Talvez pelos longos anos que ela trabalha aqui e por conhecer cada um de nós, ela sabe tudo. Até nas minhas dúvidas... eu ligo na casa dela e ela sempre esteve pronta a me atender. Eu nunca a vi reclamar de nada, fica até a mais do horário dela para não deixar a gente só. A enfermeira assistencial que fica com a gente aqui pega um pouco mais no pé, ela cobra mais, mas não é aquela coisa que tem que fazer não... é bem mais à vontade (S12).

Elas vêem se o trabalho está sendo feito, tem uma escala de atribuições onde cada um tem as suas obrigações e são elas quem faz e cobra se foi feito. Elas sempre ficam junto com a gente em tudo o que acontece, até em uma contação elas estão junto para supervisionar todo o trabalho e até dar um apoio (S10).

Elas ficam com a gente, só com a gente no caso, e eu procuro fazer o meu trabalho e elas vêem se os quartos e os pacientes estão limpos, se os pacientes foram medicados, se estão sendo bem tratados. E eu faço o que tem que fazer, eu encaminho paciente para exame e tal, a gente não deixa pra trás, a gente corre atrás e é o enfermeiro que organiza isso (S4).

4.2.2 Supervisão de enfermagem

De acordo com Andrade e Piva (2004),

A supervisão é um dos aspectos administrativos utilizados como força motivadora de integração e coordenação dos recursos humanos e materiais para tornar possível a realização de um programa de trabalho de forma eficiente para alcançar os objetivos da organização.(ANDRADE E PIVA, 2004, p. 233)

Os entrevistados relataram que são supervisionados pela enfermeira-chefe e pelas enfermeiras assistenciais. Entendem supervisão como a ação de se responsabilizar pela equipe, monitorar o que os técnicos e auxiliares fazem, a fim de direcioná-los e orientá-los para um atendimento de melhor qualidade, o que demonstra que eles têm clareza do que é e quais objetivos da supervisão de enfermagem. Esses relatos são exemplificados a seguir:

É olhar o que você está fazendo... orientar... vê se estamos fazendo certo ou errado... não é isso? (S5).

É alguém para responder pelos atos dos técnicos de enfermagem, uma pessoa que tem que saber tudo o que os técnicos têm que fazer, fazem e que estão fazendo. É aquela pessoa que vigia o que os técnicos estão fazendo (S2).

Supervisão é ver se o serviço está se desenvolvendo, não é ficar cobrando, é ver se o serviço está fluindo... é... trazer idéias novas, falar quando tem que falar... cobrar na hora que tiver que cobrar (S6).

Supervisão para mim é direcionar a equipe, ajudar a manter um atendimento de qualidade, ético..., com respeito (S21).

A maioria considera que a supervisão que recebem é satisfatória, principalmente a relacionada à enfermeira-chefe, pois a consideram **“amiga”, “mãezona” “compreensiva”, “uma coordenadora que confia na equipe” e que “não pega no pé”** como mostra estas descrições:

[...] ela não é aquela chefe: “enfermeira patrão”, ela é um pouco mais liberal, ela chega, conversa, pergunta o que está acontecendo no plantão e a gente passa... é uma relação mais de amizade do que de vínculo empregatício. Ela tem confiança na equipe dela e a gente tem confiança de passar para ela os problemas que estão acontecendo (S2).

Ela é ótima! Mais que ótima é uma “mãezona” que a gente tem. Ela fala que o nosso plantão é ótimo, eu nunca a vi chamar a atenção sabe... (S3).

Os entrevistados relataram que, até aproximadamente o ano de 2001, não existia o profissional enfermeiro em todos os plantões e eram eles os responsáveis por decidir sobre algumas ações como conter e medicar. Colocam que, atualmente, contam com a presença constante de enfermeiras e, com isso, **“sentem-se mais amparados e respaldados”** no desenvolvimento de suas atividades, pois ajudam nas decisões das ações que comumente geram impasses legais e éticos, como mostram os relatos a seguir:

[...] com a enfermeira a gente fica mais amparado. Porque hospital é complicado de trabalhar, tem muito reclame dos familiares... a gente fica com um respaldo melhor quando há a chefia, porque a enfermagem é o primeiro alvo, daí tendo a chefia a enfermagem já fica com um respaldo maior (S4).

As supervisoras estão aqui todos os dias e tem uma noção maior de continuidade, esse também é um apoio e também elas tomam algumas decisões, ou dão um direcionamento em algumas situações, por exemplo, um paciente está agitado, o que vamos fazer? vamos medicar, tenta conversar... a gente troca idéia sabe, isso dá um respaldo legal e da melhor forma de fazer o trabalho (S10).

Eu não me lembro de nenhuma atividade de supervisão que os enfermeiros desenvolvem aqui. Só quando acontece uma intercorrência com o paciente daí a gente comunica e elas nos dão respaldo legal (S16).

Elas tiram nossas dúvidas em relação ao cuidado, de “retenção sem prescrição”, de “medicação se necessária”, a gente sempre a questiona se é para fazer ou não. Às vezes o paciente fica te perturbando pedindo para tomar um laxante, para fazer um curativo e aí ela orienta se faz ou não (S14).

[...] a chefia é muito bom também para respaldar os nossos procedimentos (S13).

Além do amparo e respaldo legal, a presença do enfermeiro representa maior “**comodidade**”, já que é o profissional que faz a ponte com os outros profissionais, ou melhor, “corre atrás” em prol do bom funcionamento do plantão. Como bem exemplificado a seguir:

[...] apesar de que a Psiquiatria tem muita pouca coisa para ser supervisionado, não tem muita coisa não, mas a gente tem essa retaguarda, esse apoio, que não deixa de ser uma tranquilidade para a gente. Porque quando a gente está sem supervisora aí a gente tem que correr, ligar para o plantonista, você tem que fazer uma coisa que é função da supervisão. Se tiver que mudar uma data, trocar uma folga... é ela que resolve isso para nós da melhor maneira (S17).

Ah, é isso né, ajudar, orientar e estar sempre presente aqui com a gente, para nós nos sentirmos mais seguros né... por exemplo, um paciente passa mal... elas telefonam na mesma hora, já vai ver o paciente... ajudam... acho que elas ajudam muito mesmo a gente se sente mais segura (S20).

Em sua tese, Alencastre (1990) compreendeu como o pessoal auxiliar de enfermagem que trabalhava em instituições de atendimento psiquiátrico vê o profissional enfermeiro e encontrou, dentre várias coisas, que o auxiliar o vê como um profissional que apóia, auxilia e transmite segurança para o pessoal de enfermagem. Segundo a autora, essa visão estava vinculada ao domínio que os auxiliares acreditavam ter enfermeiro em relação ao conhecimento da área de enfermagem.

No presente estudo, a maioria do pessoal de enfermagem de nível médio vê o enfermeiro como um profissional que apóia, ampara e transmite segurança, contudo, os motivos não estão relacionados ao conhecimento do enfermeiro sobre enfermagem psiquiátrica e, sim, com a função de respaldar a equipe, ou seja, é o profissional que dá retaguarda para o restante da equipe e por ser o responsável, “institucional”, em resolver pequenos problemas. Isso resulta em um sentimento de segurança e amparo por parte dos técnicos e auxiliares, pois garante que sejam

poupados no momento de resolver pequenos entraves do trabalho e de se indispor com outros profissionais e familiares.

Aguiar (1995) afirma que, embora a ênfase do ensino em enfermagem psiquiátrica recaia no relacionamento interpessoal (enfermeiro-paciente), no geral, o trabalho das enfermeiras nos hospitais psiquiátricos é caracterizado pela ênfase na organização e no funcionamento das instituições, o que leva a crer que ainda exista aceitação/negação contínua do papel tradicional e historicamente instituído/exercido de mantenedoras da ordem hospitalar. No desempenho desse papel tradicional, não cabe a relação interpessoal terapêutica, mas o compromisso de fazer funcionar a instituição.

E nesse poder ilusório de “fazer funcionar a instituição” as enfermeiras tentam encaminhar e dar um retorno às solicitações que lhes são feitas por outros profissionais e pelo pessoal de enfermagem o que as fazem concentrar em tarefas que além de não prioritárias, é de competência de outros (AGUIAR, 1995).

4.2.3 Atividades desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem

A assistência é organizada por “divisão de tarefas”, ou seja, cada auxiliar e técnico assume um determinado tipo ou um grupo de cuidados.

As tarefas dividem-se entre passar e receber o plantão; preparar e ministrar medicações e realizar cuidados gerais. Essa última subdivide-se em auxiliar os pacientes nos cuidados de higiene e aparência pessoal; auxiliar o médico durante as consultas, organizando a entrada e saída dos pacientes no consultório; acompanhar os pacientes ao pátio; distribuir e acender cigarros; atender as solicitações dos internos; organizar o ambiente; acompanhar os internos nos exames que são feitos fora do setor; auxiliar o pessoal da copa a servir as refeições; distribuir as roupas dos pacientes; trocar a roupa de cama; informar aos médicos sobre intercorrências ocorridas no plantão, bem como as queixa dos pacientes e seu comportamento durante as últimas 24 horas e vigiar os pacientes no sentido de evitar brigas, auto-agressões e fugas e também faz parte dos cuidados, conversar com os doentes.

A maioria dos funcionários como trabalha 12h, almoça ou janta na copa do SPPM. Todos descansam por uma hora após o almoço, revezando de um em um.

O horário em que o pessoal de enfermagem tem mais contato com os

pacientes é no período matutino, durante os banhos e as refeições. À tarde, os profissionais ficam, na maior parte do tempo, dentro do posto de enfermagem, acendendo e controlando os cigarros dos pacientes e conversando entre si. Somente saem do posto quando os pacientes solicitam alguma ajuda, quando acontecem brigas e para chamar a atenção de algum interno.

Alguns funcionários não atendem adequadamente às solicitações dos pacientes, principalmente no que concerne às informações sobre alta, medicamentos e visitas, geralmente, explicam para o paciente que essas informações somente podem ser passadas pelos médicos e que têm que esperar para conversar com ele no outro dia, no horário da consulta.

Algumas das atividades desenvolvidas pelo pessoal de enfermagem, citadas anteriormente, serão detalhadas a seguir e discutidas separadamente.

4.2.3.1 A passagem de plantão

A transmissão de informações é feita por meio da passagem oral do plantão e das informações registradas na folha de relatório de enfermagem.

A passagem oral do plantão ocorre às 06h30min, nesse horário nem todos os que trabalharam no noturno permanecem para passar. Na maioria das vezes, a passagem é feita por apenas uma pessoa do noturno para o primeiro trabalhador do outro turno que chegar ao setor e é feita com base no livro de ocorrência⁷ e na listagem de pacientes⁸.

A passagem de plantão acontece no posto de enfermagem e, não raro, ocorre interrupção devido às solicitações dos pacientes e a ruídos da televisão.

Durante a transferência de plantão, eles não fazem referências às atividades habituais e nem a todos os pacientes. Comunicam as intercorrências do plantão, como, por exemplo, queda, brigas, comportamentos agressivos por parte dos pacientes, administração de medicamentos “se necessário”, contenções e algum problema entre a equipe e familiares. Além disso, informam quais pacientes estão

⁷ No livro de ocorrência encontra-se relatados as intercorrências, as atividades que foram realizadas, mas que não são rotineiras e informações mais relevantes sobre cada paciente. Esse relatório é de responsabilidade da enfermeira do plantão.

⁸ A listagem de pacientes é feita em um impresso que informa o nome do paciente e o leito. É utilizado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem para seguir uma seqüência de pacientes conforme o leito e para não esquecerem de mencionar nenhum paciente durante a passagem de plantão.

internados, quais foram internados durante o plantão, como estava seu comportamento na chegada e qual a assistência prestada e ainda, quais pacientes receberam alta.

Quando os outros funcionários chegam, o plantão não é repassado de forma sistemática nem completa. Cada funcionário se inteira do plantão de uma forma. Alguns lêem o relatório do colega, outros o resumo feito pelo enfermeiro no livro de ocorrência, uns perguntam para o colega que recebeu o plantão a respeito dos pacientes e outros percorrem os quartos e o salão, para ver quais pacientes estão internados, como mostram as falas a seguir:

Eu recebo plantão. Os colegas contam sobre os pacientes que estavam mais agitados, sobre as intercorrência, falam sobre os pacientes que chegam. Por exemplo: foi admitido fulano de tal... Passam lá dentro do posto mesmo, daí eu saio e vou dar uma volta, pergunto os nomes para eles, converso com alguns para saber quem é quem e evitar a tal da medicação errada. Eu converso com eles, sempre tem um mais lúcido do que os outros, aí eu já pergunto assim: quem é aquele? se um não falar a gente vai em outros até chegar no nome (S2).

Não é sempre que recebo plantão. O primeiro que chega que recebe o plantão. A pessoa que recebe repassa... eu sempre pergunto se há alguém mais agitado. Eu gosto de passar nos quartos olhando pra ver se tem alguém desconhecido... (S3).

Comunicação é definida como o compartilhamento de informações entre as pessoas. Encontra-se inserida em todos os ramos do conhecimento humano. No que concerne a equipes de saúde, é de suma importância, pois articula informações entre os diversos tipos de profissionais para um objetivo comum. A comunicação feita de forma clara, concisa e objetiva garante a continuidade dos cuidados, principalmente quando existem diversas pessoas envolvidas (CORREA, 2007).

A “passagem de plantão” é um instrumento de comunicação utilizado pela enfermagem para garantir a continuidade da assistência prestada. Refere-se ao momento em que a equipe de enfermagem transmite informações na troca de turnos de trabalho. Pode ser utilizada para passar informações sobre os pacientes, bem como para discutir questões administrativas e também como oportunidade de educação continuada (ZOEHLER; LIMA, 1998; SIQUEIRA; KURCGANT, 2005).

Para que a passagem de plantão seja eficiente, é necessário que ocorra em um horário e tempo pré-estabelecido com a presença da equipe que está terminando e da que está iniciando o período de trabalho, sem interrupções

desnecessárias e que seja transmitida de forma clara, objetiva e completa (ZOEHLER; LIMA, 1998).

Em contrapartida, é difícil reunir toda a equipe para passagem de plantão, já que o trabalho de enfermagem tem caráter contínuo, podendo ocorrer interrupções por causa de solicitações de outros profissionais, acompanhantes e pacientes (CORREA, 2007).

Observei que nem todos os funcionários faziam a leitura do relatório antes de começar as atividades, mas sempre o consultavam quando surgiam dúvidas a respeito do cuidado a ser prestado. Essa observação está em conformidade com o relato exposto a abaixo:

Não é uma rotina para todos, mas eu sempre leio os relatórios anteriores, inclusive a história médica do paciente a história de doença atual e progressão e também leio a história de enfermagem (S14).

Não foi analisado o conteúdo dos relatórios feitos por esses trabalhadores, contudo, alguns sujeitos reconheceram que precisam melhorá-los, mas que falta tempo para escrevê-los de forma mais completa, como demonstra o relato abaixo:

O relatório a gente acaba dedicando pouco tempo para ele... geralmente a gente escreve: "paciente calmo, tranqüilo, aceitou dieta e medicação". Eu pessoalmente faço isso, porque você trabalha de dois ou três, então você tem 30 pacientes e três funcionários, então você não vai ficar "enchendo lingüiça" e também não dá tempo de você observar tudo (S2).

Geralmente a enfermagem faz um relatório bem feito quando acontece algum problema que a família reclama, a gente anota direitinho porque provavelmente a queixa vai chegar à ouvidoria, então tem que ter uma anotação mais certinha pra não dar problemas (S2).

Pesquisas apontam que, em geral, as anotações de enfermagem são incompletas e pouco claras e que não refletem a atuação desses profissionais e nem os cuidados recebidos pelo cliente e as suas respostas (ANDRADE *et al.*, 2004; MATSUDA *et al.*, 2006).

Os entrevistados consideraram o relatório de enfermagem como atividades pertinentes ao técnico e ao auxiliar. Entretanto, apenas um trabalhador citou o relatório como um meio de comunicação entre a enfermagem e como um instrumento utilizado para a continuidade do trabalho. O entendimento de muitos dos sujeitos entrevistados sobre o objetivo do relatório é que esse serve somente para

colaborar com o médico no momento de sua avaliação como se observa a seguir:

O objetivo de observar é escrever no prontuário... Até há uma cobrança para melhoria dos relatórios, para o uso de termos técnicos, para ficar um relatório mais abreviado e auxiliar o médico a dar seqüência nas alterações das medicações (S10).

O objetivo do relatório seria o médico ler o relatório de enfermagem, o que eu duvido que ele faça, para que tire uma conclusão de como o paciente passou nos dias anteriores. E também a comunicação da equipe mesmo, da própria equipe de enfermagem, do psicólogo... lendo o relatório de enfermagem para saber a história do paciente (S14).

De acordo com Matsuda *et al.* (2006, p. 416), os registros de enfermagem são importante instrumento “em situações que envolvem aspectos legais e/ou éticos, científicos, educacionais e da qualidade do cuidado”. Afirmam que metade das informações inerentes ao cuidado do paciente é fornecida pela enfermagem e que, por isso, tornam-se imprescindíveis anotações claras, objetivas e precisas em relação à descrição do fato ocorrido para promover uma assistência integral e qualificada a partir da comunicação entre os profissionais de enfermagem e os membros da equipe multidisciplinar.

4.2.3.2 Preparar e ministrar medicamentos

A medicação é aprazada e administrada exclusivamente pelos técnicos de enfermagem. O aprazamento é feito a partir do intervalo prescrito pelo médico. Os horários para ministração são padronizados: 8h, 14h e 20h.

Os medicamentos de cada paciente aprazados para o mesmo horário, são macerados, misturados e diluídos com água em um só copinho descartável e esse copinho é dado ao paciente.

Esse procedimento utilizado para o preparo dos medicamentos é rotineiro e parece passar despercebido perante os profissionais que trabalham no setor, ficando os técnicos isentos de orientações a esse respeito.

O preparo dos medicamentos precisa de atenção especial por parte da enfermagem, pois macerar e diluir dois ou mais medicamentos no mesmo recipiente pode levar a interações físico-químicas e inviabilizar a terapêutica clínica. Esse tipo de interação pode ser evitado, prevenido ou minimizado pela enfermagem a partir da

adoção de métodos corretos de preparo de medicamentos (SECOLI, 2001).

No que concerne à administração dos medicamentos, percebi que existe grande preocupação por parte dos técnicos a respeito dos efeitos colaterais. Muitos avaliam os sintomas apresentados pelos pacientes e julgam a possibilidade de administrar ou não o medicamento. Como citou um entrevistado:

[...] tenho que medicar e separar a medicação dos pacientes, tenho que saber se um paciente está agressivo ... tenho que definir se o paciente precisa de um “se necessário”, ou se não precisa. Às vezes eu tenho que definir também se eu vou medicar o paciente ou se não vou. Porque eu chego de manhã cedo e vou ao leito do paciente e está “apagadão” e o outro andando cambaleando e caindo. Se eu der a medicação das 8h pode piorar, então, muitas vezes, eu suspendo a medicação e comunico o médico, aí se ele achar que eu devo fazer, eu vou e faço. Mas em primeira mão eu não faço o medicamento. (S7).

Essa preocupação por parte dos técnicos revela que têm conhecimento sobre os medicamentos que administram (ação desejada; efeitos colaterais) o que é positivo, pois assim, conseguem detectar alguns sinais e sintomas relacionados aos efeitos dos medicamentos psicotrópicos, o que colabora para a segurança da farmacoterapia do paciente (SECOLI, 2001).

4.2.3.3 Cuidados de higiene pessoal e aparência

De acordo com Teixeira *et al.* (2001), os cuidados relacionados à higiene pessoal e à aparência são: banho, higiene oral, corte de unhas, cabelo e barba, depilação das axilas e pernas, vestuário limpo e adequado ao clima e higiene íntima.

Os trabalhadores de enfermagem do sexo masculino ficam responsáveis pela higiene dos homens e os do sexo feminino pela das mulheres. Como o trabalho é dividido por tarefas, no horário de banho (aproximadamente às 06h45min), alguns dos trabalhadores designados para o cuidado geral, acordam os pacientes e os encaminham para o banheiro para a higiene matinal e os estimulam e auxiliam nos banhos, enquanto outros ficam responsáveis pela troca das roupas de cama e organização da área.

Quando algum paciente apresenta mobilidade alterada, alguns funcionários dispensavam atenção especial, ou seja, além de estimulá-lo, auxiliavam-no no

banho; outros estimulavam o interno a tomar banho, mas não o auxiliavam quando havia necessidade. O estímulo fazia com que os pacientes entrassem no chuveiro, mas, devido ao estado de confusão mental, entravam no chuveiro e não faziam a higiene corporal, depois, colocavam roupas limpas, mas continuavam com aparência suja, com seborréia e crostas no couro cabeludo e com precária higiene oral.

Apesar dessa observação, durante a entrevista todos descreveram essa atividade enfatizando que ajudavam o paciente quando havia necessidade.

[...] geralmente eles tomam banho sozinho, mas você tem que estar vigiando o paciente para que ele tome banho direito, porque geralmente da higiene corporal eles não cuidam muito bem ... a gente só dá o banho quando o paciente é acamado. Se tiver dificuldade na mobilidade a gente espera os que tomam banho sozinho terminar, aí a gente leva os que têm dificuldade e os põe na cadeira para tomar banho (S2).

Os pacientes que estão andando normalmente a gente os levam até o banheiro e entrega a toalha e o sabão, mas têm os pacientes que estão muito confusos, eles não tomam banho, daí a gente dá o banho. Têm outros que entra, gosta do banho, mas que ficam dentro do chuveiro e enquanto você não vai buscar eles não saem e a gente fica de olho, vigiando (S4).

O banho a gente leva o paciente pro banheiro dá o sabão líquido... Aqueles que tomam banho sozinho tomam banho sozinho. Aqueles que não dão conta, a gente entra pra ajudar. A gente chama outro paciente para nos ajudar e entra para ajudá-lo a tomar banho. E tem que tomar banho, porque esses remédios fazem o paciente suar e dá um cheiro forte, porque esses remédios são fortes demais (S7).

As causas que levam o indivíduo a não se cuidar adequadamente estão relacionadas à baixa auto-estima, falta de ânimo, impregnação medicamentosa, catatonia, agitação psicomotora, falta de crítica para arrumar-se adequadamente, confusão mental, dentre outras. O papel da equipe de enfermagem é detectar as causas que levam o paciente a não se cuidar e orientar e estimular o auto-cuidado. Além disso, devem realizar pelo paciente quando esse se apresentar totalmente impossibilitado e ajudá-lo quando estiver parcialmente limitado, fazendo por ele somente aquilo que não consegue (TEIXEIRA *et al.*, 2001).

Observei que o cuidado deficiente em relação à higiene e aparência pessoal estava relacionado também, e em grande parte, à deficiência de recursos materiais e estrutura física.

O hospital não fornece material de higiene como xampu, condicionador, sabonete e outros. No horário do banho, era distribuído em copos descartáveis sabão à base de clorexidina diluída.

Alguns funcionários compravam e forneciam o material de higiene aos internos e, às vezes, o setor recebia doações de ONG's. Alguns familiares levavam escovas de dente, sabonete, xampu, condicionador e outros.

Apesar da falta de materiais de higiene, os trabalhadores, quando perguntados sobre as dificuldades enfrentadas no local de trabalho, não citaram a falta de recursos materiais. Isso mostra que, em geral, a população pesquisada não problematiza o fato de não haver matérias para higiene dos pacientes.

Outro fator relacionado à higiene e à aparência pessoal que merece destaque nesse estudo é o cuidado com o vestuário, pois na enfermaria de Psiquiatria, o paciente não é obrigado a ficar com o uniforme do hospital; ele pode guardar as suas roupas na rouparia do setor e usar o uniforme, ou pode usar as suas próprias roupas e pedir para lavar na lavanderia do HC, ou ainda, receber, diariamente, vestes limpas de seus familiares.

Em todas as clínicas do HC, os pacientes vestem as roupas do hospital, apenas na enfermaria de Psiquiatria existe essa liberação. Presumo que a decisão da diretoria do SPPM em liberar o uso de roupas comuns seja uma tentativa de desvincular a enfermaria de Psiquiatria da característica manicomial, fechada ou como denominada por Goffman da característica de "instituição total"⁹ (GOFFMAN, 1990).

Entretanto, o sistema existente para guardar os pertences dos pacientes ainda não é eficaz e isso cria grande confusão, porque quando o paciente decide usar o uniforme, suas roupas são entregues para seus familiares ou são identificadas e guardadas na rouparia, não existe um registro sobre o que exatamente foi feito, então, no momento da alta, gera-se grande confusão e insatisfação do usuário.

Quando o paciente decide usar as próprias roupas, acontecem outros problemas, como: os pacientes permanecem com as mesmas roupas durante a internação, porque não sentem o desejo de trocar de roupa, ou porque seus familiares não as levam ou o paciente tem peças limpas, materiais de higiene e outros pertences, mas, não tendo um local chaveado para guardá-los, os perdem; à vista disso, os pacientes ficam insatisfeitos e se criam conflitos entre os internos e deles com o pessoal de enfermagem.

⁹ Goffman denomina instituições totais aquelas que funcionam como barreira à relação social com o mundo externo onde os aspectos da vida do indivíduo são controlados pela instituição.

De acordo com Goffman (1990, p.28), as pessoas precisam de um “certo controle da maneira de apresentar-se diante dos outros”. Para isso é necessário um “estojo de identidade” (roupas, instrumentos, bem como um local seguro para guardá-lo) porque esse conjunto de bens pessoais tem grande relação com a identidade do indivíduo e com o controle de sua aparência pessoal.

Esse mesmo autor coloca que, ao ser admitido em uma instituição com características de instituição total, o indivíduo é despido de sua aparência usual o que, conseqüentemente, provoca a desconfiguração pessoal, sendo essa uma violência marcante na vida do indivíduo.

Embora a proposta da direção do SPPM de autorizar os pacientes a usarem as próprias roupas seja positiva em relação à caracterização do local, não garante que seja preservada a individualidade dos internos e nem tampouco os exime de terem a sua privacidade e identidade violentadas, pois sua eficácia depende de uma estrutura que dê suporte a essa iniciativa que inclui armários com chaves, um serviço bem estruturado de controle dos guardados e a compreensão e apoio da equipe de enfermagem para o bom funcionamento.

Os trabalhadores de enfermagem de nível médio encontram-se na base piramidal da estrutura organizacional hierárquica hospitalar, portanto, assumem o papel de cumpridores de ordens, permitem que os pacientes fiquem com as próprias roupas, contudo, não conhecem o objetivo dessa proposta, não se empenham para implementá-la, ficam insatisfeitos e acabam enxergando essa proposta como uma grande dificuldade para o desenvolvimento de suas atividades, pois não se encontra articulada com a estrutura do serviço e nem da instituição. As falas descritas abaixo demonstram essa realidade:

[...] o paciente pode usar as próprias roupas aqui. Tem paciente que fica 15 dias com a mesma roupa. Em contrapartida, desde o berçário até na saída do hospital os pacientes usam uniforme padronizado. Então porque deixar só os daqui sem uniformes? Não que eu seja contra, mas dá muito problema: some as roupas, paciente evacua demais e não tem nem como guardar aquelas roupas sujas, as mulheres menstruam e a gente tem que guardar a roupa suja por muitos dias, até o dia que o parente aparecer, ou a paciente fica com a mesma por muitos dias porque ela não quer tirar. Se fosse só uniforme seria mais fácil de conferir se todos tinham tomado banho (S19).

Quando o paciente chegava, você os levava para o quarto e tirava toda roupa dele, todos os seus pertences, só deixávamos uma sandália

havaiana, ele não ficava com a roupa dele mesmo, apenas com o uniforme do hospital e com isso a gente evitava do paciente portar objetos perfurocortantes. Mas hoje não é mais assim, hoje, o paciente quando interna entra com bota, botinas, tênis, roupas normais você procura e não vê nada, mas eles conseguem esconder. É uma dificuldade. Não tem revista dos pacientes... (S11).

4.2.3.4 Auxílio na organização dos pacientes durante as consultas médicas

As consultas médicas são realizadas todos os dias, geralmente pela manhã, e sempre por um psiquiatra e dois residentes de Psiquiatria.

Um auxiliar ou técnico de enfermagem fica na porta ou dentro do consultório, organiza a entrada e saída dos pacientes e é o responsável por salvaguardar os médicos de agressões, se caso o paciente ficar agitado, cabe ao trabalhador controlar e retirar o interno da sala. Como relata um dos entrevistados:

[...] Geralmente fica sempre um na porta pra chamar os pacientes, porque todo mundo quer entrar junto, então fica sempre um na porta para encaminhar para o médico... para cuidados também, cuidar porque ele pode agredir o médico e tal... Porque já aconteceu de agredirem os médicos... por isso que eles pedem pra gente ficar lá... (S4).

Muitos médicos não atendem os pacientes no horário de rotina (pela manhã), alguns chegam no fim da manhã, próximo ao horário do almoço, e por motivo de operacionalização do serviço (para evitar o sobe-e-desce com os pacientes), o pessoal de enfermagem não leva o paciente para o pátio durante toda a manhã. Outras vezes, os médicos chegam no horário do café da manhã e, não raro, interrompem a refeição do paciente em detrimento da consulta, situações parecidas foram muito bem descritas pelos entrevistados:

Mas por exemplo, se a gente tiver só três na enfermagem e chegar um médico às 7:30h para atender os pacientes, fica muito difícil, porque a gente tem que largar os cuidados e ir atender os médicos, aí fica difícil. Daí se agente disser para o médico olha, agora não tem jeito da gente ficar na porta porque a gente tá dando banho e tal... daí eles falam... não! Tem que ficar alguém da enfermagem aqui, porque se o paciente agitar e tal... (S4).

O médico começa a atender tarde né, ele demora. Igual ontem, nós ficamos aqui à tarde ... o dia todo praticamente ... o médico chegou para atender meio dia, depois já veio o almoço e depois o horário de visita, acabou que ninguém desceu para o pátio. Funciona de acordo com os médicos. Quando

eles atendem mais rápido, a gente desce com eles. Pelo menos eu acho lá em baixo é muito melhor para os pacientes (S18).

Observa-se que a assistência prestada nesse local é organicista e médico-centrada, ou seja, o objeto de trabalho é a doença mental e a organização do trabalho dos profissionais e, principalmente, da equipe de enfermagem está voltada para o “fazer do médico”.

Alguns autores colocam que apesar do discurso atual esteja voltado para superação das práticas manicomialis, organicistas e médico-centradas, o modo de organização do trabalho dos profissionais de enfermagem ainda subordina-se ao trabalho médico. Assinalam que não há troca e nem integração de saberes, prevalecendo a valorização de um saber em relação ao outro (Bertoncello; Franco, 2001; Kirschbaum; Paula, 2001).

4.2.3.5 Acompanhar os pacientes ao pátio

Após as consultas médicas (aproximadamente às 10h30min), de acordo com as rotinas, os funcionários levam os pacientes ao pátio, mas isso nem sempre acontece, seja em função do número reduzido de funcionários, seja porque decidem não levar, ou ainda porque os médicos não terminaram suas avaliações.

O pessoal de enfermagem não realiza nenhuma atividade com os pacientes no pátio. Ficam sentados conversando entre eles ou com os pacientes. A maioria expressou não gostar dessa atividade por achar que além de monótona para eles, não ajuda os pacientes a melhorarem seu quadro. Como mostram os relatos abaixo:

A gente fica com eles lá embaixo, não tem nenhuma atividade, daí você senta pra um lado e o paciente senta pra outro, aí fica lá e ficamos lá só vigiando pra não fugir (risos), eu acho isso um absurdo, não resolve nada (S5).

[...] o pátio hoje é bonito, mais visto... mas também, eu acho que naquela época o pátio era melhor, eles tinham alguma coisa pra fazer, era plantar, entendeu? Era plantar, mexer com água... hoje não. (S8).

Uai! Lá no pátio a gente fica vigiando o paciente pra não fugir... (risada)... só isso, porque lá não tem muita coisa pra fazer na verdade. Às vezes eu acho que o paciente nem gosta de descer, porque chega lá não tem nada pra fazer, num instantinho eles querem subir. (21).

Como se pode perceber, essa tarefa não instiga o interesse dos trabalhadores, pois a única função exercida no pátio é vigiar para que os pacientes não pulem o muro e fujam. Essa atividade é percebida como uma dificuldade e discutida posteriormente.

4.2.3.6 Auxiliar o pessoal da copa a servir as refeições

Durante a internação, os pacientes fazem seis refeições: o café da manhã às 9h; às 10h recebem uma fruta; o almoço é servido às 11h; o lanche às 14h; o jantar às 17h30min; o lanche da noite às 21h.

As refeições são levadas pelo Setor de Nutrição. Todos os dias, pela manhã, a nutricionista avalia os pacientes e indica o tipo de dieta a ser servida. Além da avaliação, a nutricionista conta com o pessoal de enfermagem que a informa sobre as queixas dos pacientes como: diarreia, constipação intestinal e outros.

As refeições chegam em panelas e são montadas pelo auxiliar de cozinha e por um técnico ou auxiliar em um balcão existente no salão da enfermaria.

O auxiliar de cozinha distribui as refeições e o trabalhador de enfermagem organiza a fila dos internos e os vigia para não pegarem a comida antes que termine de ser montada. Além disso, chamam os pacientes que permanecem nos quartos, estimula-os a levantar para comer e guardam as refeições dos pacientes que não querem comer no horário pré-estabelecido. Contudo, não é comum o pessoal de enfermagem auxiliar os pacientes nas refeições.

De acordo com Teixeira *et al.* (2001), é necessário que a equipe de enfermagem esteja atenta à alimentação dos doentes mentais internados, pois, no período de crise, podem estar deprimidos, hiperativos, alucinantes ou delirantes e tais sintomas podem causar dificuldades para as refeições serem ingeridas. A enfermagem deve planejar suas ações e oferecer cuidados a partir da observação do comportamento de cada paciente para colaborar para sua nutrição adequada.

4.2.3.7 Atividades do período noturno

A rotina do pessoal do noturno distingue-se da do diurno em alguns aspectos

e serão expostos a seguir:

O Livro de Atribuições não é feito para o pessoal do noturno, eles próprios distribuem as tarefas entre si.

Ao contrário do pessoal do dia, raramente auxiliam os pacientes no banho. Os cuidados gerais são mais voltados a atender as solicitações dos pacientes como distribuir roupas, lençóis e cigarros.

É regra da instituição que às 22:00h as luzes sejam apagadas e os pacientes orientados para irem para seus quartos.

Alguns pacientes não conseguem dormir e permanecem no salão; a enfermagem tenta convencê-los a irem para seus leitos, mas, se demonstrarem agitação e essa persistir, é aplicada a medicação “se necessária”, que habitualmente é injeção intramuscular de Haloperidol e Fernegan ou Diazepan.

Além de aplicar a medicação, os pacientes que estão muito agitados são contidos no leito. Para realizar a contenção, o paciente é acompanhado até seu leito ou levado à força. Depois que o paciente se deita ele é contido pelos pés, mãos e pelo tórax. O procedimento é feito com material adequado e de forma que não machuque o paciente.

Após as 22h, revezam-se no descanso, sempre ficam dois no posto de enfermagem disponíveis para atender qualquer intercorrência, não costumam fazer rondas.

4.3 Facilidades e dificuldades do trabalho em enfermagem psiquiátrica: o discurso dos sujeitos.

As questões colocadas pelo pessoal de enfermagem sobre as facilidades encontradas para realização de suas atividades foram mínimas em relação às dificuldades. Vários expressaram apenas os fatores que dificultam o trabalho, afirmando que não se lembravam de nada que o facilitasse.

É importante atentar para o fato de que os funcionários consideraram difícil apontar os fatores que facilitam o trabalho, o que leva a crer que, para esses sujeitos, o trabalho pode estar sendo percebido como algo que traz mais sofrimento do que prazer.

O trabalho ocupa a maior parte da vida, essa pode ser fonte de prazer ou

sofrimento dependendo das condições reais de vida e das relações específicas do trabalho do indivíduo (SIQUEIRA; WATANABE; VENTOLA, 1995; GONZALES; BECK, 2003).

É certo que o processo de trabalho, quando facilitado por qualquer que seja o fator, gera prazer e, quando dificultado, gera desprazer/sofrimento de múltiplas ordens.

As categorias a cerca das facilidades encontradas para o desenvolvimento das atividades foram: **“bom relacionamento com a chefia e com os colegas”**:

[...] a união da equipe e por eu gostar também de ficar nesse setor. A gente trabalha em equipe... todo mundo ajuda e isso muitas vezes anima muito a gente (S4).

Entrosamento com os funcionários da enfermagem e assim, a presença da chefia em muitas decisões, o coleguismo ajuda também, porque às vezes você tenta resolver uma situação, às vezes com interferência até dos familiares, aí vem um colega e intervém, ajuda a resolver ou assume junto com você perante os familiares, tem isso entre nós (S10).

Sinceramente? Não tem facilidade. A única coisa que eu posso dizer é que a nossa chefe não nos atrapalha em nada, ela nos deixa bem à vontade para trabalhar, com aquilo que a gente tem (S12).

[...] a própria equipe de enfermagem que a gente trabalha... a chefia que... são pessoas que a gente trabalha a vários anos juntos, então você acaba pegando um vínculo bem mais forte e é uma facilidade que te incentiva a ficar no setor... o relacionamento em si (S14).

Acho que o bom relacionamento que eu tenho com meus colegas... o relacionamento é quase tudo né... o restante a gente...cada dia uma rotina diferente né, uma novidade (S16).

Alguns autores levantaram os fatores motivacionais e que geram prazer no trabalho da enfermagem e encontraram como principal contribuinte o relacionamento interpessoal e, conseqüentemente, a falta desse como fator potencializador da carga de sofrimento emocional no trabalho (PEREIRA; FÁVERO; TREVISAN, 2000; PEREIRA; FÁVERO, 2001).

No tocante à relação interpessoal enfermeiro-pessoal de enfermagem, esta pesquisa revela que entre os sujeitos e chefes de enfermagem há entrosamento e que isso gera certo grau de satisfação nos trabalhadores, já que a forma como são liderados permite que se sintam menos pressionados, vigiados e mais autônomos.

Segundo Gindri *et al.* (2005), para os funcionários, acima da competência técnica do enfermeiro está a atenção e a relação que esse tem com sua equipe. Um enfermeiro com a personalidade difícil e que age com autoritarismo pode ter

problemas que poderão interferir no processo de trabalho e, conseqüentemente, no cuidado prestado.

No que concerne às dificuldades que o pessoal de nível médio encontra para o desenvolvimento de suas atividades, estas dividiram-se em: **“dificuldades relacionadas a característica da instituição” e “dificuldades relacionadas as particularidades do trabalho da enfermagem psiquiátrica”**.

Neste estudo, a característica da instituição está relacionada ao tipo da instituição; ao modo como se organiza, ou seja, sua estrutura piramidal (alta ou plana) dependendo do número de níveis de hierarquias (Silva, 2004); às normas institucionais; ao objetivo e ao objeto da assistência à saúde, dentre outras características que influencia diretamente no trabalho desenvolvido pelos agentes do cuidado que, neste caso específico, é o pessoal de enfermagem, que ocupa espaço na base piramidal da estrutura hierárquica hospitalar.

As particularidades do trabalho do pessoal de enfermagem são entendidas aqui como sendo a organização das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores no seu dia-a-dia, ou seja, a rotina de trabalho, bem como, as peculiaridades da assistência prestada.

Como já dito anteriormente, o trabalho do pessoal de enfermagem é influenciado pelas características da instituição, entretanto, por questões didáticas, serão apresentadas separadamente, embora no decorrer das análises, um tema inevitavelmente estará articulado com o outro.

As dificuldades relacionadas às características da instituição encontradas neste estudo estão relacionadas à estrutura física; a falta de equipamento e materiais de consumo; a assistência médico-centrada; a desvalorização do pessoal de nível médio; a não permanência do médico em período integral; a sobrecarga de trabalho; o trabalho mecânico, repetitivo, desvalorizado e desestimulante; a falta de preparo dos trabalhadores para atuar na área; falta de suporte psicológico advindo da instituição.

A enfermagem não contém janelas, em função disso, o ambiente fica mais escuro e abafado o que leva, muitas vezes, à agitação do paciente internado e, por conseqüência, dificulta a assistência, bem como, a recuperação do interno.

[...] eu acho aqui muito abafado. Isso não é dificuldade pra eu trabalhar, mas pra eles (pacientes), acho aqui muito preso. Os pacientes falam que se sentem numa cadeia sabe, muito preso... (S3).

Isso aqui é muito fechado. Eu já dei idéia de fazer uma rampa aqui em cima que dê acesso direto ao pátio, de manhã cedo você abre o portão, o paciente vai lá em baixo, volta ...(S12).

A infra-estrutura da unidade de Psiquiatria ainda reproduz a necessidade de vigilância e controle do paciente. O ambiente fechado com pouca iluminação e umidade expõe os trabalhadores a cargas físicas. O ambiente fica ainda mais insalubre, quando se leva em consideração que os pacientes geralmente fumam dentro da enfermaria. Essas condições de trabalho expõem o trabalhador a cargas físicas e psíquicas de trabalho e produz desgaste físico e mental (CARVALHO E FELLI, 2006).

Embora tenha sido percebido a falta de materiais de consumo, principalmente os para higiene dos pacientes, não foram citados por nenhum entrevistado. Surgiu apenas um relato sobre dificuldades relacionadas à **“falta de equipamentos”**, exposto abaixo:

[...] a estrutura do banheiro é horrível pra dar banho, as portas... Devia ser igual o banheiro do Pronto-Socorro que é amplo que tem como entrar com o paciente... e quando temos paciente com dificuldade para andar a gente tem que por numa cadeira normal e sair arrastando pelo corredor. Eu peço aquelas cadeirinhas de dar banho, porque se tivesse iria ajudar no dia a dia com o paciente sabe... é muito difícil (S5).

O déficit de materiais de consumo não permite que a enfermagem trabalhe com tranqüilidade, o que acaba prejudicando o trabalho e a assistência ao paciente (ALVES; JOUCLAS, 1997).

Além disso, a maior preocupação da equipe é em relação ao perigo de surgirem agressões entre os internos, principalmente com os objetos existentes na enfermaria:

[..]. Segurança da área física. Não sei se você viu naqueles banheiros novos eles colocaram um suporte de soro que é enroscado na parede, não precisa fazer força para desenroscar, aí eu tirei e guardei. ... aquilo é uma arma na mão do paciente que está agressivo (S16).

Os entrevistados colocaram também que, durante o percurso até o pátio, existe grande tensão, pois as rampas de acesso também dão acesso à saída do hospital. A tentativa de fugas gera uma séria de transtornos para os trabalhadores, pois esses são submetidos, inevitavelmente, a atritos com os doentes, para evitar que fujam. Essa ameaça constante causa tensão pelo temor em relação à sua

integridade física e a dos seus pacientes e, ainda, por serem, institucionalmente, os responsáveis por “cuidar para que os pacientes não fujam”.

Outra dificuldade relacionada à característica da instituição é a assistência **médico-centrada**.

O funcionamento do setor é baseado na assistência do médico, incluindo as atividades do pessoal de enfermagem. A rotina, os horários e as atividades desse são voltados e subordinados ao trabalho médico.

Isso fica claro nos discursos expostos anteriormente (na subsecção 4.2.3.4), quando os entrevistados exemplificam algumas situações em que o paciente deixa de ir ao pátio ou sua refeição é interrompida em decorrência do atendimento médico, ou melhor, as atividades necessárias para o cuidado do paciente têm que ser negligenciadas pela enfermagem em prol do “fazer médico”.

Na lógica do atendimento “**médico-centrado**”, os funcionários de enfermagem têm seu trabalho subordinado ao trabalho médico e “**sentem-se desvalorizados**”, porque, apesar de lidarem direta e constantemente com o paciente, suas opiniões e idéias não são levadas em conta.

...eles poderiam valorizar mais a gente, valorizar quem está lidando diretamente com o paciente, mas aqui nós não temos valor nenhum... nenhum, nenhum, nenhum... (S12).

O pessoal daqui poderia valorizar mais o funcionário, dar mais oportunidades, trabalhar junto com os funcionários, buscando e ouvindo idéias e sugestões, só (S15).

[...] falta ouvir o funcionário a respeito de suas expectativas em relação ao trabalho... trocar idéias...(S21).

Embora a instituição seja médico-centrada, organicista e voltada para medicalização e a assistência prestada pelo pessoal de enfermagem seja voltada para cumprir a prescrição médica, “**o setor permanece a maior parte do tempo sem a presença do médico**”, o que faz com que a enfermagem assuma sozinha certas ações que estão fora de suas competências, levando a um maior nível de pressão e tensão no trabalho e, conseqüentemente, ao “**aumento da sobrecarga de trabalho**”.

Os relatos a seguir demonstram como os trabalhadores de enfermagem percebem a ausência do médico:

[...] qualquer coisa diferente que acontecer aqui a responsabilidade é nossa, o médico não está aqui. Então a enfermagem acaba se responsabilizando por todo setor. Porque aqui o pessoal fala muito de equipe multidisciplinar, mas quem trabalha mesmo é a enfermagem (S2).

[...] a gente fica aqui no setor sem médico e isso acaba nos sobrecarregando porque fica você e você né? ... não é a mesma coisa o respaldo legal, porque se o paciente está quebrando tudo aqui e o médico parece e diz para conter o paciente, você tem o respaldo legal... então você tem essa dificuldades também, de não ter o respaldo de quem precisaria de estar no lugar e na hora certa né. Por exemplo: fizemos uma contenção mecânica, mas não tem prescrição médica ... nós sabemos que a contenção mecânica é uma responsabilidade médica. Corre risco da família não gostar e abrir um processo e então você tem que estar respaldado pela Lei (S14).

[...] um médico de plantão seria excelente. Porque todas as responsabilidades ficam em cima da enfermagem, o certo seria que toda contenção que você fosse fazer tivesse uma prescrição médica para você ter um respaldo jurídico, porque quando tem a prescrição "contenção" a gente faz e nem entra em contato com o médico (S11).

[...] deveria ter um médico de plantão aqui... E se acontecer uma emergência? Como você acha o médico? Daí tudo cai em cima da enfermagem... tudo cai em cima da enfermagem. Nós temos vários médicos aqui, mas nenhum fica no plantão. Aí é fácil! Daí a Psiquiatria é fácil (S12)!

Quando não há medicamentos prescritos e deixados como "se necessário" para ser administrados e algum paciente tem episódio de agitação, tentam falar com o médico pelo telefone, se não obtiverem sucesso naquele momento, acabam adiantando o horário de algum medicamento prescrito, ou fazendo contenção, muitas vezes sem estar prescrito. Dessa forma, aumentam a tensão e a preocupação e novamente, a "**sobrecarga de trabalho**".

Entretanto, mesmo quando os medicamentos são prescritos, os funcionários acreditam que a dose recomendada não condiz com os sintomas apresentados pelos pacientes, como explicam a seguir:

[...] os psiquiatras daqui estão respeitando uma nova política, porque aqui é uma universidade, então, todos os estudos novos a tendência deles é absorver. Porém, eles deixam de ver a realidade... tem paciente que a dose não é ideal, daí você liga pra os médicos pra eles virem aqui e eles não vêm. Eu acho que o problema aqui é esse... Não vou questionar a qualidade da medicação que eles prescrevem, se está certo ou se está errado não, mas a quantidade! É visivelmente... não está certo. Eu acho que tem uns pacientes aí que a dose podia ser mais alta. Porque a gente convive com os pacientes, o médico não, chega aí só conversa um pouco com ele, ele não tem convivência com o paciente, não dá pra ele avaliar... Aí tenta adequar, faz injeção, tenta conversar com o paciente, às vezes precisa fazer contenção e isso é um trem que eu não gosto de fazer... a gente acaba entrando em um serviço que não é nosso e isso me incomoda (S2).

[...] eu acho que dificulta é quanto a medicação do paciente, porque muitas vezes o paciente está agitado, dando trabalho e você pega a prescrição do paciente e nem acredita que aquela prescrição é daquele paciente agitado que está naquelas condições. Muitas vezes o nosso trabalho é mais duro porque o paciente está mal medicado e o paciente fica 3 ou 4 dias do mesmo jeito sem mudar a prescrição do paciente. Aí você acaba deixando esse paciente mais contido... (S13).

Eles não prescrevem medicação suficiente para o paciente, ele pode estar brigando, mas o médico não os medica. Essa é uma dificuldade grande. Mas sabe o porquê eles não deixam a gente medicar? Porque não ficam aqui dentro (S12).

Realmente, a terapêutica medicamentosa tem sido modificada, não se recomenda o uso de medicamentos psicotrópicos com finalidade de contenção química e, sim, como um dos recursos que ajudam o paciente a “sair da crise” de modo não traumático, com dignidade e conforto para o paciente.

Conforme Zaleski e Brognoli (2007), o atendimento psiquiátrico passou por grande evolução nas últimas duas décadas e está mais “humanizado”. A Terapia não é mais baseada apenas na terapêutica medicamentosa, porque parte-se do princípio que o indivíduo é um ser “biopsicossocial”, e apenas essa terapêutica não é suficiente, são necessários novos meios terapêuticos, para que o medicamento seja utilizado racionalmente.

Contudo, a ausência do médico leva a crença de que sua prescrição está incorreta, porque esse observa o paciente apenas durante o período de consulta, e não vê as manifestações reais dos pacientes. A enfermagem se ressentiu dessa situação, porque, embora saiba que essa “nova política” (como eles mesmos colocaram) é uma tentativa de melhorar a qualidade da assistência, sentem-se sobrecarregados, pois os pacientes ficam mais acordados (penso que dessa forma a recuperação do paciente é menos traumática, mais humana), mas sua agitação (se for o caso), por exemplo, diminuiu gradativamente, tornando-os mais trabalhosos para a enfermagem, exigindo cuidados intensivos e por um tempo prolongado.

A princípio, pensei que as prescrições com doses reduzidas dos medicamentos foram consideradas como algo que dificulta o trabalho apenas pelo paciente se tornar mais trabalhoso, no entanto, percebi que vêem essa mudança como algo negativo, não porque o paciente “dá mais trabalho”, mas por não receberem suporte para lidar com essa situação.

As dificuldades relacionadas apenas com o tipo do paciente (agitado, por exemplo) serão abordadas quando discorrer sobre as dificuldades relacionadas às

particularidades do trabalho, já que é esse sim, é peculiar ao trabalho de enfermagem em Psiquiatria.

Ao mesmo tempo em que se sentem sobrecarregados pelas deficiências na estrutura física e pelas conseqüências da falta de permanência do médico em período integral e ainda, por ser uma instituição baseada no modelo biológico e centrada no fazer do médico, suas habilidades e competências não são valorizadas como deviam. Logo, o trabalho dos técnicos e auxiliares é limitado apenas a cumprir as ordens médicas, vigiar o doente e executar tarefas rotineiras. Isso torna o **“trabalho mecânico e repetitivo”**, desvaloriza o cuidador, além de desestimulá-lo na execução de suas atividades diárias e na sua capacidade de transformação e inovação da assistência:

Porque a questão não é ser cansativo, é ser repetitivo, geralmente você não tem valor, você não é valorizado como profissional, pagam pouco demais... Não é gratificante. A gente trabalha porque precisa e não porque tem aquele gosto, aquele ânimo. Quando você vai fazer uma coisa nova, você entra animado com um sonho querendo fazer as coisas... aí você deixa muito disso pra trás com o tempo... (S2).

Aqui é muito difícil, de certa forma você acaba até cansando porque não tem assim... porque você precisa fazer algo junto com o paciente porque você ficar só vigiando também cansa (S5).

[...] o que eu faço aqui é mecânico... todo mundo aqui é mecânico... chego faço aquela rotina todinha e acabou ali, mas se quiser inovar, fazer alguma coisa... mas à vezes alguém não está disposto a fazer. Porque às vezes você quer dar uma pintura para o paciente fazer e não tem lápis... e tem que pedir para TO lá em cima... porque é ela que faz isso. Então falta alguma coisa, falta pra gente que trabalha na área, que mexe com o paciente, que fica 24 horas com o paciente, um suporte, algum material que possamos estar mexendo... (S12).

Falta vontade de estar construindo de estar criando, de estar inovando, temos um espaço físico que é muito bom, mas falta criatividade, falta incentivo. Se tivéssemos chance...(S15).

Para Gonzáles e Beck (2002), as atividades mecânicas tiram a espontaneidade dos gestos e tornam os momentos de prazer no trabalho mais difíceis de serem identificados. Se as atividades diárias pudessem ser realizadas, não como atos mecânicos, mas como ato livre e único, os trabalhadores poderiam sentir prazer e a alegria da criatividade.

Além disso, porque o cuidar está se tornando cada vez mais mecanizado e rotinizado, o que deveria ser o meio de interação entre os atores do cuidado (cuidador e sujeito do cuidado) está-se tornando uma barreira para essa relação. Os

trabalhadores perderam o manejo do relacionamento interpessoal terapêutico, pois é comum não saberem nem como iniciar uma conversa com o paciente e mantê-la terapêuticamente (RIBEIRO; PEDRÃO, 2005).

Outro agravante é **que “nenhum dos entrevistados teve algum tipo de curso ou capacitação para atuar em Psiquiatria”**, a maioria deles não tinha contato prévio com o paciente psiquiátrico quando foi trabalhar no local, com exceção de três deles, mas, mesmo os que já haviam tido contato com a área de Psiquiatria basearam suas ações na dos colegas mais velhos.

O pessoal de enfermagem tem dificuldades em lidar com os pacientes tanto no manejo psicológico, para evitar que o paciente fique agressivo, para contornar delírios e alucinações, como no manejo físico, abordagem para contenção, para separar brigas dentre outros e julgam ser necessário que a instituição promova cursos nesse sentido.

A gente tenta contornar ... a gente tenta resolver de todas as maneiras... na parte psicológica a gente nunca teve nenhuma orientação a respeito, acho que é o dom mesmo, a gente tem que praticar o dom e ... também na questão da contenção a gente também tem que praticar o dom, porque não temos nenhum tipo de orientação ou treinamento para imobilizar com segurança, porque tem como imobilizar com segurança, só que não temos preparo nenhum ... A gente teria que ter um treinamento para atuar mais na arte psicológica e também na prática física, pra conter o paciente, técnica de imobilização, imobilizar com segurança, para mim e para ele (S10).

Uma das dificuldades é a falta de capacitação. Por exemplo, paciente agressivo, você tem que abordar e tentar dominar com a preocupação de não machucá-lo, mas esse por sua vez não tem preocupação nenhuma em não te machucar e não machucar a si mesmos. Então eu acho que a maior dificuldade é essa, acho que a gente poderia receber um treinamento de como abordar de como dominar ou neutralizar o paciente sabe, alguma técnica nesse sentido, porque a gente faz isso com a cara e com a coragem e uma hora a gente pode ser prejudicado porque mesmo sem querer, você pode machucar o paciente por falta de conhecimento de como abordá-lo (S13).

A **“falta de preparo”** é uma falha institucional, pois essa deveria proporcionar instrumentos para que seus trabalhadores desenvolvam suas técnicas com segurança e de forma a contribuir para qualidade da assistência. Em Psiquiatria, é importante que, principalmente os técnicos e auxiliares que estão na linha de frente, possam utilizar instrumentos tais como: conhecimento científico, habilidades manuais e ainda humanização, sob a orientação do enfermeiro, para garantir que as relações interpessoais sejam adequadas e a eficiência do cuidado (RIBEIRO; PEDRÃO, 2005).

A contenção mecânica é um método utilizado em situações em que o paciente manifesta, ou tem risco de manifestar, agitação psicomotoras que possa ser risco para a integridade física dos pacientes internados. A falta de preparo, além de dificultar o trabalho e diminuir a qualidade de assistência, coloca em risco a integridade física do pessoal de enfermagem, principalmente os de sexo masculino, que são responsáveis em conter o interno e que, conseqüentemente, sentem medo ser agredidos.

Essas situações geram uma carga mecânica constituída pela exposição ao risco de agressão e também uma carga psíquica em decorrência de todo o processo de trabalho. A exposição a essas cargas é percebida pelos trabalhadores da mesma forma que percebem as cargas físicas, como geradoras de **“desgaste físico e mental”** (CARVALHO; FELLI, 2006).

Os autores supracitados identificaram em um grupo de técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalhavam na área de enfermagem psiquiátrica que, por lidarem com essas cargas psíquicas, acabavam por manifestar mudança de comportamento, ansiedade, irritabilidade e abuso de álcool e que isso abalava suas relações no trabalho e na vida pessoal (CARVALHO; FELLI, 2006).

Corroborando com esses achados, os sujeitos aqui pesquisados também sentem sobrecarga psíquica, relataram que **“não recebem nenhum tipo de apoio psicológico da instituição”**, e, sobre isso, um funcionário refere:

Os funcionários... Tem um monte que está afastado... tem poucos funcionários. Essa escala nossa é muito cansativa, nós não temos apoio de nada. Os pacientes têm apoio de psicólogos, terapeutas... e nós? Que ficamos 24 agarrados aqui dentro? Eu já sou acostumado, eu não me estresso com paciente não, mas tem gente aqui que não agüenta e sai daqui...nós não temos um apoio, deveria ter um apoio, uma vez na semana, ou de 15 em 15 dias, para tirar aquele estado de nervoso nosso (S12).

As dificuldades relacionadas às particularidades do trabalho foram as sobrecargas causadas pelas particularidades do paciente psiquiátrico e do trabalho nessa área.

O paciente psiquiátrico tem um comportamento peculiar quando está no período de crise, necessita de paciência e tolerância, pois demanda uma proximidade maior a partir de vínculos, para se sentirem seguros e terem confiança no tratamento recebido. É certo que esse tipo de assistência pode se traduzir em

cansaço, como explica esse funcionário:

Cansa... mentalmente cansa, cansa muito... é uma sobrecarga muito grande, o paciente fica repetindo a mesma coisa na tua cabeça e você explica, explica e explica e te cansa, você entra até em estafa... (S10).

Contudo, o cansaço referido pelos funcionários não está relacionado à quantidade de atividades que desempenham (cansaço físico), pois a maioria deles declara que as atividades rotineiras são poucas e leves, mas por considerarem que os pacientes internados demandam atenção excessiva.

Ademais, sentem tensão em relação às **“atitudes imprevisíveis dos internos”**, risco de agirem agressivamente um com o outro e com os funcionários. Essa afirmação está exemplificada na fala a seguir:

Muita gente fala: “lá dentro é pior” (referindo-se as enfermarias de outras especialidades) não... não é... aqui é pior. Lá dentro você sabe da doença da pessoa, você sabe o que fazer. E aqui? De uma hora pra outra o paciente chuta essa porta aqui, entra aqui e pronto! (S12).

O pessoal de enfermagem sente-se responsável por evitar brigas e atritos, ou seja, por preservar a integridade física do doente, teme ser responsabilizado legalmente por algo que acontecer com os internos. O sujeito 2 colocou claramente essa preocupação, como é mostrado a seguir:

[...] tem paciente que está bastante sexualizado. Se você marcar bobeira e acontecer... se pega uma gravidez, doença ... fica complicado, porque isso é uma responsabilidade muito grande e nós vamos ter que responder na justiça, e isso é certo também, porque temos que responder por nossos atos (S2).

E ainda acrescenta:

É complicado o serviço nesse ponto... você pode ser responsabilizado por um paciente cair, cortar o supercílio... O serviço é pouco, concordo, mas a gente se expõe e daí é uma loteria, uma hora pode acontecer de eu ser sorteado, vou ter que responder por alguma coisa que acontecer com o paciente... Daí fica ruim, porque a gente que é pobre só tem o nome e se sujar o nome, acabou (S2)!

Dentre os trabalhadores do sexo masculino, existe um agravante na

sobrecarga de trabalho, porque são eles os responsáveis por conter os pacientes ou separar brigas e, conseqüentemente, correm mais **“risco de machucar durante o horário de trabalho”**.

[...] a questão da contenção de paciente, isso é uma responsabilidade que recai sobre nós, do sexo masculino, porque ... pela questão da força física, então somos nós que tomamos mais pancadas também (S10).

[...] tem hora que os meninos tem que rolar com eles aqui no chão, eu acho um absurdo. Eu fico com medo tanto pelos meninos quanto pelos pacientes... (S5).

Outra dificuldade está relacionada ao **“paciente dependente químico”**, pois, de forma geral, o pessoal de enfermagem não o vê como doente mental e, sim, como doente que, apesar de apresentar mesmo sintomas que os outros, não foi vítima de uma doença, procurou com as próprias mãos, ou seja, é visto como um como um doente proposital.

Os doentes mentais não têm culpa de ter o que tem não! Eles têm culpa de estar doente? ... o drogado tem culpa porque ele buscou... procurou com as próprias mãos né. Esses que mexem com drogas têm consciência que pode vir a ficar ... é os que estão com a mente boa e estragam né? ... procuram com as próprias mãos (S7).

O usuário de drogas é totalmente diferente. O doente mental, a gente tem que os perdoar e aceitá-los do jeito que eles são, porque realmente eles são doentes. Já tiveram muitos doentes mentais aqui, hoje existem mais usuários de drogas do que doentes mentais (S9).

Os entrevistados caracterizam o dependente químico como um paciente agressivo, ameaçador e perigoso, tanto dentro do setor como fora dele e sentem ansiedade e medo ao realizarem atividades voltadas para esse tipo de paciente.

[...] geralmente o usuário de drogas ele é mais agitado, mais nervoso, mais agressivo... os usuários de outras drogas são agressivos e eu não sei lidar bem com isso, com agressividade. Porque o cara é agressivo, aí você vai levando, vai levando e daí tem hora que a gente perde a paciência (S2).

Os usuários de drogas são cheios de fazer motins um com o outro, combinando as coisas um com o outro (S3).

[...] o usuário é mais difícil de lidar com ele, porque eles não aceitam as normas, por quase nada eles brigam e ameaçam a gente... Porque muitas vezes eles falam: “agente vai quebra aqui se você não me der isso”, é complicado. Se você [...] se tiver que fazer medicação a gente tem que correr atrás de alguém pra vir ajudar, porque eles não querem e isso é a primeira coisa que eles falam quando chegam aqui, que não querem tomar

medicação. Eles falam: “você podem vir pra cima de mim então, tenta me pegar, me amarrar.” Eles agredem a gente (S4).

[...] eu tenho medo, nem me envolvo muito porque tem uns que ameaça de te matar na rua... a vida da gente já não é boa e ainda vou morrer de graça (S9)?

A gente não quer discriminar os pacientes, mas eles têm um potencial para a periculosidade fora do setor da Psiquiatria. Porque são pacientes que tem passagem em 16º DP (departamento de polícia), em presídios... você não sabe o perfil dele lá fora. Se você aborda esse tipo de paciente aqui dentro e ele pode se tornar um inimigo seu lá fora, essa é uma grande dificuldade que passamos aqui dentro (S14).

A agressividade do paciente evoca raiva, medo e gera ansiedade e intolerância da equipe para com o doente, conseqüentemente, na medida em que a tolerância diminui, é estigmatizado cada vez mais, dificultando ainda mais o cuidado. (BALIEIRO; HUMEREZ; CAVALCANTE, 2000; FILHO, 2000; VARGAS; MIRON; HILDBRANDT, 2000).

Além dessas dificuldades apresentadas, colocaram que algumas mudanças ocorridas no setor com a finalidade de humanizar a assistência dificultaram tanto a forma de trabalhar quanto a assistência e recuperação do próprio doente, como por exemplo, permanecer no mesmo local os pacientes feminino e masculino, com diferentes patologias, principalmente, os dependentes químicos, e, como já colocado anteriormente, o uso de roupas próprias durante a internação.

Entendem que essa é uma tentativa de humanizar a assistência de enfermagem, mas sentem-se sobrecarregados e desapoiados pelo restante da equipe, pois, embora entendam, têm que manejar difíceis situações como: evitar que os pacientes entrem em atrito, principalmente com os usuários de drogas que por estarem mais conscientes, não admitem certas atitudes dos outros internos; o risco de relações sexuais, entre os pacientes femininos e masculinos, já que é comum apresentarem a sexualidade exarcebada; a freqüente agitação do ambiente desencadeada por um paciente que acabou de chegar e os problemas causados, já citados, quando o paciente usa as próprias roupas.

As dificuldades relacionadas as particularidades do trabalho do pessoal de enfermagem supracitadas articulam-se com os aspectos institucionais, pois, por permanecerem a maior parte do tempo sem o apoio dos outros profissionais (principalmente o do médico) e por não terem autorização legal para todas as ações que julgam necessárias, sentem um peso maior de suas responsabilidades e, assim,

vêm como dificuldades tudo aquilo que possa colocar em risco seu emprego, reputação e integridade física.

A enfermaria de Psiquiatria do HC – Uberlândia apesar de ser considerada um dispositivo substitutivo de internação psiquiátrica em unidade de internação psiquiátrica no hospital geral (UIPHG), ainda engendra uma assistência tradicional (centrado no médico; organicista). Entretanto, se por um lado existem ainda muitos resquícios da Psiquiatria tradicional, por outro lado, aparecem sinais de uma assistência em consonância com a proposta da Psiquiatria atual, aberta a subjetividade do sujeito e humanizada.

O que pretendo discutir aqui é como essas mudanças foram feitas, como se articularam com o funcionamento do setor, capacidade de entendimento dos trabalhadores de enfermagem e a viabilidade de certas mudanças.

A incompreensão dessas medidas tomadas pelos administrativos do setor é claramente encontrada nos relatos a seguir:

[...] dificuldade é misturar paciente feminino e masculino... você tem que ficar em cima vigiando...(S5).

Os pacientes têm muita facilidade para namorar... então uma das preocupações é essa... se não fosse enfermaria mista à noite, só durante o dia, seria excelente, inclusive iria facilitar para todos (S11).

Têm os pacientes que estão quase recebendo alta e daí chega um paciente em crise que agita todo o plantão, porque os pacientes interagem um com o outro e são fáceis de serem manipulados, quando um agita, todos agitam... (S11).

Liberaram o uniforme de paciente, o paciente pode usar as próprias roupas aqui, tem paciente que fica 15 dias aqui com a mesma roupa ... Em contrapartida, desde o berçário até na saída do hospital, todos os pacientes usam um uniforme padronizado. Então porque deixar só os daqui sem uniformes? Não que eu seja contra, mas dá muito problema: some as roupas, paciente evacua demais e não tem nem como guardar aquelas roupas sujas... se fosse só uniforme era mais fácil de conferir se todos tinham tomado banho (S19).

Nos últimos anos a enfermaria de Psiquiatria do HCU vem sofrendo mudanças gradativas, no que concerne ao espaço físico como paredes pintadas, área com jardins e também na forma de assistir os internos como prescrição de doses de medicamentos mais criteriosa, para não haver impregnação; os pacientes podem ter acompanhante durante o dia; é permitido o uso de pertences e roupas próprias; não há grades que separam os quartos do salão de recreação; não há isolamento; os pacientes não ficam em alas separadas por patologia, sexo ou por nível de agitação ou periculosidade.

Essas mudanças foram feitas a partir da decisão da direção do setor e repassadas como ordem, ou seja, o pessoal de enfermagem não foi, de certa forma, levados em conta nas decisões, não foram consultados a respeito das mudanças e nem tão pouco tiveram a chance de compartilhar idéias e necessidades em relação ao cuidado que prestam.

Sem dúvida, novas formas de atuar, principalmente quando se trata de Psiquiatria e, especialmente do setor em questão, são imprescindíveis, mas difíceis também. Todavia, podem tornar-se mais fáceis quando os trabalhadores, e principalmente, porque são esses que operacionalizam essas mudanças, entendem o porquê e os benefícios de tais mudanças, quando recebem incentivo e são valorizados em suas ações.

Considerações finais

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do objeto deste estudo — atuação dos trabalhadores de nível médio de enfermagem em uma enfermaria de Psiquiatria de um hospital geral — levou-me a vários pontos de reflexão, contudo, esses se convergiram para um só ponto, ou melhor, para uma reflexão bem mais ampla, e digna de profundas discussões: a aplicabilidade das Políticas de Saúde Mental no âmbito das internações psiquiátricas em hospitais gerais. Dentre elas: a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de equipamentos substitutivos de internação, sendo um deles as Unidades de Internação em Hospitais Gerais, que têm como finalidade oferecer assistência integral e reduzir o tempo de internação.

Em relação aos leitos e unidades de Psiquiatria em hospitais gerais, a Portaria ministerial 224/MS, de 29 de janeiro de 1992 coloca que deverão conter, além dos espaços próprios de um hospital geral, salas para trabalho em grupo terapias, grupo operativo, dentre outros. Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades sócioterápicas.

Além disso, o parágrafo 1º do art. 4º da Lei nº. 10216 - 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” - prevê que o tratamento durante a internação deve visar como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio. Em seu parágrafo 2º afirma que o tratamento em regime de internação deve ser estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

Essas políticas estão em consonância com a pretensão da reforma psiquiátrica, que visa à mudança do objeto da assistência em saúde mental, ou seja, sua intervenção baseada não apenas na doença e na remissão dos seus sintomas, mas no ser em sofrimento mental, considerando-o de forma integral e complexa.

Esse objeto, diferente do anterior, traz consigo a necessidade de novas práticas terapêuticas; mudança na forma de intervir da equipe de saúde que trabalha nos serviços substitutivos de regime de internação psiquiátrica, bem como, exige que a instituição hospitalar modifique sua maneira de assistir, para que possa suprir a demanda advinda dessa outra maneira de cuidar/tratar.

Entretanto, quando se focaliza a aplicabilidade das Políticas de Saúde Mental

dentro da realidade da enfermagem de Psiquiatria em hospital geral, como a descrita neste estudo, percebe-se que sua organização ainda não está articulada com as propostas políticas para assistência em Saúde Mental.

Isso se tornou claro quando me pus frente a frente com a atuação dos trabalhadores de nível médio de enfermagem, pois as ações desses sujeitos refletem, em sua grande parte, a organização hospitalar e a qualidade da assistência prestada.

De forma geral, as instituições hospitalares ainda são organizadas hierarquicamente, dentro de um modelo organicista e médico-centrada, com finalidade de cura/tratamento. Nessa perspectiva, a proposta de aliar-se aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, torna-se um grande desafio, pois delegar a esse tipo de instituição, que tem total clareza da forma como suas bases estão estabelecidas, que funciona de acordo com seus fundamentos e que se assume como estrutura eficiente, no que concerne ao cumprimento de seu papel, a função de construir dentro dessa estrutura coesa, outra forma de cuidar/tratar, em que a doença é coadjuvante e o sujeito, imbuído de toda sua complexidade, exerce papel principal, não é tarefa fácil.

Para dar conta dessa mudança, é necessário, entre outros fatores, que o hospital construa novos conceitos e novas formas de assistir ao indivíduo em sofrimento mental. Deve abrir-se para assumir novos papéis, que não só o de instituição “curadora” e, portanto, voltada para a doença, mas também direcionada a atenção integral do indivíduo em sofrimento mental.

Para que isso aconteça é imprescindível que todos os atores envolvidos no processo de cuidar possam pensar, refletir, discutir, compartilhar conhecimentos, fazer trocas para chegar em um denominador comum que seja capaz de satisfazer, principalmente, às necessidades do sujeito do cuidado.

A nítida incompatibilidade entre a organização do hospital e os objetivos das internações psiquiátricas em hospitais gerais proposta na atual Política de Saúde Mental esteve presente durante todo este trabalho, na caracterização, na descrição da organização do serviço e das atividades da enfermagem, assim como na descrição e análise das dificuldades encontradas pelos sujeitos do estudo.

Os trabalhadores de enfermagem, sujeitos do presente estudo, exercem o papel de cumpridores de ordens médicas e de normas institucionais, bem como a de zeladores da ordem hospitalar. Esse papel é assumido e desempenhado, em certa

medida, com excelência em relação às demandas institucionais.

Entretanto, no que se refere a atender as necessidades do sujeito, o papel desempenhado por esses trabalhadores torna-se, no mínimo, contrastante, pois, ao mesmo tempo em que tentam dar retorno às solicitações do doente, ou seja, dar sentido ao cuidar de enfermagem, esbarram em políticas institucionais que visam a outros interesses que não os do sujeito em sofrimento mental.

Em contrapartida, quando o pessoal de enfermagem de nível médio — que tem sua assistência já tão mecanizada em relação ao “fazer funcionar” a instituição de forma que facilite sua assistência e satisfaça os interesses dos profissionais envolvidos — vê-se frente às mudanças propostas pelo próprio hospital, sentem-se sobrecarregados pelo peso que trazem essas transformações, pela ruptura do modelo de assistência tão consoante com os preceitos institucionais e pela falta de apoio e recursos para viabilizar essas mudanças.

Assim, por exemplo, quando a instituição permite que o interno use as próprias roupas, extingue as alas que separam os pacientes por sexo ou patologia, ou quando os médicos decidem prescrever doses mais baixas de medicamento, os problemas apresentam-se com maior evidência.

As dificuldades enfrentadas pelos sujeitos, desta pesquisa, foram geradas e retroalimentadas, em grande parte, pela própria instituição e, em outra parte, pelos atores envolvidos no cuidar, pois assumem uma postura acrítica e não reflexiva a respeito da sua prática. Gera-se então um círculo vicioso, e, a título de exemplificação, pode-se relembrar as dificuldades ocorridas quando os pacientes foram autorizados pelo Setor de Psiquiatria a usarem suas próprias roupas. Essa medida, embora tenha sua gênese na humanização da assistência a partir da não despersonalização do indivíduo enquanto experimenta a internação hospitalar, não foi “bem vista” por eles por algumas razões a citar: essa mudança não foi criada a partir de discussões que incluíssem o pessoal de enfermagem, receberam uma ordem a ser cumprida, típica das instituições hierárquicas; a enfermagem não foi estruturada para atender as demandas advindas com a nova medida, como armários para os pacientes, guarda-volumes, lavanderia, dentre outros. Conseqüentemente, a enfermagem fica deslocada frente ao que deve ser feito (assistência prescrita), o que realmente é possível de ser feito e o que de fato é feito (depende da assistência prescrita, da organização da instituição e da disponibilidade dos seus agentes). Logo, a falta de articulação entre a organização da assistência e as novas práticas e,

ainda, a falta de motivação dos funcionários para desenvolvê-las traduziu-se em dificuldades expressadas pelos trabalhadores de enfermagem as quais foram mostradas neste trabalho a partir dos recortes das suas falas.

Para que o pessoal de enfermagem não se sinta deslocado é preciso que compreenda o porquê tais mudanças são condições *sine qua non* a qualificação do cuidado em Psiquiatria. Para que essa categoria se disponibilize e se empenhe em criar novas formas de assistir o doente mental, é necessário que se sinta motivado, que acredite naquilo que se está propondo a fazer, e que saiba que tem importância na participação e no sucesso dos resultados obtidos. É necessário também que os próprios trabalhadores de nível médio de enfermagem saibam que essas transformações no atendimento em Psiquiatria se tornam possibilidades reais à medida que assumem posturas reflexivas e críticas a respeito do seu papel e rejeitam a tarefa quase estereotipada de cumpridores de normas, rotinas e tarefas e passam para a de participantes ativos do movimento de transformação institucional em Saúde Mental.

Outra questão que integra-se a acima citada, é a falta de comunicação/articulação inter/multidisciplinares. A opinião dos trabalhadores de enfermagem não é valorizada, bem como, a experiência dessa categoria, o que os fazem se assumir apenas como executores de ordens prescritivas. Isso gera grande insatisfação entre os funcionários e um grande prejuízo para assistência prestada, pois além de sentirem-se desestimulados, o Setor deixa de compartilhar de suas experiências e das suas “boas idéias” que surgem a partir das dificuldades do dia-a-dia e que podem ser substancial para a qualificação do cuidado.

Nesse sentido, acredito que a equipe multiprofissional, e, principalmente, os enfermeiros devem valorizar o trabalho desses sujeitos e incentivar a sua participação nos momentos de decisão, mudança e avaliação da instituição e das práticas terapêuticas. Precisam ter consciência de que parte do sucesso de toda assistência está nas mãos desses trabalhadores, pois dispensam assistência direta ao paciente, ficam na maior parte do tempo sem a presença de outros profissionais e são os que permanecem em contato com o paciente, portanto, são essenciais para “fazer acontecer” e “fazer dar certo”.

Quando me decidi por investigar a atuação dos técnicos e auxiliares de enfermagem, perguntaram-me o porquê de não trabalhar com o a atuação do enfermeiro ou incluí-lo neste estudo e, agora, no momento em que esse trabalho se

finda, posso responder: porque nos últimos anos pouco se tem falado da atuação dos trabalhadores de nível médio em enfermagem de Psiquiatria e muito se tem falado sobre a atuação do enfermeiro. Vários trabalhos, inclusive citados nesta pesquisa, colocam que a prática de enfermagem vem sendo modificada e que os enfermeiros vêm assumindo papéis importantes na atenção em Saúde Mental. Contudo, essas pesquisas mostram também entraves entre as estruturas vigentes e as mudanças que se pretende na assistência ao sujeito em sofrimento mental. O panorama apresentado nesses estudos é o seguinte: o distanciamento do enfermeiro de suas práticas assistencialistas e, em detrimento dessas, desenvolve atividades burocrático-administrativas. As considerações sobre a atuação do enfermeiro enveredam para a tomada da consciência de que é preciso, por meio do contato e no confronto com as práticas cotidianas, refletir, discutir e construir novas formas de assistir em Saúde Mental.

Mas nesse processo reflexivo e construtivo, onde o técnico e o auxiliar de enfermagem estão inseridos? Qual é a parte que lhes toca? Se as considerações acima são verdadeiras e se precisamos realmente discutir os papéis, horizontalizar os saberes e nos desapropriar, muitas vezes, do nosso saber acadêmico para valorizar o outro, seja ele paciente ou agente do cuidado, onde o técnico e o auxiliar, atores de suma importância para o “fazer dar certo”, como dito anteriormente, estão inseridos?

O discurso se torna dialético à medida que vemos que ainda falta nele a valorização dessa categoria e a vontade genuína de compartilhar com eles e, principalmente, apreender de suas ações e dos seus discursos, muitas vezes, implícitos, algo que ajude a mudar o retrato da assistência de enfermagem psiquiátrica no Brasil.

Talvez o enfermeiro não tão breve vá desvincular-se desse papel instituído/assumido por ele, o de mantenedor da ordem hospitalar, no sentido de resolver pequenos entraves burocráticos. E o que deve ser feito, então? As mesmas questões serão sempre discutidas incessantemente? A resposta talvez esteja em olhar para o real, para o possível de ser feito no momento, e por isso creio que é hora de dar voz aos que sempre estiveram e ainda estão sempre ao lado dos pacientes, agindo certo ou errado, mas atuando junto ao objeto de trabalho, o que os valoriza imensamente e lhes dá condições de avaliar, analisar, refletir e, quem sabe, encontrar conjuntamente com os outros atores do processo de transformação da

assistência, soluções, idéias e construir novas maneiras de atuar em Psiquiatria.

Particularmente, essa experiência me enriqueceu muito, pois pude olhar por um ângulo diferente daquele que minha experiência pregressa a essa dissertação me permitia. Cada tema encontrado, cada destaque dado às falas dos sujeitos, foi para mim uma descoberta. A observância da prática concreta e a riqueza das suas experiências traduziram-se neste trabalho, como uma revelação das facilidades e das dificuldades, mas também, e maior do que essas duas, foram a descoberta das potencialidades dos sujeitos e das possibilidades de mudanças ainda existentes, todavia, inexploradas, da atuação dos trabalhadores de nível médio da enfermagem de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Referências

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. G. G. **A reinvenção do ser enfermeira no cotidiano da Casa de Saúde Anchieta e Núcleos de Atenção Psicossocial**. 1995. 157 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

ALENCASTRE, M. B. **Como o pessoal de enfermagem vê o profissional enfermeiro**: uma abordagem compreensiva. 1995. 64 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

ALVES, M.; JOUCLAS, V. M. G. O Cotidiano de Trabalho das Auxiliares: uma dimensão de sofrimento. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.2, n.2, p.83-88. jul-dez. 1997.

AMARANTE, P. Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: tecendo o percurso do movimento da reforma psiquiátrica. In: _____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP, 1995. p. 21-55.

ANDRADE, J. S. *et al.* A Comunicação entre enfermeiros na passagem de plantão. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v.17, n.3, p. 311-315, jul - set. 2004.

ANDRADE, O. B; PIVA, N. Seminário sobre supervisão em enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 233-241, dez. 1969.

ARANHA E SILVA, A. L. **Enfermagem em saúde mental**: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial. 2003. 310 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

_____; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.6, p.800-806. novembro/dezembro. 2003.

BALDI, V. M; SILVA, G. B. A atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital psiquiátrico estatal: análise de uma experiência. **Rev. Baiana de Enf.**, Salvador, v.7, n.1/2, p. 84-91, abril/out. 1994.

BALIEIRO, E. R.; HUMEREZ, D. C.; CAVALCANTE, M. B. G. Risco para agressão: intervenção de enfermagem psiquiátrica. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 6., ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 5., 2000, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: EERP, 2000. p. 133.

BARROS, S; EGRY, E. Y. **O louco, a loucura e a alienação institucional**: o ensino de enfermagem psiquiátrica sob *judice*. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.

BERTONCELLO, N. M. F; FRANCO, F. C. P. Estudo bibliográfico sobre a atividade administrativa da enfermagem em Saúde Mental. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.5, p.83-90, set. 2001.

BIASOLI-ALVES, Z. M.M. A pesquisa em Psicológica – análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELI, G. (Org); BIASOLI-ALVES, Z. M. M. (Org). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 135-158.

BORENSTEIN, M. S. *et al.* Historicizando a enfermagem e os pacientes em um hospital psiquiátrico. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.56, n.2, p. 201-205, mar/abr. 2003.

BORGES, F. N. S. **Repercussões no trabalho em turnos noturnos de 12 horas no sono e bem estar em auxiliares de enfermagem e enfermeiros**. Disponível em: <<http://www.usp.br/agen/repgs/2002/pags/188.htm>> Acesso em: 11 de outubro de 2007.

BOTEGA, N. J; DALGALARRONDO, P. **Saúde mental no hospital geral**: espaço para o psíquico. São Paulo: Hucitec, 1993. 116p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conceito de saúde mental. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/popup/terminologia/conceitos/saude_mental.htm> Acesso em: 20 de nov. 2007.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 196, 10 de Outubro de 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>> Acesso em: 20 set. 2007.

BRASIL. Lei nº 10.216 – 6 abr. 2001. Dispõe sobre a proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/Listapublicacoes.action?id=232459>> Acesso em: 11 de Jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes e normas acerca da assistência e saúde mental. Portaria, nº 224/MS de 29 de jan. 1992. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GM251>> Acesso em 11 de jul. de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. **Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5ªed. Ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, C. M. S; BARROS, S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.34, n.3, p. 271-276, set. 2000.

CARVALHO, M. B; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.1, p.61-69, jan-fev. 2006.

CASTELO BRANCO, A. L. *et al.* Necessidades de cliente internada em enfermagem psiquiátrica e assistência de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.2, n.1/2, p. 93-100, abr./set. 1998.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução nº 311 de 8 fevereiro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p.81-83, fev. 2007.

CORREA, A. D. **A Importância da Passagem de Plantão como Ferramenta de Comunicação** em Enfermagem. disponível em: <<http://www.samaritano.org.br/pt/interna.asp?page=1&idpagina=857>> acesso em: 16/10/2007.

DEMO, P. Pesquisa Qualitativa. In: _____. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000. p. 145-159.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Textos de apoio em saúde Mental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. 242p.

FILHO, J. F. O Relacionamento Interpessoal com Pacientes em Sofrimento Psíquico nas Enfermarias: o papel do enfermeiro. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 6., ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 5., 2000, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: EERP, 2000. p. 101.

FILIZOLA, C. L. A. O papel do enfermeiro psiquiatra-oprimido e opressor. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.31, n.2, p. 173-190, ago. 1997.

FISCHER, F. M. Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais de área de enfermagem. **Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro**, v.18, n. 5, p. 1261-1269, set-out. 2002.

FOUCAULT, M. Médicos e Doentes. In: _____. **História da loucura**. 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1997. p. 297-338.

_____. Nascimento do Asilo. In: _____. **História da loucura**. 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1997. p. 460-503.

FUREGATO, A. R. F. Da comunicação intrapessoal à comunicação interpessoal terapêutica na enfermagem. In: _____. **Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999. p.39-55.

GIL, A. C. Como Classificar as pesquisas? In: _____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 40-57.

GINDRI, L. *et al.* A percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o trabalho dos enfermeiros. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v.10, n. 1, p. 34-41, jan-abr. 2005.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1974. 320p.

GONZALES, R. M. B.; BECK, C. L. C. O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem. **Textos e Contextos Enferm.** Florianópolis, v.11, n.1, p. 169-186, jan-abr. 2002.

KANTORSKI, L. P.; SILVA, G. B. A reforma psiquiátrica em questão. In: _____. **Ensino de enfermagem e a reforma psiquiátrica.** Pelotas: UFPel, 2001. p. 141-210.

_____; PINHO, L. B. DE; SCHRANK, G. O Relacionamento terapêutico e o cuidado em enfermagem psiquiátrica. Rio de Janeiro: **Rev. Enferm. UERJ**, v.11, n.2, p. 201-207, ago. 2003.

KIRSCHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. K. R. O trabalho do enfermeiro dos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas – SP. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.5, p.77-82, set-out. 2001.

MACHADO, R. *et al.* Aos Loucos, o Hospício. In: _____. **Danação da Norma:** medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Grall, 1978. p. 423-493.

MACHADO, A. L; COLVERO, L. A. Unidades de internação em hospital geral: espaço de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p. 672-677, set-out. 2003.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos.** 2002. 85 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MATSUDA, L. M. *et al.* Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, (online), 2006. v.8, n.3, p. 415-421, 2006. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/revista83/v8n3a12.htm>> (Acesso em: 23 de set. de 2007).

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 1993.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINZONI, M. A. **Assistência de enfermagem ao doente mental internado**: análise de uma experiência de treinamento de atendentes em hospital psiquiátrico. 1975. Tese (Livre-Docência). Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1975.

OLIVEIRA, A. G. B. O Modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá: contribuição ao estudo das suas características e determinantes, **Coletânea de Enfermagem**, Cuiabá, v.2, n.1, p.81-107, jan-jun. 2000.

_____; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: Contradições e potencialidade atuais. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, p.333-340, maio-jun. 2003.

OLIVEIRA, F. B. A constituição do paradigma psiquiátrico. In: **Construindo saberes e práticas em saúde mental**. João Pessoa: UFPB/Editora universitária, 2002. p. 23-40.

OLIVEIRA, M. L (coord.) Manual técnico e auxiliar de enfermagem. Goiânia: Ed. AB, 1992.

PEREIRA, M. C. A; FÁVERO, N.; TREVISAN, M. A. Gerenciamento: a comunicação na dinâmica motivacional do trabalho da equipe de enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 7., 2000, Ribeirão Preto-SP. **Anais...** Ribeirão Preto: EERP, 2000. p. 137-141.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. A Motivação do trabalho da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.4, p. 7-12, julho. 2001.

PESSOTTI, I. Homero. In: _____. **A Loucura e as épocas**. 2 ed. Rio de Janeiro: 34, 1994. p. 13-21.

_____. O Malleus. In: _____. **A Loucura e as Épocas**. 2 ed. Rio de Janeiro: 34, 1994. p. 93-105.

RIBEIRO, M. I. L. C.; PEDRÃO, L. J. Relacionamento interpessoal no nível médio de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.58, n. 3, p. 311-315, maio-jun. 2005.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Te Corá, 1994. 129p.

_____. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2005. 192p.

_____; BARTMANN, M.; KRITZ, S. **Enfermagem em saúde mental**, Rio de Janeiro: SENAC/DN/DFP, 1996.

ROTELLI, F. LEONARDIS, O. MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: ROTELLI, F. *et.al.* **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SAEKI T. Caracterização das atividades do enfermeiro na assistência ao doente mental internados nos hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo. 1981. 92 f. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1981.

SCATENA, M.C.M. Estudo da assistência de enfermagem psiquiátrica prestada ao doente mental internado em instituição governamental do Rio Grande do Norte. 1982. 75 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1982.

SECOLI, R. S. Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 28-34, mar. 2001.

SILVA, R. O. **Teoria da administração**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. 523 p.

SILVEIRA, M. R.; ALVES, M. O Enfermeiro na equipe de saúde mental: O Caso do CERSAMS de Belo Horizonte. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p. 645-651, set-out. 2003.

SIQUEIRA, I. L. C. P.; KURCGANT, P. Passagem de Plantão: falando de paradigmas e estratégias. **Acta Paul. Enferm**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 446 – 451, out./dez. 2005.

SIQUEIRA, M. M.; WATANABE, F. S.; VENTOLA, A. Desgaste físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma análise sob enfoque gerencial. **Rev. Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.1, p. 45-57, janeiro. 1995.

SOUZA, M. C. B. M. Ações de enfermagem no cenário do cotidiano de uma instituição psiquiátrica. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p. 678-684, set-out. 2003.

_____; ALENCASTRE, M.B. SAEKI, T. Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto: caracterização, formação e atuação. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.5, p.71-80, Out. 2000.

SOUZA, S. S. Assistência de enfermagem no hospital-dia em saúde mental do Jardim Lídia. **R. Bras. Enferm**, Brasília, v.50, n.4, p. 545-550, out-dez. 1997.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* **Manual de enfermagem psiquiátrica**, São Paulo: Atheneu, 2001. 154p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VARGAS, D.; MIRON, V.L.; HILDBRANDT, L. Concepções dos Trabalhadores de Enfermagem Sobre o Paciente Alcoolista. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 6., ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM

PSIQUIÁTRICA, 5., 2000, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto: EERP. 2000. p. 20.

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

www.uberlandia.gov.br – Acessado no dia 15 de outubro de 2006, às 18h30min

www.hc.ufu.br - Acessado no dia 12 de Outubro, às 14h20min.

ZALESKI, M; BROGNOLI, F. A notícia traduz o seu mundo. **ClicRBS**. Disponível em: <<http://www.an.com.br/2007/set/02/0des.jsp>> (Acesso em 30 de novembro de 2007).

ZERBETTO, S. R.; PEREIRA, M. A. O. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.1, p. 112-117, jan/fev. 2005.

ZOEHLER, K.G.; LIMA, M. D. S. Opinião dos Auxiliares de Enfermagem Sobre a Passagem de Plantão. **R. Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, v.21, n.2, p. 110 – 124, jul. 2000.

Apêndices

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Venho convidá-lo (a) à participar da pesquisa intitulada “Assistência em Saúde Mental: atuação de uma equipe de nível médio de enfermagem em uma enfermaria de Psiquiatria de um hospital geral”. Esta pesquisa tem como objetivo investigar a atuação da equipe de nível médio de enfermagem na enfermaria de Psiquiatria do Setor de Psiquiatria e Psicologia Médica do HCU/UFU.

Não haverá risco ou desconforto potencial para os participantes desta pesquisa e espera-se que haja benefício para a população do estudo e também para os indivíduos que se beneficiam da assistência dessa equipe.

Peço sua permissão para que as entrevistas sejam gravadas e, posteriormente, transcritas, para que possa, a partir dos dados, investigar a atuação dessa equipe. Comprometo-me em destruir as fitas cassetes depois que todos os dados coletados forem analisados.

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, a respeito dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos a que serei submetido. Fui informado, ainda, sobre os riscos, desconfortos e benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui, igualmente, informado:

- Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo ao meu vínculo ou convívio profissional;
- Da segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade;
- Do compromisso de proporcionar informações atualizadas durante o estudo;
- De que, se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

A pesquisadora responsável por esse projeto de pesquisa é Karine Santana de Azevedo Zago, moradora na Rua Joaquim Vieira Sobrinho, 33, Bairro Vigilato Pereira, Uberlândia – MG, fone: (34) 3214- 2657.

Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, localizado no bloco “J” do Campus Santa Mônica, fone: (34) 3239.4131, da Universidade Federal de Uberlândia.

Nome e assinatura do entrevistado.

Nome e assinatura do pesquisador.

Local e Data: _____, _____ de 2007.

OBS. O presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em saúde do Conselho Nacional de Saúde (resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do entrevistado e outra com o pesquisador responsável.

Apêndice 2 – Roteiro de entrevista

Data e hora:

Identificação:

Entrevista nº

Idade: Sexo:

Estado Civil: nº de filhos:

Tempo de formado:

Tempo de serviço na área:

Tempo de trabalho no setor:

Outro(s) serviço(s):

1. O que é para você doença mental?
2. O que é para você doente mental?
3. Quais as atividades que você desenvolve na enfermagem de psiquiatria?
4. Quando você veio trabalhar na enfermagem de psiquiatria, fez algum preparo?
5. Quais são as facilidades que você encontra na realização do seu trabalho?
6. Quais são as dificuldades que você encontra na realização do seu trabalho?
7. Você recebe supervisão do seu trabalho? Como você é supervisionado?

Anexo

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 441/06

Registro CEP: 234/06

Projeto Pesquisa: "Assistência em saúde mental: atuação de uma equipe de nível médio de enfermagem em um setor de internação"

Pesquisador Responsável: Karine Santana de Azevedo Zago

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

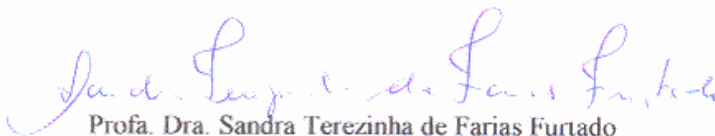
Situação: O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data para entrega do **Relatório Final:** outubro/2007

15 de dezembro de 2006.


Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador.

(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS.