

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

ANÁLISE DE FATORES DEPRESSIVOS NO TRABALHO DO
ENFERMEIRO PSIQUIÁTRICO: Uma Abordagem Dejouriana

Por Gláucia Flôres Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação PPGA/UFRGS como requisito
parcial à obtenção do título de Mestre em
Administração

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Mazzilli

Porto Alegre

2001

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado força espiritual para fazer essa caminhada.

Ao *Dr.* Prof Cláudio Mazzilli pela sua dedicação, competência e confiança persistente na execução desse trabalho, compartilhando sempre comigo suas sensíveis habilidades de pesquisador e orientador.

Dedico a meu pai (*in memoriam*), pelo que foi capaz de me ensinar -entusiasmo e fé.

Aos meus filhos Guilherme e Laura, que nunca faltaram com o incentivo e a compreensão para que meu trabalho fosse mais uma alegria e prazer do que um peso para a família. Filhos que só me orgulho.

Ao Antonio, esposo, amigo e incentivador, exemplo de entusiasmo e apoio, que sempre procura me mostrar o caminho do sucesso na vida familiar, pessoal e profissional.

À minha mãe, padrasto, irmãos e enteados, pelo incentivo e apoio.

Aos professores do PPGA que nesta trajetória colaboraram no enriquecimento de meus conhecimentos.

Aos meus colegas de mestrado que partilharam comigo seu tempo, seu conhecimento e sua manifestação de amizade e apreço.

Aos funcionários do PPGA que sempre prestaram um atendimento atencioso e cordial.

A instituição que me abriu as portas e dispensou toda a liberdade para a realização deste trabalho.

Aos enfermeiros que colaboraram com sua participação nessa pesquisa, que sem a qual jamais conseguiria realizá-la.

À Universidade da Região da Campanha - pela oportunidade de concretização desse trabalho, através do apoio financeiro e credibilidade a mim dispensada que sem essa seria impossível esta jornada de pesquisa.

À todas as pessoas que de uma forma direta e indireta me ajudaram na elaboração desse estudo. Meu reconhecimento àquelas pessoas - pacientes ou não - que, no decorrer dos anos, em diversas ocasiões e circunstâncias, ajudaram na descoberta de que a alegria e felicidade podem existir e são alcançados com carinho e trabalho.

“Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade. Ele aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho funciona então como um mediador para a saúde” (Dejours, 1994, p. 137).

LISTA DE FIGURAS

1 Organograma do Hospital

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UPHG - Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

UP - Unidade Psiquiátrica

CCS - Centro de Ciências da Saúde

CONAD - Conselho de Administração

DIREX - Diretoria Executiva

DG - Diretoria Geral

DC - Diretoria Clínica

DA - Diretoria Administrativa

DE - Diretoria de Enfermagem

DEP - Diretoria de Ensino e Pesquisa

HU - Hospital Universitário

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acide

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

1.1 O TRABALHO PROFISSIONAL ENFERMEIRO	14
1.2 A BUROCRACIA NA ENFERMAGEM	18
1.3 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM	21
1.3.1 Atividades Privativas do Enfermeiro	22
1.3.2 Atividades do Enfermeiro em Nível de equipe	23
1.4 SOFRIMENTO E PRAZER NA ENFERMAGEM	24
1.5 RESUMO	29

CAPÍTULO 2

A ORGANIZAÇÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM UNIDADES PSQUIÁTRICAS: RELAÇÃO ENTRE TRABALHO, PRAZER, SOFRIMENTO E ASPECTOS DEPRESSIVOS.

2.1 UNIDADES PSQUIÁTRICAS	30
2.2 DEPRESSÃO	42
2.3 RESUMO	63

CAPÍTULO 3

DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

3.1 PROBLEMÁTICA GERAL	64
3.2 O PROBLEMA DE PESQUISA	65
3.3 O OBJETIVO GERAL	65
3.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	65

3.5 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO EM ESTUDO	66
3.6 METODOLOGIA DA PESQUISA	68
3.6.1 Os Instrumentos da coleta dos Dados	69
3.6.2 O Método de Análise dos Dados	69
3.6.2.1 Fundamentos da Análise de Conteúdo	69
3.7 RESUMO	73

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 A COLETA DOS DADOS	74
4.2 A DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	74
4.3 A ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS	75
4.4 A APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE	76
4.4.1 Categorias Iniciais	76
4.4.2 Categorias Intermediárias	122
4.4.3 Categorias Finais.....	140
4.5 RESUMO	148

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 DOS RESULTADOS AO REFERENCIAL TEÓRICO	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	158

ANEXOS

Anexo 1- Decisão COREN - RS N. 005/91	164
Anexo 2 - Regulamentação do Exercício de Enfermagem	166
Anexo 3 - Organogramas da Instituição em Estudo	169

GLOSSÁRIO	171
-----------------	-----

RESUMO

O presente texto trata de um estudo de caso que foi norteado pelo seguinte problema: “Qual a influencia dos fatores depressivos no trabalho do enfermeiro psiquiátrico?”. Nesse sentido, verificar os fatores responsáveis pela dualidade sofrimento e prazer no trabalho do enfermeiro psiquiátrico, levando em consideração os fatores depressivos existentes nesta profissão, será a questão mostradora desta pesquisa, que tem como base à teoria de Cristoph Dejours. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro composto de questões fechadas com o intuito de caracterizar os entrevistados. Na seqüência, as entrevistas sofreram um processo de semi-estruturação, primeiramente, gravadas e posteriormente, transcritas. Essa coleta utilizou-se de sete enfermeiros da categoria psiquiátrica da unidade psiquiátrica do hospital geral (UPHG), ligada a uma Instituição Federal de Ensino Superior localizada na cidade de Santa Maria no interior do Estado do Rio grande do Sul. Para análise das respostas referentes às questões das entrevistas, foi utilizada a metodologia da Análise de Conteúdo. Os resultados estão apresentados em quatro categorias, que foram: “Trabalho em linhas gerais”, relata o trabalho num sentido mais amplo; “A valorização do bem-estar do enfermeiro”, que ressalta a importância de se ter um ambiente agradável de trabalho; “A busca do prazer no trabalho”, que mostra caminhos para a busca do prazer no trabalho e por fim “Ações preventivas para combater a depressão no ambiente de trabalho”, que compreende formas de evitar aspectos depressivos na realidade do enfermeiro psiquiátrico.

ABSTRACT

The following text is about the study of a case led by the problem: “Which the influences of the depressive factors on the psychiatric nurse work?”. In this sense, to verify the responsible factors for the dualism endurance and enjoyment at the psychiatric nurse labor, considering the depressive factors that exist in that occupation, will be the showing question of this research, based on Cristoph Dejours theory. The data collection was accomplished through a program composed of closed questions, with the purpose of characterizing the interviewed people. In sequence, the interviews passed through a semi-structuration process, in a first moment, being recorded and afterwards, passed to the paper. This collection used seven nurses of the psychiatric unit of the General Hospital (GH), connected to a Federal Institution of Higher Education, located in Santa Maria, in the middle of the state of Rio Grande do Sul. To analyze the concerned answers of the interviews, was used the Content Analysis Methodology. The results are presented in three whole categories: twenty six initial Categories, then rearranged in twelve intermediate categories and, at last, reduced to four Final Categories, which were: Work in General ways “which reports the work in a broader sense; “The importance of the nurse’s welfare”, which points out the importance of a pleasant work environment; “The search for pleasure at work”, which shows many ways to the search for pleasure the work place and, to conclude, “Preventive actions to combat the depression at the work environment”, which covers the ways to avoid depressive aspects at the psychiatric nurses reality.

INTRODUÇÃO

Para o ser humano, uma vida melhor e provavelmente mais longa, com melhor saúde física e, principalmente, mais realizado são razões óbvias de interesses tanto do empregado como do empregador dentro de uma organização. Esse estado de maior de prazer advém não apenas do fato de o indivíduo sentir-se mais bem disposto e com maior vigor físico, mas, sobretudo e principalmente, da sensação de bem-estar interior decorrente da melhoria das relações pessoais que mantém no trabalho, além do fato de passar a vivenciar o trabalho não como tortura e fonte de dissabores, mas como algo prazeroso e desejável. Conforme DEJOURS, (1994), o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho.

Segundo CSIKSZENTMIHALYI (1999), muitas vezes consumimos nossos dias inconscientes e sem contato com nossas emoções. Por causa dessa desatenção, constantemente oscilamos entre dois extremos: durante a maior parte do dia estamos imersos na ansiedade e nas pressões do trabalho e das obrigações e, nos momentos de lazer, tendemos a viver no tédio passivo. A psicologia do “Flow” defendida por esse autor, ajuda a recuperar o domínio de nossas vidas, em que a chave para se viver melhor é o envolvimento completo em alguma atividade, é utilizar uma nova abordagem para transformar uma tarefa corriqueira em atividade prazerosa, resumindo, é a psicologia do envolvimento com a vida cotidiana.

A importância do trabalho para o bem-estar e a saúde das pessoas fica claro ao lembrarmos que é trabalhando que passamos a maior parte de nossa vida enquanto estamos acordados; é no trabalho, ou por meio dele, que é realizada grande parte das aspirações. Compreensível é, pois, o papel relevante do trabalho na vida das pessoas e o reflexo do restante dela sobre a qualidade do trabalho e o desempenho profissional.

A relação sofrimento/prazer e sua correlação com a depressão no trabalho é o objeto deste estudo que buscará estabelecer a identificação de uma incomensurável rede de relações humanas vivenciadas pelo enfermeiro psiquiátrico em diferentes papéis numa organização complexa como o "hospital" e, basicamente, dentro de uma Unidade Psiquiátrica, e toda a dificuldade de percepção de evidências, de sinais e sintomas de

prazer e sofrimento dos que convivem nessas organizações de saúde que possam a vir desencadear sintomas depressivos dentro de seu ambiente de trabalho. Este estudo foi desenvolvido com enfermeiros psiquiátricos que atuam em Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral ligadas à Instituição Federal de Ensino Superior.

A pesquisa desenvolvida foi baseada nos seguintes objetivos: 1) Caracterizar os entrevistados da categoria enfermeiro psiquiatra que trabalham em Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral (UPHG), selecionados, em relação às seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, turno de trabalho, tempo de serviço na área, tempo de serviço na Instituição, faixa salarial, número de dependentes e número atual de empregos; 2) Identificar os sintomas depressivos dos indivíduos questionados; 3) Classificar os diferentes aspectos depressivos encontrados nos enfermeiros psiquiátricos; 4) Propor alternativas para a reformulação da organização do trabalho do enfermeiro psiquiátrico. O presente estudo está dividido em cinco capítulos, a seguir apresentados:

No capítulo 1, são apresentados aspectos gerais sobre o trabalho da enfermagem psiquiátrica, sua organização e distribuição dentro de um hospital geral. É salientado neste capítulo, aspectos relevantes quanto a burocracia e a organização do trabalho de enfermagem nas atividades do enfermeiro. É destaque também neste capítulo o sofrimento e o prazer no trabalho da enfermagem, sendo a essência dessa profissão o cuidado ao ser humano. São enfatizadas, principalmente, as contribuições de Cristophe Dejours (1993, 1994, 1995, 1998) à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.

No capítulo 2, é apresentado a história das unidades psiquiátricas em hospitais gerais, bem com sua organização, funcionamento, internações, o problema da violência e o suicídio dentro dessa unidade de tratamento. É apresentado, ainda, os modelos terapêuticos e a equipe terapêutica. É destaque, também, neste capítulo, a patologia psiquiátrica Depressão e suas expressões dentro da Saúde Mental.

O capítulo 3 apresenta a problemática geral de pesquisa e seus objetivos gerais e específicos. É descrito também nesse capítulo os aspectos relativos à metodologia da investigação e o método de coleta e de análise de dados, bem como a caracterização geral da instituição, na qual os participantes entrevistados nesse estudo exercem suas atividades profissionais.

No capítulo 4 é apresentada a caracterização dos entrevistados, a partir de dados obtidos, através de entrevistas com questões orientadoras para a coleta e conseqüentemente os resultados dessa análise do conteúdo das entrevistas.

Um resgate dos principais tópicos da literatura estudada é apresentado no capítulo 5, esses tópicos serviram de base teórica à presente pesquisa. Nesse, é feita uma reflexão geral dos resultados obtidos através da presente pesquisa, reflexões essas, sobre as propostas de diversos autores, dos quais apresentamos a essência de suas proposições, considerando de que esse estudo possa oferecer algum subsídio para o desenvolvimento do conhecimento em relação ao sofrimento, prazer e aos aspectos depressivos no processo de trabalho do enfermeiro psiquiátrico.

CAPÍTULO 1 - O ENFERMEIRO NO CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

O presente capítulo tem por objetivo apresentar aspectos relacionados à função ética, social e institucional do enfermeiro. Os espaços ocupados por esse profissional com o objetivo de beneficiar a população no aspecto saúde, no qual a organização está baseada em valores fundamentais, com vistas a tendências tecnológicas, sociais, ambientais e econômicas atuais. São apresentadas contribuições de vários autores que se têm dedicado a este tema em estudo, mas dando uma ênfase especial às contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.

1.1 O trabalho do profissional Enfermeiro

Conforme CLARO (1999), a depressão é uma doença tão antiga quanto o homem. A depressão está presente nos dias atuais, podendo-se afirmar que são muitos os depressivos célebres e somam-se aos milhões os doentes que jazem no anonimato. Para o autor, no colégio apostólico de Jesus encontram-se dois personagens que apresentaram, em algumas circunstâncias, em comportamento tipicamente depressivo. São eles Pedro e Judas Iscariotes. Pedro como narram as Escrituras, negou que conhecesse a pessoa do Mestre, quando este era julgado. Este apóstolo apresenta o "sentimento de culpa" em face ao erro praticado, negando que conhecesse o Amigo. Mateus, narrando o episódio, comenta a atitude de Pedro: e, saindo dali, chorou amargamente. (Bíblia. Mateus, 26:75). Isolar-se e chorar amargamente, comumente, é típico de depressivo.

Judas, por sua vez, teria "vendido o Amigo". Em decorrência do erro, que o levou ao remorso, Judas apresenta uma das mais graves conseqüências de depressão: o suicídio, como narrado por Mateus. (Bíblia. Mateus, 27:3 a 5). São tantos os depressivos nos tempos hodiernos, que chegam alguns a afirmar ser a depressão a doença do século.

Segundo KAPUR (1987), o excesso de trabalho e os problemas de relacionamento entre o lar e a profissão são causas frequentes de sentimentos de prazer/sofrimento nos profissionais da área da saúde, conduzindo, assim, a níveis elevados de depressão.

O profissional de enfermagem está sempre agindo com sua carga emocional, preconceitos, capacidade, conhecimentos, habilidades e deficiências. É básico para este profissional o conhecimento de si mesmo e do outro. Neste paradigma de ajuda, considera-se a disponibilidade um dos elementos essenciais para que o relacionamento se torne realmente de ajuda, pois tal é sentido pelo enfermeiro e transmitido através de gestos, palavras e expressão corporal, olhar de forma que o paciente sintam-se um ser importante e que alguém lhe dá atenção, sem o criticar. No entanto, para chegar a essa atitude, o enfermeiro trabalha consigo mesmo a fim de aceitar-se com suas capacidades e limitações.

O enfermeiro deve estabelecer com o paciente relacionamento cordial e sensível mas, ao mesmo tempo, manter a percepção de suas próprias emoções e de seu envolvimento na situação. Para manter um relacionamento neste nível, o enfermeiro necessita viver sua maturidade, ser capaz de dar alguma coisa de si mesmo, como seu interesse, sua consideração e não esperar nada de volta. Precisa ser capacitado em avaliar suas condições emocionais e estar constantemente ciente de seus sentimentos pelo paciente; ser capaz de permitir que ele precise cada vez menos dele.

Conforme MANZZOLLI (1994), a assistência de enfermagem, como atividade voltada para as necessidades da pessoa, configura-se como uma relação de ajuda. E esta ajuda surge como decorrência das atividades diárias do enfermeiro e tem como objetivo principal facilitar o ajustamento, integração, identidade e autorealização do indivíduo. Considera-se também que esta relação de ajuda se desenvolve numa tônica interpessoal e, através desta, as pessoas envolvidas assumem atitudes conscientes e aprendem a lidar com os problemas, limitações e dificuldades que venham a interferir na sua vida pessoal.

Em tratando-se de Enfermagem Psiquiátrica, ela tem como objeto de trabalho relevante o emocional das pessoas, não apenas a saúde física, mas também mental. Nessas condições, o enfermeiro psiquiátrico lida de perto com questões, não só em nível do paciente, equipe, mas em termos de si mesmo, de suas próprias crenças e de seus próprios sentimentos. Estes devem ser organizados em uma estrutura internamente consistente sobre a natureza dos seres humanos e seu comportamento, pois só ventilando aspectos de seu viver é que terá o enfermeiro condições de ajudar o outro. Segundo DEJOURS, (1997) o trabalho é uma ação coordenada de pessoas, que se

entendem, se opõem, discordam ou concordam entre si, e isto é decorrente da ética, dos valores e das crenças de cada indivíduo.

Para MANZZOLLI (1994), O modo de vida do paciente psiquiátrico pressupõe uma específica vinculação com a realidade em que vive, e que é distinta da realidade em que vive, e que é distinta da realidade do enfermeiro.

Trabalhar com paciente psiquiátrico é trabalhar com a realidade em que ele passa a sua vida, seja na família, com amigos, parentes, colegas e outros. Tudo vai além, levando essas pessoas de tais realidades a um encontro, a um trabalho em comum, ajudando a se perceber e se sentir pertinentes a um aparelho psíquico grupal, abrindo espaço para fortalecer o "nós" em suas vidas.

Por ser o relacionamento interpessoal um papel fundamental do enfermeiro na assistência ao doente mental e que o trabalho deste profissional na prática se faz fundamentalmente, através do relacionamento, a Enfermagem Psiquiátrica é um processo interpessoal no qual o profissional de enfermagem assiste o indivíduo com objetivos de promover saúde mental, prevenir doença mental e auxiliar no processo de tratamento e reabilitação daqueles que enfrentam experiências de doença.

O enfermeiro psiquiátrico auxilia o indivíduo a enfrentar situações de estresse, manipular experiências de doença; ministrar cuidados quando total ou parcialmente impossibilitado de fazê-lo, estimulando a utilização dos aspectos sadios da personalidade; orientar e supervisionar a execução de terapias e fazer encaminhamentos a outros profissionais.

É imprescindível que o enfermeiro psiquiátrico possua habilidade para estabelecer relacionamentos interpessoais e assumir um papel mais ativo na interação com o paciente proporcionando-lhe as experiências necessárias à criação de oportunidades no desenvolvimento de novos padrões de comportamento. Assim a necessidade do enfermeiro observar seu próprio comportamento, conhecer-se um pouco mais.

O relacionamento enfermeiro-paciente nada mais é do que uma interação entre duas pessoas, cada uma contribuindo com alguma coisa; o paciente trazendo seu desconforto e sua necessidade de algum tipo de atenção do enfermeiro e este trazendo sua habilidade profissional e a satisfação em realizar seu papel. O processo relação de pessoa a pessoa ou relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente é um meio eficaz que o profissional de enfermagem dispõe para melhor conhecer o paciente como pessoa,

para identificar suas necessidades, a ajudá-lo em suas dificuldades do momento, como também de o profissional realizar seu papel de ajuda, atualmente tão valorizado na área da Enfermagem Psiquiátrica.

Tudo é possível desde que o enfermeiro psiquiátrico consiga ter amadurecimento suficiente para entender, espelhar, se possível o que seria viver no mundo pessoal do paciente.

ELKELES (1990), verificou que o contato interpessoal enfermeiro-paciente é mínimo, pois as atividades são parceladas e realizadas de modo seriado, segundo diferentes atribuições designadas para as várias profissionais de enfermagem - uma administra medicamentos a todos os pacientes; outra é encarregada dos controles rotineiros da unidade; outra cuida das ações burocráticas e supervisão de pessoal, e assim por diante. O esvaziamento afetivo é intenso e têm como consequência, a insatisfação, induzindo ao sofrimento. A qualidade do trabalho também é prejudicada pela ocorrência de erros de desempenho vinculados à perda de interesse por atividades que são esvaziadas de significado e de que não costuma resultar nenhum reconhecimento - nem dos pacientes, nem da hierarquia hospitalar. Extremamente racionalizado, esse tipo de organização do trabalho serve para o fortalecimento de uma defesa ante o contato com o sofrimento dos doentes: o distanciamento afetivo.

Como qualquer profissão, a enfermagem psiquiátrica possui um quadro de pessoal sob sua responsabilidade e necessita que ele esteja constantemente preparado. O enfermeiro é um dos elementos que compõem o elenco de profissionais da saúde; espera-se que ele esteja a par do plano de trabalho a ser desenvolvido na unidade, como também do que ocorre no âmbito institucional, com respaldo teórico-prático. Ele ocupa a posição de principal organizador das tarefas que rotineiramente ocorrem na unidade, preparando o ambiente e as atividades a serem realizadas. Além disso, também é membro integrante do grupo de sua unidade, no hospital e no sentido da saúde como um todo.

Como integrante de grupo, participam de tarefas em nível interprofissional com médicos, assistentes sociais e ludoterapeutas, entre outros; em nível intraprofissional, com enfermeiros; e em nível ocupacional, liderando várias atividades como as de orientação e supervisão de auxiliares e de técnicos de enfermagem.

Conforme MAZZOLLI (1994), todo o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro psiquiátrico no campo vai somando contribuições para um posicionamento mais claro

do seu papel profissional junto ao doente mental e família, à equipe multiprofissional e à de enfermagem.

Para que o enfermeiro possa desenvolver seu trabalho no campo da psiquiatria, é imprescindível a aquisição de um conhecimento ampliado de psiquiatria clínica, como manifestações psíquicas de doenças orgânicas, efeitos de drogas no sistema nervoso central, interação medicamentosa, tratamento da depressão combinada ou não a transtornos orgânicos etc. Não menos importante é o conhecimento na área de psicologia médica e funcionamento institucional, a fim de orientar o manejo de diversas situações, como tentativa de suicídio, reação psicológica à condição de enfermidade, dinâmica grupal etc.

Também poderíamos considerar o valor do trabalho de enfermeiros junto aos indivíduos que não se encontram propriamente doentes sob um ponto de vista psiquiátrico, mas que se beneficiaram de uma abordagem psicológica.

O trabalho do enfermeiro psiquiátrico e de outros profissionais de saúde mental no hospital geral, não se limita à atenção direta aos pacientes. Ele também participa de equipes multidisciplinares, coordena grupos operativos entre funcionários e membros da equipe assistencial, e membro de comissões de medicamentos, de ética etc. Geralmente, tem funções ligadas ao ensino, à pesquisa e a programas de saúde mental. A aquisição de novos conhecimentos, aliada à atuação concreta do profissional junto a pacientes e colegas de outras especialidades vai moldando um perfil diferente para o enfermeiro psiquiatra que se inicia no campo de interatendimento. Sua atividade passa a ser marcada por um outro “trabalho”, interno, de elaboração de conflitos, de sofrimento/prazer e de redefinição do papel profissional.

1.2 A Burocracia na Enfermagem

Sem dúvida, a burocracia sempre esteve presente no governo, um conceito de poder de Weber explica porque o poder é dominação do governante sobre o governo; o primeiro considera-se no direito de exercer o poder e o segundo na obrigação de obedecer.

A burocracia é uma organização cujas conseqüências desejadas se resumem na previsibilidade do seu funcionamento no sentido de obter a maior eficiência da organização.

Um exemplo que poderia esclarecer o termo burocracia nos serviços públicos, seria a maneira com que as instituições delegam poderes a algumas pessoas para que certos processos se efetivem. Essas delegações poderiam ser da seguinte forma:

– **Conjunto de normas** desta forma são especificados poderes, responsabilidades, a autoridade é determinada com o cargo de cada um no departamento.

– **Hierarquia** cargos com mais responsabilidades exigem mais autoridades e assim por diante seguindo uma escala, poderíamos colocar também o valor da remuneração atribuído ao cargo.

– **Competência profissional** divisão clara das tarefas conforme seus cargos, para que isso as pessoas desempenhem suas tarefas seguindo padrões preestabelecidos de comando, podendo-se chegar a cargos elevados dependendo de sua capacidade.

– **Conhecimento técnico** consiste em experiência e conhecimento que cada pessoa possui sobre determinado cargo, que influencia no desempenho de cada cargo.

Conforme VANZIN & NERY (1996), a conotação "burocracia na enfermagem" é a distinção do enfermeiro no seu exercício profissional com eficácia na resolução de problemas. O enfermeiro reforça essa prerrogativa mediante o estudo continuado, a investigação e o exercício profissional com fundamentação científica. As principais são:

Conhecimento é adquirido pelo estudo diário dos problemas de saúde apresentados pelo cliente, família ou comunidade dentro de um processo participativo. A prática reforça a teoria e vice-versa. A pesquisa, na prática da enfermagem, reforça o conhecimento e qualifica as ações de enfermagem.

O curso de graduação propicia a iniciação à pesquisa, visando formar atitudes no aluno diante dessa atividade. De maneira que essa assistência, quando desenvolvida com método e com base em um marco conceitual, facilitará a mensuração dos resultados na avaliação do processo ensino/aprendizagem. Assim, a formação do profissional enfermeiro ensina a busca do conhecimento, motivando-o para estudos avançados na carreira de Enfermagem.

Além disso, a articulação docente-assistencial é estabelecida no processo de educação continuada, visando capacitar tanto os docentes como o pessoal de serviço para atender à clientela e os alunos.

Segundo DEJOURS (1994), a organização do trabalho é vista, antes de tudo, como uma relação socialmente construída e não somente em sua dimensão tecnológica. O docente, o aluno e o cliente, sujeitos desse processo, participam na integração da assistência, ensino e pesquisa. O trabalho articulado das duas realidades ensino/serviço cria interapoio para a produtividade dentro das organizações de saúde, beneficiando, assim a clientela.

Responsabilidade o vínculo profissional X cliente gera responsabilidade nos aspectos: conhecimento, resolução de problemas, cumprimento de agendas, relações com outros membros da família e da equipe de saúde. No entanto, esse atributo é fraco no exercício do enfermeiro/serviço. O primeiro realiza supervisão de alunos e não se vincula a cliente, logo, os alunos e docentes permanecem nas instituições de saúde no período letivo, sem-retorno para a instituição. Por exemplo: nos meses de inverno, aumentam a demanda de infecções respiratórias agudas e nos meses de verão, as infecções gastrointestinais. Nesses períodos os alunos estão em férias.

Conforme VANZIN & NERY (1996), as universidades e os cursos da área de saúde ainda não estão sensibilizados com a resolução dos problemas de saúde da população que atingem, especialmente as crianças, pois, 25% dos óbitos têm como causa as infecções respiratórias agudas. Parece que as universidades não vivenciam a sua missão na sociedade, no aspecto relacionado à saúde. Nos períodos em que a coletividade mais necessita de atendimento e ajuda dos profissionais /docentes e alunos da universidade, ela não está presente.

Competência o enfermeiro competente tem conhecimento profundo de sua área de atuação profissional e deve ter interesse pelo ser humano e pelos aspectos sociais. Deve ter flexibilidade e habilidade na resolução de problemas com o cliente no seio familiar e no contexto social, numa abordagem holística. Sua atitude é voltada para a pesquisa, tanto do consumo como da realização, gerando novos conhecimentos que venham a contribuir para a qualificação das ações de enfermagem. Essa competência leva o profissional enfermeiro a buscar novas bibliografias, fazer a leitura e a reflexão desses conteúdos e aplicá-los no exercício diário da profissão, em benefício do cliente e da organização.

O enfermeiro registra suas ações num turno de seis horas de trabalho, verificando o percentual de trabalho dedicado à administração, à assistência, ao ensino, à pesquisa e aos órgãos de classe. Determinando o percentual em 156 horas de

atividades mensais terá uma idéia melhor da administração de seu tempo de trabalho. É um bom exercício que serve de base para reorientar as atividades, utilizando melhor o tempo em atividades que envolvam pesquisa e investimento profissional.

O enfermeiro competente consegue manter a pontualidade e a presença de seus clientes tanto em nível individual como grupal, bem como sensibilizar a comunidade para ações de saúde e educativas que venham a contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

O enfermeiro define, interpreta e assessora a política da enfermagem tanto em nível de formação como de utilização de recursos humanos de enfermagem. Não permite que outros profissionais interfiram no que deve fazer na sua área de atuação profissional.

1.3 A Organização do Trabalho de Enfermagem

O enfermeiro hoje está diante de novas fronteiras. Um profissional, antes mentalizado e idealizado, na descrição mais primitiva da subserviência, abre agora espaço para mostrar o verdadeiro conteúdo de sua bagagem profissional. Elemento formador, educador e terapeuta diante da sociedade, revelando assim aspectos importantes para o crescimento dessa profissão. Para DEJOURS (1997), o reconhecimento da qualidade de trabalho profissional, leva à sua contribuição à gestão e a evolução da organização do trabalho.

A crescente necessidade de profissionais de nível técnico e superior, para a formação de equipes, em empresas prestadoras de serviços ligados a saúde, vem favorecendo o reconhecimento do profissional Enfermeiro. Grandes empresas, que incrementam a "terceirização", são comandadas por enfermeiros, à frente, principalmente, do treinamento de pessoal qualificado, para em empresas de saúde, por exemplo: empresas de esterilização de material médico-hospitalar, empresas de limpeza hospitalar. Assim sendo, a qualidade do serviço prestado torna-se cada vez melhor, pois o enfermeiro, formado com bases científicas, poderá promover a melhoria constante da qualidade do serviço, baseado no aprimoramento de seus conhecimentos técnico-científicos, mediante cursos, simpósios, congressos, etc.

Salientando, o enfermeiro trabalha em instituições de saúde pública e privada, tais como: hospitais, centros de saúde, ambulatorios, empresas, escolas de 1º, 2º e 3º

graus, creches e centros sociais onde exerce atividades-meio e atividades-fim com o auxílio de outras categorias de enfermagem, configurando um trabalho em equipe.

As atividades-meio são representadas pela formação de recursos humanos de enfermagem em seus diferentes níveis, criando condições para o planejamento, organização, realização e avaliação das ações de enfermagem.

O exercício liberal do enfermeiro manifesta-se por meio das atividades-fim: consulta de enfermagem, visita domiciliar, trabalho com grupos específicos e outros procedimentos.

1.3.1 Atividades Privativas do Enfermeiro

O enfermeiro tem formação de nível superior ou de 3º grau e poderá realizar cursos de pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) para a docência e serviço. Ele exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente:

- Direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- organização e direção dos serviços de enfermagem e das atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;
- consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- consulta de enfermagem;
- prescrição da assistência de enfermagem;
- cuidados diretos de enfermagem a clientes graves, com risco de vida;
- cuidados de enfermagem de maior complexibilidade técnica que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

Essas atividades privativas caracterizam, oficialmente, o enfermeiro como um profissional liberal, isto é, são atividades que são podem ser realizadas pelo enfermeiro, não sendo delegáveis, nas instituições de saúde e educacionais, nas empresas e na comunidade. (Anexo 1)

Das atividades-fim, já citadas, vamos tomar como exemplo a Consulta de Enfermagem que pode ser realizada em nível hospitalar, ambulatorial, a domicílio, em

consultório particular ou em outro local, tendo por sujeito o cliente como membro de uma família, integrante de uma comunidade.

A Consulta de Enfermagem é uma das atividades-fim ou independente, sem a supervisão de outro profissional. É quantificável, remunerável, objetivando melhorar a qualidade de vida do cliente na relação de ajuda entre este e o enfermeiro, dentro de uma abordagem holista e de um processo participativo.

1.3.2 Atividades do Enfermeiro em Nível de Equipe

- Participação no planejamento, execução e avaliação de programas de saúde.
- participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- prescrição de medicamentos, previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pela organização de saúde;
- participação em projetos de construção e reforma de unidades de internação;
- prevenção de controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- execução do parto sem distócia;
- educação, visando a melhoria da saúde da população;
- assistência à parturiente e ao parto normal;
- identificação das distócias obstétricas (parto difícil) e tomadas às providências até a chegada do médico;
- realização de episiotomia (abertura exterior do canal vaginal) e aplicação anestésias locais, quando necessário.

É da competência do enfermeiro orientar e supervisionar as atividades do técnico de enfermagem e do auxiliar de enfermagem em programas de saúde e em organizações públicas e privadas: Lei do Exercício de Enfermagem (1986 art.15). (Anexo 2)

Estima-se que somente 80% dos enfermeiros estão inscritos no COREN-RS (Conselho Regional de Enfermagem), o mesmo ocorrendo com as outras categorias, em virtude da precária fiscalização do exercício profissional de enfermagem.

Segundo VANZIN & NERY (1996), a organização do trabalho de enfermagem. (ações e procedimentos) devem ser hierarquizadas e delegadas a cada categoria, segundo o grau de competência e nível de risco do cliente. Logo, os profissionais de enfermagem devem portar o crachá com o nome e categoria a que pertencem, para que a clientela seja gradativamente conscientizada sobre quem é quem e o que exigir de cada um no exercício de enfermagem. Por outro lado, cada categoria deve conhecer o seu grau de competência nos cuidados aos clientes, evitando riscos. A supervisão do enfermeiro assegura a observação desse comportamento profissional.

1.4 Sofrimento e Prazer na Enfermagem

Conforme GONZALES (1999), o enfermeiro só será capaz de enxergar o outro como pessoa, quando ele próprio for capaz de perceber que tem que cuidar de si mesmo. O trabalho hospitalar carrega consigo algumas características que o tornam uma atividade cheia de ambigüidades, de um lado o "prazer" pelo alívio do sofrimento, por outro o "sofrimento" pelas condições e as barreiras impostas, onde a insatisfação é resultante de um conteúdo ergonômico inadaptado à estrutura da personalidade. "As relações entre o sofrimento e organização não se direcionam sempre no sentido da promessa de felicidade no mundo exterior e promessa de infelicidade, enquanto no interior da empresa. Para MAZZILLI & LUNARDI, (1995), o trabalho também é fonte de prazer e mesmo mediador de saúde"

Conforme DEJOURS (1993), o indivíduo na luta contra o sofrimento, poderá encontrar novas soluções, propícias tanto para a produção quanto para sua saúde. Essa forma de sofrimento é denominada por ele de sofrimento criativo. Quando essas soluções forem adversas, tanto para a produção quanto para sua saúde, tal forma de sofrimento caracteriza-se como sofrimento patológico.

Se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante, se ele se opõe a essa diminuição, ele é fatigante. A energia psíquica quando acumulada, se transforma em fonte de tensão e de desprazer, a carga psíquica cresce até aparecer à fadiga e depois a astenia e, na seqüência, a patologia.

"Em termos econômicos, o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho" (DEJOURS, 1994, p. 25). Esta diminuição de tensão e a descarga da energia punsional é a origem e fonte de prazer, isto é, o alívio da carga psíquica de trabalho.

A carga psíquica do trabalho aumenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui. Quando não há mais a possibilidade de acomodação da organização do trabalho pelo trabalhador, a relação conflitou do aparelho psíquico com a tarefa se instala. Abre-se, então, para o indivíduo, o domínio do sofrimento, que "é o espaço de luta que cobre o campo situado entre, de um lado, o 'bem-estar', e de outro a doença mental ou a loucura" (DEJOURS, 1993, p. 153).

A loucura designa o que não é razão triunfante, enquanto fenômeno é sempre na subjetividade e no comportamento dos indivíduos que podemos encontrá-la. Saúde e doença não são fenômenos isolados que possam ser definidos em si mesmos, pois estão profundamente vinculados ao contexto sócio-econômico-cultural, tanto em suas produções como na percepção do saber que investiga e propõe soluções. Todas as concepções de doença pressupõem norma objetiva que permita determinar modelo referencial, articular, história individual e história da sociedade, entendendo-as como mudança progressiva e interdependente.

Seja qual for o conjunto preponderante de sinais e sintomas, seja qual for o conjunto de variáveis causais diretamente operantes, só há doença mental ou loucura quando a história psíquica do indivíduo perde a relação com a história da sociedade, quando as reciprocidades e as compartilhasses implícitas de significados se rompem, quando o conflito entre as histórias se torna permanentemente sem solução, esta não é sequer compreendida e o sujeito é invadido por uma experiência de paralisação ou descontinuidade da percepção de sua própria vida como curso coerente. Para LEMOS, MAZZILLI e KLERING (1996), o trabalho organizado permite ao indivíduo um questionamento interior necessário, para seu equilíbrio mental e desenvolvimento pessoal.

O homem é um ser genérico, que faz a si mesmo ao fazer o mundo, e é um ser transcendente, só se realiza quando se torna um outro. O homem também é um ser que produz significados. Onde buscar a compreensão do homem senão na forma como o homem produz sua própria vida? O trabalho é o momento significativo do homem, é a

possibilidade da felicidade, da liberdade, da loucura e da doença mental, conforme LEMOS et al apud DEJOURS (1993),

Desenvolver uma atividade é um ato imprescindível para as pessoas, mesmo que esse trabalho se baseie nos princípios tayloristas, que o vêem como algo parcelar e especializado, pois o ato de trabalhar está diretamente ligado à sobrevivência dos indivíduos e ao seu condicionamento social.

O enfermeiro trabalha com o ser humano que necessita de assistência, vivencia suas emoções e sentimentos, cuida de seu corpo doente nas situações de maior sofrimento como a dor e a morte. Porém na tentativa de proteger-se do sofrimento os enfermeiros acabam se afastando dos clientes e familiares, e muitas vezes, assumindo um comportamento estereotipado, que se caracteriza, conforme PITTA (1994, p.65-67).

Pela fragmentação da relação técnico-paciente, pela despersonalização e negação da importância do indivíduo, pelo distanciamento e negação dos sentimentos, pela tentativa de eliminar decisões e pela redução do peso da responsabilidade.

Não é insensibilidade por parte destes profissionais, mas concordando com a autora o enfermeiro muitas vezes recorre a estes mecanismos para sua proteção, para enfrentar o dia-a-dia contínuo de sofrimento, de dor e morte.

O cotidiano do enfermeiro é feito de incertezas e situações imprevistas que o deixam constantemente exposto, pois geralmente nunca sabe o que vai encontrar e nem o que poderá ocorrer no seu turno. A forma de trabalho e de organização contribuem para a sua manutenção numa atividade individual e com características rotineiras e de maneira fragmentada. Para MAZZILLI & LUNARDI (1995 P.17).

O trabalho atualmente apresenta-se, em decorrência de sua divisão e organização, de forma totalmente fragmentada e sem sentido, extremamente normalizado, rotineiro e burocratizado, repleto de exigências que em muitas situações, o tornam gerador de conflitos com a vida familiar e social.

O mundo do enfermeiro refere-se unicamente a pessoas. Este trabalho tem objetos e produtos que são os pacientes. As exigências especiais do trabalho com o paciente estabelecem uma rotina diária para este profissional; o trabalho é realizado num clima moral específico, dentro das organizações de saúde. O enfermeiro muitas vezes precisa enfrentar a hostilidade e as exigências dos pacientes e de seus familiares e

apresentar a esses a perspectiva racional defendida pela organização, segundo GOFFMAN (1999), essas perspectivas são colocadas numa base formal, com exigências específicas e sanções negativas também específicas para as infrações; não apenas são exigidos os atos, mas também a apresentação externa de sentimentos íntimos.

Regulamentos rigorosos e limitações impostas pela hierarquização dentro da organização traz com frequência ao profissional de enfermagem à imagem de prisão. Regulamentos e controles instituídos que venham a impedir livre comunicação interpessoal, é uma importante limitação de liberdade, e a perda desta liberdade está relacionada ao sofrimento mental.

Os horários pré-determinados para o cumprimento de diferentes tarefas contribuem para que a pressão de tempo seja um elemento poderoso para a formação desta vivência de prisioneiro. A simultaneidade das solicitações contribui para aumentar a ansiedade. Outra vivência que se articula a esse tipo de experiência está associada à constatação de que não há um reconhecimento, por parte da direção, das capacidades e desempenhos. Assim, a sensação é, não apenas de aprisionamento, mas também de viver uma situação injusta. Adverte GOFFMAN (1999), a manutenção da moral e estabilidade emocional, do indivíduo está diretamente ligada a sua ' identidade' ao seu ' eu ' que é reflexo de sua estrutura social.

O enfermeiro no seu ambiente de trabalho vivencia vários conflitos que são conseqüências das relações entre os membros da equipe de enfermagem e com a clientela. E por ser o enfermeiro o intermediador dessas situações que requerem um constante jogo de vínculos e contatos, seja ele a pessoa que mais sinta esse sofrimento. Sente também um sentimento de grande prazer, quando consegue solucionar essas situações de constrangimento.

Sofrimento e prazer na enfermagem podem estar ligados ao autoritarismo presente nesses profissionais que, segundo CARRASCO (1992), é um aspecto importante a ser considerado, pois geralmente suas raízes têm origem tanto militar, quanto religiosa da profissão. Juntando-se a isso o fato de que a "realidade intrapsíquica" se constitui na nossa interrelação como o mundo cotidiano, no aqui e agora do momento histórico, ou seja, no ambiente em que transcorre e se projeta nossa vida individual, familiar, profissional e social.

Em relação ao trabalho na enfermagem, PITTA (1994, p. 97) diz que:

Não é simples encontrar categorias que possam adequar-se às características sagradas de uma atividade que historicamente se constitui em práticas

empíricas oriundas do cuidado doméstico propiciado por escravos e religiosos, envolvendo desde sempre mulheres.

Refletindo sobre essa questão de gênero que se impõe quando pensamos que esse trabalho tem sido tipicamente feminino em todas as épocas. Isso, sem dúvida, contribui para a submissão do trabalho de enfermagem nas organizações de saúde, independentemente da capacidade desse profissional, da habilidade e experiência que possuam.

A prática da enfermagem, ao longo do tempo, tem reforçado sua característica de profissão subordinada à medicina e de executora de atividades manuais que, muitas vezes, implicam choque com valores sociais que, levando ao repúdio do trabalho "sujo", tanto no sentido literal, como simbólico (receber insultos, queixas). Dentro de uma organização hospitalar os traços de mudanças, nessa situação, ainda é lento, embora signifique um movimento de transformação. Nas instituições de ensino, ligadas à formação profissional esse movimento parece ser mais expressivo.

O contato íntimo e continuado com pessoas em sofrimento ou não, potencializado pelas diversas deficiências institucionais e as características inerentes à formação, somada à história pessoal desse profissional, proporciona uma grande mobilização de sentimentos de prazer/sofrimento, levando a satisfação profissional por metas conquistadas, ou levando ao esgotamento físico e emocional, assim desencadeando atitudes profissionais negativas, a baixa auto-estima e à conseqüente perda de interesse pelo bem-estar do cliente, quando imposta condições de limites e frustrações, talvez por não reconhecerem suas próprias potencialidades. O medo de enfrentar a dor e o sofrimento, pois o medo, segundo DEJOURS (1998), está presente em todos os tipos de ocupações profissionais, porém continua quase sempre ignorado por todos os estudos em psicopatologia do trabalho. Dentre as categorias profissionais expostas a riscos relacionados à integridade física, a enfermagem é uma profissão em que os trabalhadores correm riscos. Mas de acordo com DEJOURS (1998, p. 64),

Mesmo se o risco é combatido por medidas e regras de segurança, ele quase sempre conta com uma prevenção incompleta pela organização do trabalho, seja devido a limitações dos investimentos necessários, seja porque o risco ou suas manifestações é mal conhecido.

O enfermeiro trabalha com o terrível sentimento de que os riscos devem ser assumidos individualmente e para isso elaboram defesas específicas. Às vezes, é mais

fácil ignorar o sentimento de medo e abordar situações mais comuns, porque os sentimentos, nesse caso, tornam-se mais geral e não específico, dando assim uma sensação de prazer que é necessário para esse profissional poder suportar a rotina de seu dia-a-dia.

A essência do trabalho de enfermagem é o cuidado do ser humano e que, portanto, não se esgota no atendimento de procedimentos técnicos requeridos por cada cliente. Trabalhar com pessoas, dentro de uma concepção bio-psico-sócial, como tem sido a pretensão da enfermagem, requer do enfermeiro o desenvolvimento de sua autopercepção o que lhe possibilitará uma melhor compreensão de si mesmo e, conseqüentemente, contribuirá para o estabelecimento de um relacionamento mais solidário com a clientela e a própria equipe de enfermagem.

1.5 Resumo

Tendo em vista o referencial teórico adotado, pode-se constatar que o enfermeiro enfrenta algumas dificuldades. Isso ocorre em função de vários elementos que norteiam esse tipo de trabalho singular, que é realizado dentro da unidade psiquiátrica. Nesse sentido o enfermeiro e o doente mental, precisam estabelecer uma relação de cordialidade para que o tratamento obtenha sucesso. Dentro desse contexto emergem as condições de trabalho, ou atrapalha no desenvolvimento das atividades. Contudo, de certa forma essa delimitação organiza o trabalho do enfermeiro psiquiátrico, possibilitando um atendimento de boa qualidade aos que dele dependem. Em função de todos esses elementos, constata-se o duelo sofrimento e prazer no ambiente de trabalho, o que traz a motivação para o presente estudo.

CAPÍTULO 2 A ORGANIZAÇÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO EM UNIDADES PSIQUIÁTRICAS: RELAÇÃO ENTRE TRABALHO, PRAZER, SOFRIMENTO E ASPECTOS DEPRESSIVOS.

Este capítulo tem por objetivo apresentar a evolução das unidades psiquiátricas inseridas em hospitais gerais, suas modificações na forma de organização e atuação numa estrutura moderna, buscando a eficiência e a competência, viabilizando o exercício da racionalidade no processo administrativo. A Escola Dejouriana é ressaltada nesse capítulo como uma análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pelo confronto do trabalhador com a realidade do trabalho, desencadeando nesses aspectos depressivos.

2.1 Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais

Até a Idade Média, a maioria dos doentes mentais vagava pelas cidades e pelos campos sem-paradeiro fixo. Não havia grandes cidades e a “loucura” não chegava a constituir um problema social (RESENDE, 1987).

Segundo FOUCAULT (1967), a “loucura” era experimentada em estado livre, sendo considerada uma forma de erro ou ilusão. Os doentes mentais não eram sistematicamente internados ou excluídos do convívio social. Quando violentos ou demasiadamente inconvenientes, eram levados para prisões comuns, instituições para pobres ou hospitais gerais.

Entretanto, o mesmo FOUCAULT (1986), salienta que o hospital geral da Idade Média tinha um sentido muito diferente do atual. Até a metade do século XVII, o hospital geral foi uma espécie de instrumento misto de exclusão, transformação e assistência espiritual. Não sendo uma instituição médica, não concebida para curar. Apenas em meados do século XVIII passa a assumir a função médica.

Fundamental para compreensão do destino social do doente mental nas sociedades modernas é o processo denominado “Grande Enclausuramento” (Foucault,

!967). Lentamente, entre os séculos XVI e XVIII, desenvolveu-se na Europa um processo intenso e progressivo de exclusão e institucionalização dos doentes mentais. Esses são levados juntamente com desocupados, crianças abandonadas, prostitutas e outros “desadaptados da sociedade” para instituições de isolamento, as chamadas “casas de força”, “whorkhouses”, instituições que ainda não discriminavam a doença mental da criminalidade e de outras formas de desvio social.

Inspiradas pelas transformações sociais relacionadas à revolução burguesa e pelo desenvolvimento interno das ciências médicas, as instituições psiquiátricas propriamente ditas vão surgir no final do século XVIII e início do século XIX, produzindo a separação dos doentes mentais dos prisioneiros comuns. Tais instituições encontravam-se associadas à postura filantrópica do “tratamento moral” que, mediante o isolamento social e de medidas educacionais corretivas intentaria a cura da alienação mental.

A partir da metade do século XIX, com o crescimento acelerado das cidades na Europa, as condições de vida do proletariado nascente se deterioravam progressivamente. As instituições, que recebiam os diversos tipos de desadaptados sociais, tornavam-se superpovoados e suas condições de funcionamento iam ficando cada vez mais precárias. O “tratamento moral” mostrara-se ineficaz, e os hospitais psiquiátricos abarrotados de doentes crônicos imergiram num niilismo terapêutico crescente (MORA, 1985).

O século XX é marcado pelo modelo assistencial asilar e segregado. A proposta de Unidades Psiquiátricas de Hospital Geral (UPHG) emerge nesse contexto e irá representar desde de seu início simultaneamente, uma crítica e uma tentativa de alternativa terapêutica ao hospital psiquiátrico tradicional.

2.1.1 Início da Unidade Psiquiátricas de Hospital Geral (UPHG)

Em 1728, Thomas Guy em Londres, toma a iniciativa de organizar o que seria a primeira UPHG moderna: a “Lunatic House” no Hospital São Thomas, a qual não deveria receber mais do que vinte pacientes por vez. Outras unidades semelhantes surgiram em diversos hospitais ingleses, não sobrevivendo, todavia, além da metade do século XIX.

Na América colonial era costume encaminhar os “alienados” para as chamadas “louquerias” dos hospitais religiosos. No Brasil do início do século passado, muitas Santas Casas possuíam, geralmente em seus porões, quartos fortes para doentes mentais (RESENDE, 1987). Uma mescla de exclusão, abrigo e punição marca o perfil da pré-história das UPHG.

O início das UPHG em seu sentido moderno (ou seja, com planejamento terapêutico, integração à medicina geral, internações breves com rápido retorno à comunidade de origem) foi em 1902 com a inauguração da UPHG do “Albany Medical Center” em Nova Iorque. Outras UPHG foram surgindo muito espaçadamente ao longo das décadas de 20 e 30.

Após a Segunda Grande Guerra, observou-se um crescimento vertiginoso das UPHG, principalmente na América do Norte. As principais razões para tal desenvolvimento foram:

- A experiência de pequenas enfermarias psiquiátricas em hospitais militares gerais, na qual se tratavam soldados em crise ou com distúrbio mental agudizado. Tal experiência mostrou concretamente a médicos, enfermeiros, pessoal técnico e administrativo a possibilidade de tratarem-se eficazmente doentes mentais em hospitais gerais;

- a crítica aos macro-hospitais psiquiátricos, denunciando-se sua dimensão segregadora, estigmatizante e produtora de prazer/sofrimento. O fantasma dos campos de concentração da Segunda Guerra também contribuiu para a condenação de qualquer macroinstituição para desadaptados sociais;

- a adoção por parte de psiquiatras das propostas de saúde pública e comunidade, planejamento em saúde e reabilitação;

- a idéia de internação psiquiátrica não deveria ser mais vista como centro da assistência psiquiátrica. Ela deveria ser integrada a estruturas assistenciais extramurais (ambulatórios e centros de saúde regionalizados), buscando-se ao máximo a comunidade terapêutica. Os hospitais gerais, nesse sentido, contribuiriam bem mais para tal continuidade, pois tendem a ser regionalizados;

- o desenvolvimento de abordagens terapêuticas que viabilizaram e tornaram mais ágeis o tratamento de quadros psiquiátricos graves, particularmente a convulsoterapia nas décadas de 40 e 50 e a psicofarmacoterapia na década de 50;

– o desenvolvimento de abordagens psicoterapêuticas (uso da psicanálise em instituições, técnicas grupais, psicoterapia breve, etc.) e socioterapêuticas (terapia ocupacional, laborterapia, comunidade terapêutica, etc.);

– cresce o reconhecimento da importância do ensino de psiquiatria na formação médica, ressaltando a importância da UP em hospitais gerais de ensino (BOTEGA, 1992).

O crescimento das UPHG em diferentes países não foi um processo homogêneo, nem numericamente nem ideologicamente. A grande maioria das UPHG encontra-se nos países desenvolvidos do hemisfério norte.

O modelo assistencial psiquiátrico brasileiro tem-se mantido centrado no hospital psiquiátrico tradicional, antes público, agora privado.

As UPHG surgiram na década de 50. Em 1954, foi criada a primeira no Hospital das Clínicas da Universidade da Bahia, coordenada pelo Prof. Nelson Pires. Contava com seis leitos para mulheres e com um ambulatório de psiquiatria, localizado no mesmo hospital. Ainda em 1954, foi organizada outra UPHG no Hospital dos Comerciários de São Paulo, pelo Dr. Laertes Ferrão, defensor das UPHG. Em 1957, no Hospital PedroII da Universidade Federal de Pernambuco estabeleceu-se outra UPHG com vinte leitos.

Nas décadas de 60 e 70, várias UPHG foram sendo criadas, principalmente em hospitais universitários.

No final dos anos 70 e início dos 80, alguns documentos oficiais preconizavam a necessidade de diminuir-se as internações psiquiátricas desnecessárias, e de organizarem-se ambulatórios, centros comunitários de saúde mental, hospitais-dia, e UPHG para tratamento de pacientes agudos.

A reforma da assistência psiquiátrica e, com ela, a proposta de UPHG retornam constantemente nos discursos oficiais sobre políticas de saúde. Entretanto, observa-se grande dificuldade de transformar tais discursos em realidade prática e de transporem-se para fora das instituições acadêmicas tanto as UPHG quanto o restante do leque de propostas alternativas ao hospital psiquiátrico de asilar.

2.1.2 Funcionamento das Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG)

As UPHG representam uma proposta assistencial que se articula ao movimento mais amplo da reforma psiquiátrica. Esse movimento vem propondo alternativas às internações prolongadas nos hospitais psiquiátricos tradicionais, buscando evitar o hospitalismo, a cronificação, a perda de identidade, de vínculos sociais e da cidadania. A idéia mestra é oferecer alternativas que substituam o asilo psiquiátrico, permitindo que os doentes mentais permaneçam o maior tempo possível em suas comunidades de origem.

A visão de que o processo de desinstitucionalização representa a humanização e modernização da assistência psiquiátrica, reduzindo o sofrimento/prazer do doente mental e propiciando tratamentos mais eficazes e racionais, tem sido dominante. Entretanto, várias dificuldades têm surgido e diversas críticas têm sido apontadas. A mais freqüente é que a desinstitucionalização transformou-se à revelia de seus mentores, na abdicação por parte dos serviços de saúde de tratar e cuidar dos doentes mentais mais graves, mais crônicos e mais pobres. Ela se estaria tornando uma forma de economizar recursos financeiros à custa de um subgrupo de doentes que não reclama, que não se organiza e, portanto, sem poder de pressão (BACHRARCH, 1978).

As dificuldades surgidas no processo de desinstitucionalização relacionam-se intimamente à definição de qual deve ser a população das UPHG, isto é, qual a demanda idealmente assistida por essas unidades. Seria essa demanda constituída pelos mesmos doentes mentais que anteriormente eram internados nos hospitais psiquiátricos tradicionais, porém agora para curta permanência?

Um grupo composto basicamente de psicóticos, doentes orgânico-cerebrais, alcoolistas, deficientes mentais com distúrbios de comportamento? Ou seria uma nova demanda, constituída de pacientes em crise aguda, como tentativas de suicídio, crises neuróticas, crises depressivas, doentes psicossomáticos? Ou ainda, uma mescla dessas duas demandas? Outra maneira de formular essa questão é perguntar se as UPHG destinam-se apenas a pacientes agudos e crônicos em episódios de reagudização, ou a qualquer paciente que necessite de internação?

Vários autores têm apontado o risco de, em implantando-se UPHG num sistema assistencial que ainda mantenha os hospitais psiquiátricos tradicionais (como de fato ocorrido na quase totalidade dos contextos assistenciais), criar-se um “sistema duplo” de internação, onde as UPHG atendem os casos mais agudos, com menos dificuldades

sociais, menos incapacidades laborais e menos pobres, restando para os hospitais psiquiátricos uma clientela selecionada dos chamados “crônicos residuais”, mais pobres, com disfunções orgânicas, déficit intelectuais e sem habilidades profissionais. Esse “sistema duplo”, ao invés de integrar os doentes mentais na sociedade, selecionaria um subgrupo mais grave, mais cônico, excluído da força produtiva e estigmatizado.

Ainda sobre a população das UPHG, há controvérsias em relação à viabilidade e à oportunidade de atenderem-se em hospitais gerais, pacientes demasiadamente agressivos ou destrutivos, pacientes com distúrbios de personalidade sociopático e dependentes de drogas. Também é polêmica a questão de quem deve atender o subgrupo dos doentes mentais sem lar e família. Alguns autores propõem que as UPHG funcionem apenas como retaguarda para o hospital geral, recebendo somente pacientes transferidos das outras especialidades médicas.

2.1.3 A Internação Psiquiátrica

Os motivos principais do processo de internação psiquiátrica são complexos e variam de acordo com o contexto assistencial específico. A combinação de distúrbios comportamentais, afetivos ou ideativos, além de expectativas, valores e tolerância do meio sócio-familiar, têm peso muito grande em decidir a internação do que o diagnóstico psiquiátrico em si (GOLDMAN, 1988).

Idealmente, a internação psiquiátrica tem por função o fornecimento temporário de um ambiente protegido, tecnicamente instrumentalizado que forneça suporte e tratamento para indivíduos em estado mental ou comportamental desorganizado e perigoso para si ou para os outros. Tal intervenção visa a uma reorganização psíquica e comportamental que possibilite o retorno ao convívio social e, caso necessário, a continuação do tratamento.

A definição de internação breve, média e longa é variável. De modo geral, a primeira fica num valor menor que duas semanas; a média, de três a doze semanas, e a internação longa, mais que dois meses. As principais condições que exigem internação psiquiátrica de curta ou média duração são:

- Comportamentos ou estados mentais que representem um perigo significativo para o paciente ou seu ambiente sóciofamiliar (por exemplo, auto ou heteroagressividade, ideação suicida ou homicida associadas a precário controle ou apoio);

- insucesso das tentativas de tratamento ambulatorial, sempre que no contexto da internação houver a probabilidade de melhores resultados (por exemplo, depressão refratária, esquizofrenia refratária, etc.);

- condições psiquiátricas cujo tratamento deva ser iniciado num contexto de internação (p.ex., farmacoterapia para indivíduos muito idosos, com cardiopatias graves, muito debilitados etc.);

- retirada e desintoxicação do álcool ou outras drogas em indivíduos dependentes, sempre que haja risco de síndromes graves de abstinência, ou que a retirada e desintoxicação.

- sejam impossíveis em ambiente domiciliar. Também, devem-se incluir aqui o abuso de álcool ou de outras drogas, com intoxicação grave e complicações clínicas ou psiquiátricas;

- pacientes com nível de desorganização mental, apatia ou déficit cognitivo que impossibilitem o paciente de cuidar de si ou ser cuidado por sua família;

- doenças físicas associadas a sintomas psiquiátricos que tornem impossível o tratamento em contexto médico-clínico ou cirúrgico;

Além dessas indicações para internação de curta ou média duração, resta para um subgrupo restrito de pacientes a indicação de internação mais prolongada:

- Indivíduos cronicamente desorganizados ou destrutivos em tal grau que não possam viver fora de um ambiente terapêutico estruturado (p. ex., esquizofrênicos com sintomas graves e permanentes);

- indivíduos com dependência social intensa, cujas necessidades não podem ser satisfeitas no nível comunitário (p. ex., idosos demenciados com sintomas psiquiátricos graves, deficientes mentais com distúrbios do comportamento de difícil manejo, doentes mentais com doenças físicas incapacitantes);

- indivíduos cronicamente homicidas ou suicidas, com episódios abruptos e graves de comportamento agressivo e descontrole dos impulsos (por ex., um pequeno subgrupo de sociopatas graves). Deve-se, entretanto, ressaltar que a internação psiquiátrica é considerada imprópria como meio de fornecer moradia, asilo ou lar

substituto para indivíduos socialmente dependentes cujas necessidades não são satisfeitas, por causa da ausência de serviços de apoio social. Asilar essas pessoas em serviços médicos, além de oneroso é considerado inadequado, pois a necessidade prioritária aqui é moradia, apoio e reabilitação social (GOLDBERG, 1991).

Finalmente, deve-se lembrar que, apesar de ser muitas vezes necessária, a internação psiquiátrica tem aspectos negativos, tais como diminuição da auto-estima, intensificação do estigma associado ao papel de doente mental, aumento da dependência e do comportamento regredido, além dos custos financeiros para o paciente, a família e o Estado.

2.1.4 Violência e Suicídio em Unidades Psiquiátricas

A história das práticas assistenciais psiquiátricas, muitas vezes, misturam-se com a história da repressão e violência de alguns setores da sociedade sobre os doentes mentais. Isolamento, prisão, desapropriação de direitos e bens são práticas freqüentes no decorrer dessa longa história (OCHONISKY, 1988).

Ao lado da violência sobre o doente mental, existe a violência que a própria doença mental representa para os próprios doentes, suas famílias e meio social imediato. Em instituições que atendem doentes mentais graves é comum encontrar-se doentes auto ou heterodestrutivos cuja agressividade representa um risco para si ou para pessoas próximas. A questão não é simples: a visão romantizada da loucura enfatiza seu sentido poético de originalidade, criatividade, lucidez, prazer/sofrimento, atribuindo todo o mal e violência à sociedade. De outro lado, a história verifica um preconceito “antilouco” que identifica a doença mental à degradação, perversidade, prazer/sofrimento da espécie humana.

As internações psiquiátricas compulsórias de pacientes involuntários, o uso de psicofármacos contra a vontade do paciente, as restrições físicas são atos de força e em certo sentido representam uma violência. Tais atos devem ser permanentemente examinados, numa postura reflexiva e crítica. A demarcação entre atos de força necessários dentro de um contexto terapêutico e práticas violentas, abusivas, nem sempre é clara e precisa. As últimas, geralmente, são produto de precário treinamento dos profissionais, de más condições de exercício da prática psiquiátrica e mesmo de sadismo e hostilidade dos profissionais e da organização hospitalar.

O ato de força, como amarrar uma paciente no leito, trancá-lo no quarto, sedá-lo com psicofármacos injetáveis, pode ter diferentes sentidos. Pode representar uma ação protetora em relação ao próprio paciente, aos outros pacientes ou aos profissionais, funcionando como uma contestação externa contra impulsos destrutivos do doente, tranquilizando-o, pois percebe que sua agressividade, nesse contexto, é controlada por limites externos seguros. Mas pode também funcionar como meio de atemorização, punição, prazer/sofrimento que alguns profissionais usam para subjugar sadicamente os pacientes.

Para LAMARE (1986), O risco grave de suicídio é uma das indicações de internação compulsória em psiquiatria. Apesar de a maioria das UPHG ser planejada para abrigar pacientes agudos e graves, a internação, o risco de tentativas ou mesmo suicídios efetuados pelos pacientes internados é bastante considerável.

Em virtude do fato de a interação equipe/pacientes e dos pacientes entre si ser muitas vezes intensa, a eclosão de um ato suicida pode ter um impacto muito intenso e às vezes, devastador, sobre os pacientes e a equipe. Também, deve-se lembrar que existe um efeito de contágio (por identificação) dos atos suicidas, fenômeno que nesse tipo de unidade apresenta maior risco de ocorrência. Assim, a questão das tentativas de suicídio, do suicídio propriamente dito e suas conseqüências para os outros pacientes e elementos da equipe deve ser abordado com muita atenção e cuidado, visando a uma ação imediata e, se possível, preventiva, tanto junto aos pacientes como à própria equipe para a elaboração do sofrimento da unidade.

2.1.5 Modelos Terapêuticos

Dentre os fatores que influenciam o perfil de funcionamento de uma UPHG, o modelo terapêutico adotado é um dos mais relevantes.

Por modelo terapêutico entende-se o conjunto de referenciais, marcos teóricos que definem posicionamentos relacionados a: noção de sujeito; conceito de saúde-doença em psiquiatria; objetivos terapêuticos e questões éticas e filosóficas. Com base no referencial teórico adotado diferentes práticas são implementadas, podendo configurar um todo coerente.

Podem-se agrupar os modelos terapêuticos em três tipos principais: Comunidade terapêutica, Modelo Médico e Ambiente Terapêutico.

A Comunidade Terapêutica baseia-se nos seguintes princípios:

- Participação ativa do paciente no processo terapêutico: os pacientes devem deixar de lado a situação passiva que caracteriza a prática médica e psiquiatria tradicional e participar ao máximo no planejamento de seu tratamento e da organização, participação no processo de tomada de decisão etc.
- instrumentos terapêuticos: podem ser usados diversos recursos, como psicoterapia individual, terapia ocupacional etc., mas o que é tido como central é a ação terapêutica da organização como um todo;
- a preocupação maior da equipe terapêutica é a compreensão do paciente como pessoa, com base em uma psicologia que visa a elucidar, antes, o sentido dos sintomas do que a classificação. A doença e o diagnóstico, enquanto entidade generalizável, é colocada em segundo plano em relação à particularidade de cada paciente;
- o estado emocional da equipe influencia de forma relevante o estado psíquico dos pacientes e seu desenvolvimento terapêutico, o que faz que os profissionais precisem de constante supervisão em consequência do constante sentimento de prazer/sofrimento;
- a tomada de decisão abandona a hierarquia rígida do médico-chefe e se horizontaliza, buscando a maior participação e divisão de responsabilidades possíveis da força de trabalho da unidade.

Esses são alguns princípios gerais, mais ou menos aceitos por todos que adotam o modelo.

O Modelo Médico situa-se teórica e pragmaticamente em oposição a Comunidade Terapêutica.

Seus princípios gerais são:

- As doenças mentais são entendidas dentro do referencial do campo epistemológico da medicina. As entidades nosológicas têm uma certa autonomia em relação aos sujeitos adoecidos;
- há clara preocupação com os sintomas para eles identificarem quadros clínicos precisos que, por sua vez, indicam a conduta terapêutica mais adequada. Desse modo, o diagnóstico clínico descritivo é fundamental;
- os tratamentos de base somática, principalmente farmacoterapia e eletroconvulsoterapia, são os instrumentos terapêuticos prioritários; no processo de

tomada de decisões e administração da organização a hierarquia e definição clara de papéis são enfatizadas. O médico geralmente exerce a função de diretor da unidade;

– postura profissional: a relação equipe/paciente pauta-se no modelo de relação médico/paciente tradicional. Aos profissionais cabe cuidar dos doentes, protegê-los, orientá-los, às vezes, repreende-los. Na interação equipe/paciente os profissionais guardam mais distância, buscando agir com objetividade e neutralidade;

– objetivos terapêuticos: a redução ou eliminação do quadro sintomatológico é a meta principal, não se buscando mudanças mais estruturais da personalidade. É enfatizada a eficácia objetiva do processo terapêutico sobre o quadro sintomatológico.

Ambiente Terapêutico (“Milieu”) pode-se considerar o modelo “Milieu” uma proposta intermediária dos dois modelos anteriores. Nesse modelo, os fatores relacionados à interação equipe/paciente são importantes no processo terapêutico, a atenção ao estado emocional da equipe e a tentativa de identificação de possíveis significados pessoais nos sintomas clínicos. Além disso, utilizam-se recursos médicos (farmacoterapia, eletroconvulsoterapia, etc.) de modo pleno, dando-se também importância à classificação e redução objetivas dos sintomas.

2.1.6 A Equipe Terapêutica

Com o processo de reforma e modernização da assistência psiquiátrica surgiu a proposta, hoje largamente aceita, da equipe terapêutica multiprofissional. Nessa equipe, pelo menos em tese, o saber e o poder seriam mais bem-distribuídos, assim sendo, o sentimento de prazer/sofrimento automaticamente também seriam divididos. Ao invés de um processo vertical e autoritário de decisões, propõe-se uma horizontalidade e busca constante de consenso.

Tal equipe incluiria psiquiatras, enfermeiros psiquiátricos, psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Em alguns serviços com mais recursos, incluir-se-iam também arteterapeutas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, cientistas sociais, professores de educação física, farmacologistas etc. Muitas dessas profissões são relativamente novas e o espaço e função que cada uma deve ou pode ter no tratamento de pacientes psiquiátricos nem sempre está bem-delimitado.

A idéia de equipe multidisciplinar articula-se também à noção de multiplicidade de problemas, dificuldades e tarefas que o doente mental suscita, podendo resultar em sofrimento psíquico dos que o exercem. Não bastam o diagnóstico e o tratamento biológico. É preciso trabalhar para a reabilitação social e labora, desenvolver diferentes formas de psicoterapia, investir no trabalho com a família, etc. No entanto, sabe-se que o trabalho pode adoecer a equipe.

A proposta de trabalho em equipe é certamente mais enriquecedor que a tradicional e permite de forma mais evidente que as tensões e rivalidades se expressem. Assim, um ambiente de trabalho aparentemente conflituoso pode-se fazer mais aparente. Dito de outra forma, a possibilidade de se exprimirem claramente os conflitos revela dificuldades que em outros locais também existem, muitas vezes de maneira mais intensa e grave, mas que se mantêm veladas. Uma simples discordância entre membros da equipe pode ser o emergente de outros pontos de rivalidade, mais profundos e graves, permanecendo latentes no trabalho de equipe e que devem ser externalizados em algum momento. Caso contrário esse fator pode produzir doença ou sofrimento da equipe ou do profissional envolvido.

Existe no contexto específico das UPHG, para cada grupo de profissionais, uma rede de hierarquias que pode gerar confusões e conflitos. Nesse amaranhado de hierarquias não é de se estranhar que, freqüentemente, surja a questão – a quem deve o profissional a sua lealdade? Há o risco de excessiva burocratização e corporativismo em nome de uma suposta democratização do trabalho.

É conveniente que haja um coordenador, escolhido e aceito pela equipe, acessível e presente a maior parte do tempo, com capacidade de liderança e flexibilidade para compor demandas, às vezes, complexas e contraditórias, e que saiba priorizar necessidades e delegar funções. Conforme KATZ (1985), devem-se fazer reuniões periódicas, tanto dos grupos profissionais específicos como da equipe multidisciplinar, com a participação do coordenador e da maioria do pessoal envolvido no trabalho. É nessas reuniões que os problemas e decisões mais relevantes devem ser discutidos e se possível, resolvidos.)

É de fundamental importância que, à medida que essas equipes se vão formando, haja um desenvolvimento progressivo de identidades profissionais próprias. O desejável é uma delimitação clara, embora flexível, de objetos e campo de atuação que se contraporá tanto às posições rígidas, estanques e preconcebidas, baseadas na

insegurança profissional, como à confusão total de papéis onde todos fazem de tudo e de qualquer maneira gerando, assim, a insalubridade ou a penosidade da força de trabalho da UPHG.

É consenso que a interação equipe/paciente é decisiva no tratamento. Deve-se ressaltar aqui que estudos empíricos revelam que o profissional que mais interage com os pacientes é o enfermeiro, no entanto seu trabalho na equipe é pouco estudado.

Poder dispor de uma equipe que, de alguma forma, possa identificar-se com necessidades afetivas dos pacientes, lidar com eles, principalmente para continência, não é nada fácil, porque a exposição a um ou mais fatores que produzam sofrimento no trabalho da UPHG, decorre da própria natureza desse trabalho e de sua organização, evidenciados por sintomas e sinais orgânicos e psíquicos inespecíficos. As determinantes principais desse sofrimento, que agem dinâmica e eficientemente entre si e com outras, estaria no próprio objeto de trabalho, ou seja, a dor, o sofrimento e a morte do outro, e nas formas de organização desse trabalho essencial.

Esse mesmo objeto de trabalho, paradoxalmente, é capaz de produzir satisfação e prazer mediante mecanismos defensivos de natureza sublimatória, quando em condições facilitadoras permitem a equipe ter suas tarefas socialmente valorizadas.

Boas condições emocionais para a equipe envolvem remuneração adequada, horários e plantões não-esgotantes, seleção de pessoal treinado e com características de personalidade próprias para o trabalho em saúde mental (tolerância, flexibilidade, sensibilidade humana, etc.) reciclagens, além de supervisão constante do trabalho e da situação afetiva da equipe, realizada preferentemente por um profissional experiente de fora da equipe.

2.2 Depressão

Depressão é um transtorno do estado de ânimo caracterizado por uma diminuição de energias, uma redução da auto-estima, autodepreciação, transtorno do apetite e do sono e uma série de outros sintomas.

Segundo HEIMAN (1993), o estado de ânimo deprimido sempre foi encorajado pelo médico como algo intimamente ligado a distúrbios físicos. Afirma também haver amplas justificativas para a hipótese de que dadas às manifestações de depressão tenha suas raízes fincadas na esfera biológica.

Na depressão, o indivíduo possui uma necessidade de dependência, sentimentos de culpa ou de insuficiência, fadiga, diminuição dos interesses, dificuldades de concentração e uma variedade de afecções somáticas.

A depressão é um fenômeno comum muitas vezes caracterizado por desânimo, tristeza, choro, retardo da motilidade, solidão, isolamento. Estado mental mórbido, que se caracteriza por lassidão, isolamento, desânimo e freqüentemente é acompanhado por ansiedade mais ou menos acentuado.

A depressão é uma espécie de paralisia emocional. O indivíduo depressivo geralmente não ouve e quase não fala. Está mergulhado demais dentro de si, sente-se só, carente de apoio do mundo exterior.

Conforme DAUDT (1997), as depressões também chamadas desordens afetivas ou distúrbios de ânimo ou de humor, podem-se apresentar em duas formas básicas:

- transtornos de humor tipo unipolar ou, simplesmente, depressões, em que os sintomas são apenas do tipo (“pólo” depressivo, isto é, cansaço ou desânimo, falta de prazer e angústia;
- transtornos de humor tipo bipolar (antes chamadas maníaco-depressivas), em que as fases de aceleração psíquica, euforia exagerada e hiperatividade. Afora essa distinção das desordens afetivas entre unipolares e bipolares, há também outras classificações que podem ser importantes.

2.2.1 As Distimias ou Neuroses Depressivas

Muitas pessoas, ao longo da vida, apresentam cansaço, tristeza ou falta de prazer angústia numa intensidade tal que lhes é difícil de viver bem e sentir o prazer de estarem vivas, ainda que trabalhem e atendam a seus compromissos familiares. Elas têm formas leves ou moderadas dos distúrbios afetivos, as chamadas distimias ou desordens depressivas menores, que se denominavam, antigamente, neuroses depressivas. Em geral, as distimias são crônicas (continuadas) ou intermitentes (presente quase todo o tempo, em intensidade variável); elas são ditas recidivantes, quando há períodos mais longos de alívio, intercalados com as fases depressivas.

Muitas vezes, não aparece o quadro completo da doença. Por exemplo, as pessoas sofrem apenas do cansaço ou pouco vigor, chamando-se a si próprias de preguiçosas ou molengas. Como se pode afirmar que esse vigor menor é, na verdade,

uma doença depressiva? Um dia, uma dessas pessoas passa a apresentar sintomas mais intensos e os traços incômodos de comportamento ficam mais visíveis, de tal modo que a pessoa ou familiares entendem que há algo mais do que “indolência” e a pessoa vai ou é levada ao médico. Então, sendo bem-sucedido o tratamento da depressão nessa forma mais severa, acontece que o paciente modifica também aqueles hábitos “preguiçosos” prévios e passa a sentir “como a muitos anos não me sentia”.

2.2.2 Os Episódios Depressivos Severos

Os episódios depressivos severos são uma forma mais acentuada da doença, em que os mesmos sintomas de letargia, falta de prazer e angústia se apresentam em nível muito elevado. Podem ter início abrupto ou progressivo: alguns dos pacientes relatam que estavam bem até o início da doença e que esses sintomas são muito diferentes da sua personalidade anterior. Em outras pessoas, os sintomas constituem a intensificação de maneiras prévias de funcionamento ou de um estado depressivo antigo de menor intensidade.

Há completa perda de prazer e a tristeza e angústia atingem níveis que os pacientes consideram indescritíveis: “o que eu sofro, doutor, ninguém consegue nem imaginar...” Noutros casos, assomam à consciência infundada e terríveis auto-acusações. Há alterações de movimento, e o paciente apresenta uma falta de forças que o paralisa ou mostra uma aflição exacerbada, não conseguindo parar quieto. Há perturbações de sono, de apetite e de desejo sexual.

Há situações em que o episódio depressivo parece provocado por um estresse mais grave, como a perda de uma pessoa querida ou a doença de um filho, mas, uma vez instalado, o distúrbio depressivo tende a seguir um curso autônomo. Assim, pode acontecer que, mesmo com a recuperação do filho, a mãe continue em depressão; ainda mais freqüente é acontecer que a doença depressiva só se instale depois do restabelecimento da saúde do filho.

2.2.3 As Depressões Psicóticas

Depressões psicóticas são estados em que, além dos sintomas depressivos de inércia, falta de prazer e angústia, a pessoa apresenta outros, como ilusões ou

alucinações, especialmente do tipo auditivo, isto é, passa a “ouvir vozes”. As vozes parecem, ao paciente, como de pessoas conhecidas, inclusive familiares, ou de entidades relacionadas à sua crença religiosa; ele não consegue perceber que elas são produzidas no seu cérebro.

O paciente pode, também, ter a consciência tomada completamente por idéias falsas, e interpretar distorcidamente fatos da vida real ao seu redor; a isso chamados “idéias delirantes”.

2.2.4 As Desordens Bipolares ou Maníaco-depressivas

As desordens de ânimo do tipo bipolar são aquelas em que, além de apresentar episódios ou períodos com sintomas típicos de depressão, o paciente também apresenta sintomas opostos, de aceleração ou “maníacos”: o ânimo exaltado, uma alegria exagerada, dizendo sentir-se muito bem e envolvendo-se num excesso de atividades, de forma descoordenada e instabilidade emocional. Como muitos pacientes apresentam também sintomas do tipo psicótico, esta doença era chamada “psicose maníaco-depressiva”, denominação inexata, considerando-se que, noutros casos, os sintomas maníaco-depressivos não incluem aspectos psicóticos.

2.2.5 As Depressões Endógenas e a Melancolia

Muitos dos pacientes em estado depressivo mais severo apresentam também perturbações no seu funcionamento orgânico: sono, apetite e funções sexuais. Por isso, uma pessoa passa quinze dias sem dormir ou acorda de madrugada em sobressalto. Falta-lhe o apetite, não consegue engolir a comida e perde de dez ou doze quilos em poucos dias. Desaparecem o desejo sexual e a capacidade de orgasmo, cessam as menstruações. Além dessas, surge uma variedade de outras alterações orgânicas - a perda de cabelos e mudam os hábitos intestinais, a cor da pele e o timbre da voz. Com sintomas físicos tão notáveis, fazia-se lógico supor a existência de fatores internos ao organismo do paciente provocando a depressão. Para designar esse tipo de doença, portanto, Hipócrates, há bastante tempo (dois mil e quatrocentos anos), cunhou a designação melancolia, na hipótese de que o fator interno causador da depressão fosse a bile negra, pois melano, em grego, quer dizer negro; na década de trinta, surgiu à

designação moderna de depressão endógena. Embora saibamos hoje que o local das alterações orgânicas relacionadas com a depressão é o cérebro e não o fígado, onde a bile é produzida, a denominação de Hipócrates ainda é bastante usada porque descreve um conjunto bem característico e facilmente identificável.

2.2.6 As Depressões Reativas

Em oposição às depressões endógenas ou melancolia, outros quadros depressivos têm sintomas físicos menos marcados e constituem o que durante anos se chamou de depressões reativas. Entendia-se, então, que o quadro depressivo exprimia a reação da personalidade a um acontecimento importante (o fator emocional desencadeante) que algumas vezes, mas nem sempre, se conseguia identificar na vida do paciente.

Durante muitos anos, pelo mau hábito de pensar “ou-isto-ou-aquilo”, se discutiu se as depressões seriam doenças endógenas e, portanto, físicas, ou se seriam, ao invés, reativas e, então, psicológicas. O que ocorre, na verdade, é que, no conjunto, os pacientes com a doença depressiva, uns e outros, apresentam proporção menor ou maior de influências ou fatores psíquicos em relação a causas e desencadeantes físicos.

2.2.7 As Depressões Atípicas

Aproximadamente setenta por cento dos pacientes com os quadros severos de depressão apresentam os sintomas típicos de melancolia, incluindo inquietação física, insônia severa e marcada perda de apetite alimentar e do peso corporal. Depressão atípica é a denominação usada para designar um quadro em que, ao contrário, o paciente apresenta apatia, muita sonolência, excesso de apetite e aumento de peso.

2.2.8 Outras Formas de Depressão

- Depressões Secundárias e outras doenças

É o caso daquele paciente com uma aparência típica de depressão, igual aos outros pacientes, em quem, no entanto, os sintomas depressivos são a maneira pela qual

se está manifestando uma perturbação do funcionamento de outro órgão. Depressão secundária, portanto, é uma hipótese sempre presente no raciocínio do psiquiatra ao avaliar um paciente. Entre as doenças orgânicas que podem se manifestar através de sintomas depressivos temos as seguintes: doenças glandulares, como a tireóide, da hipófise e das supra-renais; deficiências ou excesso de vitaminas; infecções, como encefalites e hepatites; certas doenças neurológicas, doenças cardíacas e alguns tumores.

2.2.8.1 Depressões Secundárias ao uso de Medicamentos

A medicina moderna conta com uma variedade de medicamentos muito poderosos e úteis. Os efeitos desses medicamentos, contudo, ainda não são muito específicos, quer dizer, os medicamentos afetam, não apenas, o aspecto doentio do organismo, mas agem também em outras partes, podendo, ao mesmo tempo em que são benéficos quanto à doença, produzir perturbações em outras áreas. Assim, ao usarmos um medicamento conveniente e necessário para atacar uma certa doença, pode ocorrer que esse medicamento secundariamente altere o funcionamento cerebral, fazendo aparecerem sintomas como os das doenças depressivas. Alguns dos medicamentos que, com mais frequência, produzem depressão secundária são os seguintes:

- Algumas drogas anti-hipertensivas, como a reserpina, atualmente pouco usada, a alfametildopa, o propranol (um medicamento de ótimos efeitos no sistema cardiovascular, da classe dos chamados bloqueadores beta-adrenérgicos) e a clonidina;
- alguns anticoncepcionais; alguns anti-histamínicos, como a cimetidina; alguns antiinflamatórios, como a indometacina; antiparkinsonianos, como a levodopa, a carbidopa e a amantadina;
- ainda, a ciclosserina (usada no tratamento da tuberculose) e os corticóides (também os corticosteróides).

2.2.8.2 Depressões Mascaradas

Essa é uma designação antiga e útil. O paciente está em uma situação interna, psicológica e cerebral, semelhante a uma depressão, mas sem apresentar os sintomas patognomônicos, isto é, indicadores da doença: fadiga falta de prazer e angústia. Em vez disso, apresenta outras modificações de personalidade, que mascaram os sintomas

depressivos. Por exemplo, muitas dessas pessoas, nessas fases, começam a fazer uso excessivo de bebidas alcoólicas, mesmo detestando o seu cheiro, e sem terem problemas habituais com bebida, ao descobrirem que o álcool dá algum alívio ao mal-estar. Outras pessoas passam a apresentar mau funcionamento de partes do organismo, sem que se detectem doenças concretas causadoras dessa disfunção.

2.2.8.3 Depressão e Dor

Muitas pessoas sentem dores intensas em alguma parte do seu corpo, mais freqüentemente na coluna ou na cabeça, sem que se descubra uma causa orgânica na região dolorida que justifique essa dor. Ainda que aspectos emocionais possam estar envolvidos, muito dessas dores relaciona-se com um mau funcionamento de algumas partes do cérebro e, embora não se saiba exatamente como isso acontece, é comum que melhorem muito ou completamente com o uso dos mesmos medicamentos indicados para o tratamento das depressões.

2.2.8.4 Depressões Sazonais ou estacionais

Nos países onde as estações do ano são mais distintamente marcadas do que no Brasil, é comum ocorrer um tipo especial de doença depressiva que aparece coincidindo com a diminuição da luz solar no começo do inverno: são as depressões sazonais. Os sintomas são típicos das depressões, geralmente com diminuição do vigor e aumento do apetite e do sono. As depressões estacionais se tratam administrando ao paciente uma quantidade adicional de luz de um certo comprimento de onda.

2.2.8.5 Depressões nas pessoas com Doenças Cardíacas

Estudos realizados puseram em evidência um aspecto muito importante das depressões nas pessoas que estejam com doenças cardíacas. Foi demonstrado que a concomitância dos sintomas depressivos agrava muito a doença cardíaca, pelo que é fundamental a integração rigorosa entre o tratamento antidepressivo e o tratamento da doença cardíaca.

2.2.8.6 Depressões nas Doenças de Ansiedade

Sintomas de ansiedade ocorrem em muitas depressões. Afora isso, pessoas com doença de ansiedade são mais propensas, em certas épocas, a terem episódios de depressão.

2.2.8.7 Depressões Específicas das Mulheres

As mulheres são mais suscetíveis a terem a doença depressiva em alguma fase da sua vida, aproximadamente vinte e cinco por cento das mulheres, contra quinze por cento dos homens. São mais freqüentes nelas as depressões unipolares, as depressões situacionais e um tipo de depressão bipolar chamado “de ciclos rápidos”; isso provavelmente tem relação com hormônios femininos. Além disso, há alguns tipos de depressão ligados ao funcionamento do sistema reprodutor feminino que, naturalmente, só ocorrem nas mulheres. Sabe-se hoje que os hormônios femininos afetam o funcionamento das substâncias chamadas neurotransmissores, necessárias para a comunicação entre as células nervosas.

a) Sintomas depressivos no período pré-menstrual aproximadamente um terço das mulheres, pelo menos durante parte da sua vida, sente um desconforto nos dias que antecedem a menstruação. Esse desconforto é em parte físico, como inchume e dolorimento dos seios, assim como, do tipo propensão à tristeza, ansiedade e irritação. Quando esse desconforto é mais intenso, chama-se de “tensão ou síndrome pré-menstruais”; suas causas são pouco conhecidas, mas ele é passível de alívio com vários procedimentos terapêuticos.

b) As depressões pós-parto mais ou menos cinquenta por cento das mulheres sente alguma tristeza logo após o parto, provavelmente por uma mescla de razões psíquicas, culturais e hormonais, e isso desaparece espontaneamente sem nenhum tratamento. Em mais ou menos dez por cento das mulheres, essa tristeza aumenta de vulto e assume as características comuns de uma doença depressiva; o tratamento será, então, semelhante ao tratamento das depressões, com a diferença de que evitaremos o uso de antidepressivo e lítio, se a mãe estiver amamentando, para que os medicamentos não atinjam o bebê através do leite. Mais raramente, em cerca de um caso para cada quinhentas mulheres parturientes, a doença depressiva é de maior severidade, como um

episódio depressivo maior, ou com delírios e outras alterações, o que chamamos então de psicose puerperal.

c) Menopausa durante muito tempo pensou-se que as modificações hormonais da menopausa provocariam um aumento da incidência das depressões, que eram então chamadas de “melancolia involutiva”. Hoje, sabe-se que a ocorrência de depressão nessa fase deve-se mais a fatores psicológicos e culturais do que propriamente a modificações hormonais. No entanto, há evidências de que o uso de hormônios femininos, sob orientação médica, melhora o ânimo e o estado emocional de certas mulheres após a menopausa.

2.2.8.8 Depressões em Crianças e Adolescentes

Embora se diga, descuidadamente, que a infância é uma idade de alegria e despreocupação, muitas crianças passam por períodos de tristeza, por exemplo, em função de problemas familiares. Afora essa tristeza, também podem ocorrer, em crianças, episódios de depressão, no sentido da doença depressiva, tanto unipolar como bipolar (em frequência muito menor do que nos adultos), assim como ocorrem depressões de menor severidade, semelhantes as distímias (ou “neuroses depressivas”) dos adultos. Em adolescentes, as doenças depressivas são um pouco mais frequentes do que em crianças. Nas crianças e nos adolescentes com depressão, muitas vezes, os sintomas não são tão claros, podendo-se manifestar, por exemplo, sob a forma de dificuldades escolares ou episódios de rebeldia. Essas depressões surgem também associadas a outros problemas, como o chamado transtorno de deficiência de atenção, as doenças de ansiedade e as perturbações de comportamento. O tratamento, em geral, inclui o uso de medicamentos, mas ainda mais do que nos adultos é importante um programa global de atendimento, com muito cuidado dos aspectos psicológicos e familiares e levando em consideração as diversas necessidades e etapas do crescimento.

2.2.8.9 Depressões nas Pessoas Idosas

As pessoas idosas, de sessenta ou setenta anos ou mais, podem apresentar estados depressivos semelhantes aos de pessoas de qualquer outra idade; o tratamento é,

então, semelhante ao tratamento das depressões em geral. Afora isso, o avançar da idade pode estar associado ao surgimento de depressão: para muita gente, o envelhecimento é uma fase agradável, pois proporciona mais tempo disponível para a realização de ocupações prazerosas com filhos, netos e amigos; outras pessoas, no entanto, por motivos variados, vivem seus anos mais tardios de maneira triste ou penosa. Às vezes, trata-se de continuação ou agravamento de certos traços prévios de personalidade, certos “cacoetes” ou maus hábitos, como mau-humor ou irritabilidade em resposta à falta de atenção que pretendem e que imaginam que os outros deveriam dar-lhes (em vez de procurarem antes ser prestativos e úteis do que receber atendimento especial), etc. Há também alguns tipos de sintomas ou de doenças depressivas mais característicos das pessoas idosas: com mais frequência, podem aparecer quadros depressivos ligados a alterações hormonais. Também costuma ser necessário o uso de mais medicamentos e vários deles podem desencadear sintomas do tipo depressivo ou sintomas de aceleração, “quadros maníacos”, semelhantes aos das doenças bipolares. Noutras pessoas de mais idade, os sintomas depressivos estão sendo provocados por progressivo mau funcionamento cerebral causado pelo envelhecimento; essas depressões, então, podem ser de tratamento mais demorado ou mais difícil.

2.2.9 Idéias e Planos de Suicídio

Eventualmente, pode acontecer que o portador da doença depressão tente (e consiga) praticar o suicídio. No entanto, na maioria dos casos, não é o que ele deseja ou livremente tenha escolhido.

Por mais que trabalhem e sofram, as pessoas querem a vida e lutam por ela. Uma profunda tendência a autopreservação está arraigada implantada (através dos genes) no ser humano, assim como nas outras espécies animais que tivessem surgido, no curso da evolução, sem essa característica de autopreservação teria logo desaparecido. Contudo, apesar dessa tendência a autopreservação, muitas pessoas, em diversas ocasiões, pensam na possibilidade de suicídio.

Idéias de suicídio podem surgir esporadicamente nos seres humanos; todavia, elas ocorrem com muita frequência nos pacientes depressivos e estão presentes em praticamente.

Todos os pacientes com as formas mais severas de doença. Especialmente três situações configuram risco maior:

a) Nas depressões psicóticas em que a perturbação cerebral do paciente pode dar-lhe a sensação de existirem vozes que lhe dêem “comandos” ou ordens de suicídio. Esses “comandos” de suicídio podem ser esporádicos e pouco insistentes, assim como podem ser minuciosos e implacáveis (“cometer suicídio de tal maneira, como única solução para o seu estado ou como merecido castigo para as enormes faltas que teria cometido durante sua vida”); muitas vezes são constantes, ocorrem durante todo o tempo em que o paciente está acordado, o que, para alguns deles, quer dizer quase as vinte e quatro horas do dia, pois não conseguem dormir se não estão recebendo tratamento; assim, o paciente é, de fato, impotente para resistir sozinho a esses comandos e necessita auxílio psiquiátrico eficiente e imediato.

b) Certos tipos de depressão severa nos quais, em função do estado depressivo, o paciente fica tomado de uma profusão de idéias absurdas de auto-acusação e da crença (errônea) da inutilidade de qualquer esforço. Imagina-se culpado de inúmeros prejuízos que teria causado principalmente às pessoas mais queridas (filhos, cônjuges, pais etc.); parece-lhe que não há tratamento para a sua doença, que não há solução para seus problemas nem reparo para os supostos males que teria provocado. Repetindo: não é que queira se matar; contudo, essas idéias são constantes e há o risco de que, por causa do sofrimento intenso e continuado, se não estiver recebendo o necessário atendimento, a pessoa canse de resistir e chegue ao suicídio como tentativa desesperada de alívio.

c) A pessoa que perdeu as esperanças inúmeras pessoas sofrem intensamente, há muitos anos, sem qualquer tratamento; a doença tirou-lhes toda a esperança de uma vida normal; nessas condições, preferem a morte, que lhes parece à única maneira de acabar com sua aflição.

O risco de que a pessoa de fato cometa suicídio aumenta muito à medida que ela não compreenda que *sua infelicidade é, na realidade, um estado de doença depressiva que tem solução*; e à medida que pensa não ser importante para seus familiares ou que as pessoas se sentirão aliviadas com a sua morte.

É pena morrer qualquer que seja a causa, porém é mais consternador morrer de uma causa tratável como a depressão.

2.2.10 Fatores Desencadeantes

A depressão começa com uma reação de perda ou fracasso. Também pode aparecer como um fracasso em viver de acordo com as próprias normas ou conseguir as próprias metas pessoais ou vocacionais.

A perda é sempre de capital importância. A perda pode ser óbvia, recente e real, como em qualquer pesar normal. Poderá ter ocorrido no passado e nunca ter sido devidamente sentido.

2.2.11 Características

Primeiramente alguns conceitos "freudianos", segundo o qual a individualidade psíquica está baseada na atuação de três grupos de força:

- **Id** é o que reúne os impulsos e tendências primárias e cujas forças obedecem a duas classes de instintos - os destruidores (ou tânicos) e os criadores - cujo conjunto seria a Libido ou Eros platônico; os processos psíquicos do Id seriam dominados pelo princípio do prazer e representariam a rigor o verdadeiro inconsciente;
- **Ego** é o conjunto de processos secundários de controle e mediação, que permitem separar o "Eu" (realidade subjetiva) do "Não Eu" (realidade objetiva) e que atuam por meio de percepção, pensamento lógico, memória, síntese de experiência e controle da motilidade.
- **Superego** no sentido lato, representa a faculdade crítica ou a "consciência do inconsciente".

A depressão caracteriza-se pela perda da auto-estima. Entre os fatores que afetam a auto-estima, encontram-se os seguintes:

- a) *Auto-Imagem* um desenvolvimento precoce patológico da auto-imagem, numa atmosfera familiar desfavorável, afeta inevitavelmente a auto-estima.
- b) *Super-Ego* a discrepância entre a conduta da pessoa e o valor de seu superego é experimentado em forma de culpa, associada a uma diminuição da auto-estima. Se superego permanece fixo, numa forma arcaica, infantil ou punitiva ou se sofre uma regressão a esse nível, a predisposição para a depressão aumenta de forma correspondente.

c) *Ego-Ideal* quanto mais realista é o ego-ideal mais facilmente uma pessoa alcança suas metas. Um ego-ideal excessivamente grande conduz a sentimentos de insuficiência.

2.2.12 Classificação

As depressões podem ser classificadas em endógenas e exógenas.

2.2.12.1 Depressão Endógena

São aquelas que não tem causa externa evidente, parecem surgir de forma espontânea, mostrando tendência a repetição. LUCENA (1987), na depressão endógena humor básico é intensamente deprimido (triste ou ansioso desesperado), o paciente apresenta: inibição geral e pobreza de impulsos; inibição do pensamento. Externamento, o depressivo chama a atenção pelo empobrecimento dos gestos e da mímica, pela fala monótona, com suspiros frequentes.

2.2.12.2 Depressão Exógena

São as depressões provocadas por acontecimentos perceptíveis no meio ambiente.

2.2.13 Tipos de Depressão

2.2.13.1 Depressão Mascarada

Caracteriza os casos de doença depressiva na qual os sintomas psíquicos, ou melhor, psicopatológicos de depressão, embora existentes, são mascarados ou escondidos, subjetivamente para o paciente e/ou objetivamente para o médico, por uma sintomatologia somática dominante.

Sua sintomatologia consiste essencialmente de manifestações somáticas, colocando o problema, ainda não resolvido, nos limites com os sintomas com os sintomas psicossomáticos e as manifestações hipocondríacas.

2.2.13.2 Depressão Involutiva

Quadro ansioso, agitado, ou hipocondríaco-paranóide, de curso crônico e insidioso, desencadeado, nos anos da involução, por traumas físicos ou psíquicos. São freqüentes os abalos psíquicos e a problemática da segunda metade da vida. Grande perigo de suicídio por manifestações nítidas de desejos de autodestruição.

2.2.13.3 Depressão Pós-parto

Apresenta se geralmente entre 3 semanas e 3 meses depois do parto. Tem como características principais o pânico, o temor de uma sensação de incapacidade de cuidar do recém-nascido.

2.2.13.4 Depressão Anaclítica

A reação de uma criança a repentina perda da mãe, caracteriza-se por falta de interesse no ambiente que a rodeia, retraimento, perda de apetite, insônia, apreensão e outros sintomas que observados em um adulto seriam considerados como depressão normal. Numa criança, porém é chamada de anaclítica. Essa reação pode ser observada, simplesmente suprimindo-se a atenção materna para a criança e sua origem é mais psicogenética que orgânica.

2.2.13.5 Depressão de Esgotamento

Sob o efeito da sobrecarga psíquica prolongada, aparecem distimias do tipo depressivo-ansioso, ou apático-melancólico. Disregulações vegetativas, mais freqüentes nas mulheres, apresentando-se, de preferência entre os 25 e 45 anos.

2.2.13.6 Depressão Endorreativa

Consecutiva a sobrecarga prolongada, física ou psíquica (stress).

2.2.13.7 Depressão Reativa

A reação vivencial depressiva é mais freqüente dentre as reações anormais. Respondendo a um trauma psíquico (perda ou frustração), produz distímia depressiva de curta duração, com ansiedade, inibição, apatia ou desespero agressivo.

2.2.13.8 Depressão Neurótica

Falta de elaboração de conflitos, frustrações ou mimos excessivos, que levam a divergência entre as pulsões instintivas (de tipo oral-agressivo) e as exigências da realidade. Quase sempre se descobrem antecedentes de sintomas neuróticos na infância.

2.2.13.9 Depressão Sintomática

Síndrome depressiva que aparece em doenças infecciosas ou metabólicas, crises e distúrbios endócrinos, principalmente no puerpério, nas intoxicações, etc.

2.2.13.10 Depressão Cérebro-orgânica

Síndrome depressiva das psicoses senis, traumatismos, tumores, etc.

2.2.13.11 Depressão na Epilepsia

Episódios agudos de distúrbios psíquicos apresentam-se em lugar do ataque sob a forma dos chamados equivalentes. Distinguem-se em distímias e estados crepusculares.

2.2.13.12 Depressão na Esquizofrenia

Síndrome depressiva que aparece no curso da esquizofrenia.

2.2.14 Incidência

As mulheres parecem mais propensas a crise depressiva. Certamente, os homens também se deprimem, mas são mais resistentes a pedir ajuda. Já a mulher fica muito debilitada ao viver rupturas e separações, devido a grande importância que costuma dar as relações afetivas. E sua depressão está muito relacionada ao fato de ela investir tanto de si mesma que acaba perdendo a identidade, passando a se sentir como parte do outro. Quando a reparação acontece, ela se sente lesada, fraca, sem disposição para corrigir a situação.

2.2.15 Mecanismos de Defesa

Os mecanismos de defesa mais utilizados na neurose depressivos são: identificação, negação, defesas maníacas e projeção.

Diante de um sofrimento mental quase insuportável, sentindo-se com raiva, culpado e responsável pela perda sofrida, o indivíduo pode utilizar a negação. Negando sua tristeza não consegue completar o processo de entretecimento, não podendo libertar-se de quem morreu. Há um processo normal de luto, as rupturas reiteradas são inevitáveis. Os mecanismos de defesa servem aqui, não só para evitar a ansiedade, mas para combater a perda da dor e da depressão.

Outra maneira de defender-se é por meio da identificação. Pela perda de uma pessoa necessária para suas provisões narcisistas, e pela culpa por seus impulsos agressivos subjacentes que trazem em ações intoleráveis, o indivíduo identifica-se com a pessoa que perdeu. Desse modo, a traz de volta, fazendo com que uma parte dela seja uma parte de si mesma. Internaliza a imagem de quem perdeu, alterando a imagem que faz de si. Não experimenta a dor da perda, os sintomas neuróticos substituem o luto, não consegue libertar-se de quem perdeu, não se permite a um processo de entretecimento.

2.2.16 Descrição clínica

A descrição é um processo penoso.

O indivíduo depressivo tem pouca alegria pela vida. Seu superego é primitivo e sádico e tem suas raízes em suas próprias fantasias agressivas e na incorporação de

progenitores exigentes e perfeccionistas. Concede-se pouco prazer a si mesmo e mede constantemente seus sucessos para ver se esteve ou não a altura de suas normas internas. Sua auto-estima depende de uma autocombinação de apoio de objetos externos, conservação de sua própria capacidade de adaptação e proteção contra exigências excepcionais dos outros. O resultado é um equilíbrio tão frágil, que as rupturas reiteradas são inevitáveis e a vida não é mais que uma série repetida de depressão.

2.2.17 Sinais e Sintomas

Aparentemente o indivíduo pode parecer abatido com aparência contraída, cansada e desanimado, queixa-se de fadiga, tem dificuldade em dormir e quando dorme, seu sono é intermitente.

Segundo LOPES, (1991), deve-se analisar minuciosamente a sintomatologia, buscando a estrutura ou o fundo depressivo do quadro assinalado na psicopatologia.

Alguns pacientes parecem fugir de suas preocupações e angústias, dormindo. O apetite pode estar diminuído, no entanto alguns recorrem a comida como um alívio. Há uma preocupação por seu corpo e saúde física, com freqüentes queixas hipocondríacas. Além disso, a depressão parece acompanhada de mudanças reais no funcionamento gastrointestinal, é normal. A boca seca. É freqüente a diminuição do interesse sexual. Ainda: sensações de afogamento na garganta, ritmo curto de respiração, suspiros, sensação de vazio no abdômen, ausência de poder muscular.

2.2.18 Formas de Depressão

Para uso geral a depressão pode ocorrer sob duas formas:

a) Depressão Leve muitas delas são reativas por natureza. Ocorrem em resposta a algo na vida do paciente.

Uma resposta depressiva pode funcionar como proteção para o paciente adaptar-se a situação de perigo que a afecção o colocou.

Os pacientes levemente deprimidos são biologicamente ou psicologicamente predispostos a reações depressivas e, neles os fatores precipitantes não constituem toda a história. Isso quer dizer que alguns nunca melhorarão por completo por meio da psicoterapia individual.

As depressões leves podem-se agravar, e o paciente que não é suicida pode tornar-se tal. Assim, sendo, mesmo trabalhando como paciente levemente deprimido, é sempre bom rever periodicamente a profundidade e a qualidade da depressão.

b) Depressão Grave é sempre bom suspeitar que todo o paciente deprimido é portador de uma depressão grave. O motivo dessa precaução é a possibilidade de suicídio, e de fato todos os pacientes deprimidos são potencialmente suicidas.

Geralmente o paciente gravemente deprimido, é lento em suas ações, lento na fala, lento para responder as perguntas ou responder pouco e de modo distante, ou quando, enquanto conversa não mostra vivacidade, se mostra preocupado com suas idéias depressivas, assolado por sua culpa, perseguido por pecados de seu corpo ou de sua mente, se revela agitado, dorme pouco, acorda cedo, sente que as coisas estão piorando, insiste sobre o seu não valor.

Dentro das depressões graves, devemos dar ênfase ao risco de suicídio, que pode se dizer que é a idéia de auto-eliminação.

O termo suicídio significa o ato ou intenção de retirar a própria vida voluntária ou intencionalmente, porém o termo também pode ser aplicado a qualquer pessoa que pretende ou tem tendência de privar-se de sua própria vida. Também se refere à conduta de indivíduos e grupos que podem conduzir à autodestruição. O termo suicídio parcial tem sido usado como sinônimo de automutilação e o suicídio crônico para condutas habituais danosas à vida como, por exemplo, a drogadição e o alcoolismo.

Para GOUREVITCH (1989), aqueles que tentam o suicídio não são os mesmos que atingem o fim; nos últimos, a sua patologia mental é, sem dúvida, mais simples e acessível, paradoxalmente, a uma profilaxia eficaz.

O suicídio é um problema, exclusivamente, humano. Não é verdade que as pessoas que ameaçam suicidar-se, nunca a concretizem. A maioria dos que tentam mesmo suicidar-se avisam previamente alguém, freqüentemente seus médicos. Os suicidas em potencial podem ser geralmente reconhecidos antes que eles passem a ação.

A tentativa de suicídio é uma urgência médica comum e todos os casos deveriam ser avaliados por um psiquiatra.

As tentativas de suicídio podem ocorrer em várias condições psiquiátricas. É responsabilidade do médico prestar ajuda médica imediata e prevenir futuras tentativas. Dado que muitos pacientes são ainda seriamente suicidas quando trazidos ao médico, eles devem ser submetidos à cuidadosa vigilância durante e após o exame.

As atitudes frente à morte e sua expectativa das conseqüências do seu ato são importantes. O paciente pode ser encaminhado tranqüilamente para um tratamento ambulatorial, se a tentativa de suicídio tiver tido fins claramente manipuladores e se nunca resultaria em morte.

Se o paciente fez uma tentativa de suicídio e não expressa arrependimento pelo seu ato, deve ser hospitalizado para tratamento. Pacientes com sentimentos de culpa e indignidade que dizem que estariam mais bem mortos ou que o mundo estaria melhor se eles morressem, são especialmente perigosos. As razões mais comuns para se cometer suicídios são:

- Fugir do sofrimento ou do desespero;
- Punir-se a si próprio por culpa real ou imaginária;
- Punir alguma figura significativa no ambiente.

O suicídio pode ser considerado como o resultado final comum de progressivo fracasso na adaptação, com isolamento e alienação da rede habitual de relações humanas que nos sustentam e dão sentida a nossa existência e com a perda dessa força misteriosa e vital que faz com que toda a criatura viva deseje permanecer viva.

2.2.19 Diagnóstico

A manifestação predominante pode ser a tristeza e uma sensação de desamparo frente a uma situação difícil da vida. Esses sentimentos podem estar relacionados a dificuldades objetivas no lar, a problemas de saúde, ou no trabalho, porém o paciente está tipicamente consciente de que sua resposta depressiva não se justifica pelos fatos. O paciente sente-se incapaz de desempenhar-se de acordo com sua capacidade. Algum grau de autculpa pode estar presente, mas a característica muito importante que é a culpa, não é mencionada e nem conscientemente percebida.

O diagnóstico de depressão ainda pode basear-se em: perturbações do sono, perda da energia, fadigabilidade ou fraqueza, perturbações da motricidade (inibição ou agitação psicomotora), perda ou diminuição da capacidade de concentração ou indecisão, idéias de suicídio, perda ou diminuição do interesse ou prazer em todas as atividades usuais.

2.2.20 Prognóstico

O prognóstico da depressão é favorável, porém a dor sentida pelo paciente pode ser severa, especialmente aquela relacionada à culpa ou à agressão. A síndrome depressiva pode tornar-se rígida e permanecer crônica, com o paciente desempenhando-se mal para o resto da vida, num ambiente interno de miséria privada que ele é incapaz de compartilhar. O psiquiatra deverá determinar o mais cedo possível quão rígido tornou-se a síndrome depressiva. Se o paciente pretende e é capaz de compartilhar os seus sentimentos penosos, ele logo dará demonstração disso mediante de evidentes melhoras, durante as primeiras entrevistas não ocorre nenhuma modificação, e o prognóstico será mais favorável.

A conquista da existência humana ou do processo vital pelas profissões ligadas à saúde mental começou com a identificação e classificação das chamadas doenças mentais e culminou em nossos dias, com afirmação de que tudo na vida é um problema psiquiátrico, que a ciência do comportamento deve resolver. A partir do início do século, especialmente depois de cada uma das duas guerras mundiais, o ritmo da conquista psiquiátrica cresceu rapidamente. O resultado é que hoje todas as dificuldades e problemas da vida são considerados doenças psiquiátricas e todos (exceto aqueles que diagnosticam) são considerados doentes mentais. Esse processo de tornar, médicos psiquiátricos e, em geral, técnicos, os problemas pessoais, sociais e políticos têm sido uma característica dominante na era moderna e burocrática.

Essa tendência tem sido de tal forma difundida que, ao simples sinal ou sintoma da presença de um problema, as pessoas se angustiam, supondo estarem com transtornos mentais graves. Sintomas como apatia, ansiedade, depressão, insônia, tão comuns na sociedade capitalista onde as preocupações, a busca incessante de “status”, a competição, a supervalorização do poder aquisitivo, os problemas financeiros, refletem situações existenciais, as pessoas procuram nas drogas, soluções para o seu alívio. Até mesmo os profissionais da área da saúde, têm sido incoerentes ao classificarem de doentes mentais, indivíduos com sintomas existenciais.

A classificação pressupõe um diagnóstico diferencial entre o que é

Não-patológico e o que é patológico. O que é doença e o que é saúde? O que é normal e o que é anormal? Quem é o doente mental?

O fato de um desvio em particular, ser classificado como doença, numa dada sociedade, depende basicamente de ser percebido pelas pessoas como um desvio de saúde e, como tal, de pertencer ao domínio dos profissionais especializados na cura, assim como depende da aceitação do desvio, por parte deles, como sendo da sua alçada. Por outro lado, a classificação dos desvios na sociedade, é um processo contínuo, sendo muitos tipos reclassificados de tempos em tempos, de acordo com as alterações nos conceitos acerca de sua natureza.

A principal controvérsia contemporânea em torno da questão de quem deve ser considerado mentalmente enfermo, foi iniciada por alguns psiquiatras e cientistas sociais, que argumentaram que a tendência a encarar um número cada vez maior de desvios como doença mental já estava indo longe demais.

A doença mental não recebe o mesmo respeito e compreensão que a doença física, quer por parte dos pacientes quer por parte de quem as trata. Talvez seja a perda do controle sobre os pensamentos, os sentimentos e o comportamento que torna aquele tipo de doença tão assustador e associado a uma carga negativa tão elevada.

Conforme FIRTH & COZENS (1987), os profissionais de saúde estão expostos à depressão mais do que deveriam - há alguns anos que se sabe que os enfermeiros têm taxas elevadas de problemas do foro psiquiátrico, o que, na verdade, levou à redução das horas de serviço.

Para que a percepção do público mude em relação à doença mental, aqueles que deveriam estar mais esclarecidos (os enfermeiros) têm de ser honestos quanto às suas próprias experiências e às experiências dos seus colegas.

Os enfermeiros têm de ser alvo da mesma atitude compressiva para com sua depressão, como se tivessem sido submetidos a uma cirurgia ou sofressem de uma doença infecciosa.

A terapêutica da doença mental necessita de atenção quanto às questões psicológicas e sociais, assim como os aspectos biológicos da doença. Essas questões podem incluir fatores como dificuldades emocionais e de relacionamento (por exemplo, morte de um ente querido ou divórcio) e alterações profundas no seu desempenho, tais como redundância e prestação de cuidados prolongados a um familiar com problemas.

Por exemplo, sabemos que as intervenções psicoterapêuticas são tão eficazes como a medicação no tratamento da depressão e quando combinadas com fármacos, a taxa de recidiva em doentes depressivos pode mesmo diminuir. Muitos doentes serão

ajudados por meio da psicoterapia; no entanto, para alguns, serão ainda alvo de discriminação. Falar de seus pensamentos e sentimentos a um estranho (apesar dele ser um profissional altamente qualificado) é considerado ainda um sinal de fraqueza. Infelizmente, muitos de nós foram encorajados a pensar dessa forma tradicional quando éramos estudantes de enfermagem ou jovens enfermeiros.

Há ainda muito a fazer para mudar a percepção pública sobre a doença mental, mas em primeiro lugar, os enfermeiros deverão reconhecer os problemas de saúde mental que afetam os membros da sua classe profissional e a si mesmos.

2.3 Resumo

De acordo com o referencial teórico da Escola Dejouriana, foram ressaltados nesse capítulo, aspectos que afloram a realidade do enfermeiro, desencadeando o sofrimento e a depressão no trabalho.

Abordou-se, ainda, a evolução ocorrida dentro dos hospitais psiquiátricos na busca de um aprimoramento e de uma eficiência maior para bom atendimento e uma qualidade de vida desejável do doente mental.

CAPÍTULO 3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este capítulo tem por finalidade apresentar a problemática, a questão de pesquisa, seu objetivo geral e seus objetivos específicos. Também mostrar a metodologia utilizada para a coleta e a análise de dados, fundamentando a Análise de Conteúdo. Apresenta, finalmente, as características e o organograma geral da organização hospitalar em estudo.

3.1 Problemática Geral

O papel do enfermeiro é sempre apontado, quer pela descrição do que faz no cotidiano, quer em pesquisas de estudo científicas, como um assunto digno de consideração. LUNARDI (1995), buscou fatores implicados na gênese do prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem, apoiando-se fundamentalmente nas contribuições de Christoph Dejours. O autor detecta a existência do prazer e do sofrimento no trabalho da enfermagem. Apesar do sofrimento que existe na profissão, o enfermeiro vivência de um prazer real e concreto. E grande parte do sofrimento do trabalhador decorre da Organização do trabalho, principalmente das condições de trabalho e o prazer com raras exceções manifesta-se condicionado a algum fator.

O estudo de GONZALES (1999) é também de grande valor para os profissionais enfermeiros. A autora parte do princípio de que no dia-a-dia do enfermeiro este deve encontrar espaço para revitalizar-se, descarregar as tensões e reabastecer-se de energia para que possa viver mais plenamente. Este estudo implica na reflexão de alguns aspectos relevantes da enfermagem enquanto profissão, da natureza do trabalho, da enfermeira, da forma como ela enfrenta estas situações, as conseqüências para ela enquanto pessoa, para a equipe de enfermagem e clientela. Essas pesquisas apresentam como ponto comum à necessidade de maior clareza na delimitação das funções, efetividade no desempenho, aceleração na assunção de novas atividades; também

apontam as dificuldades de estudo sobre o desempenho do enfermeiro psiquiátrico pelas dificuldades do dia-a-dia desse profissional, por causa da grande sobrecarga de atividades e responsabilidades que possam a vir desencadear atitudes de isolamento, tristeza, ansiedade, melancolia e, até mesmo o desinteresse pela profissão, em conseqüência do sentimento de prazer/sofrimento estar latente, em situações de conflito não-elaboradas dentro de seu ambiente de trabalho. Essas atitudes podem afetar a sua qualidade de vida, pois caracterizam sinais de depressão.

Este estudo procura analisar o que os profissionais enfermeiros entendem por sintomas depressivos e o que dentro do seu ambiente de trabalho possa vir a desencadear sentimentos de prazer/sofrimento. Dentro e fora de seu ambiente de trabalho, o enfermeiro convive com outras pessoas, enfrentando, assim, dificuldades e realizações. Essas vivências do seu dia-a-dia repercutem na sua vida como um todo (trabalho, família, sociedade).

Assim, com base nessa contradição de sentimentos de prazer/sofrimento, poderemos então identificar o conceito saúde e doença os quais utilizam para suas avaliações pessoais e que, com certeza, refletem em suas atitudes como profissionais.

3.2 O Problema de Pesquisa

O problema de pesquisa será formulado por meio da seguinte questão:

“Como os enfermeiros psiquiátricos percebem os fatores de prazer e sofrimento no seu trabalho?”

3.3 Objetivo Geral

Analisar fatores responsáveis pelo binômio sofrimento e prazer no trabalho do enfermeiro psiquiátrico, relacionando-o com os fatores depressivos existentes nesta profissão.

3.4 Objetivos Específicos

São objetivos específicos a serem alcançados por este estudo:

1. Identificar os sintomas os sintomas de prazer e sofrimento dos indivíduos questionados.
2. Classificar os diferentes aspectos depressivos encontrados nos enfermeiros psiquiátricos.
3. Propor alternativas que previnam o sofrimento na organização do trabalho do enfermeiro psiquiátrico.

3.5 Caracterização da Instituição em Estudo:

A instituição selecionada para a realização desta pesquisa, é uma Unidade Psiquiátrica de Hospital Geral (UPHG), ligada a instituição Federal de Ensino Superior do Estado do Rio grande do Sul.

Esta UPHG está inserida dentro de um Hospital Universitário que diretamente está ligado à Reitoria desta Universidade Pública Federal, são, por definição áreas de ensino e assistência, servindo de campo de atividades práticas aos cursos da área da saúde.

A estrutura básica do Hospital Universitário (vide Fig. 1) é composta pelo Conselho de Administração (CONAD); pela Diretoria Executiva (DIREX); pela Direção-Geral (DG); Secretaria-Geral, Assessoria de Planejamento, Assessoria de Relações Públicas e Divulgação, Assessoria Jurídica, Serviço de Informática, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)); Diretoria Clínica (DC); Diretoria Administrativa (DA); Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEP); Diretoria de Enfermagem (DE).

O Conselho de Administração (CONAD) é o órgão supremo e suas funções são deliberativas, normativas e consultivas. E é dirigido por Presidente e essa presidência cabe ao Diretor do Centro de Ciências da Saúde (CCS), Diretoria Executiva, Direção-Geral e as demais Diretorias, por Diretor, a Secretaria-Geral, por Secretário, e as Assessorias, por assessor, cujas funções são providas na forma da legislação pertinente. É composto pelo diretor do Centro de Ciências da Saúde (CCS), pelos membros da Diretoria Executiva (DIREX); pelos coordenadores dos Cursos de Graduação e Pós-graduação do CCS com atuação no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), por três representantes dos servidores técnico-administrativos do HUSM, sendo um da

Diretoria Administrativa, um da Diretoria Clínica e um da Diretoria de enfermagem; por representantes discentes da Área da Saúde com atuação no HUSM, Cursos de Graduação e pós-graduação; por um representante da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde; por um representante da Comissão Regional Interinstitucional de Saúde; por um representante dos docentes que atuam no HU.

A Diretoria como órgão deliberativo e normativo compõe-se de um Diretor Geral; um Diretor Clínico responsável por sete Coordenações; um Diretor Administrativo responsável por oito Coordenações; um Diretor de Ensino e Pesquisa responsável por três Comissões e um Diretor de Enfermagem responsável por seis Coordenações. (Anexo 3)

HU tem por finalidade, o desenvolvimento harmônico dos Sistemas de Assistência, de Ensino e de Pesquisa, colocando sempre o paciente como centro de todas as atividades, objetivando especificamente:

- Constituir-se em centro de programação e manutenção de ações voltadas à saúde das comunidades local e regional;

- constituir-se em centro médico hospitalar de elevado nível científico, técnico e administrativo, integrando-se e hierarquizando-se com a rede regional como hospital de referência;

- atuar de forma progressiva, dentro do que prevê o Sistema Nacional de Saúde,

Sem-prejuízo dos objetivos fundamentais da Universidade;

- desenvolver programas específicos de assistência à comunidade, devidamente integrados à rede regional de Saúde;

- atuar nas áreas de Clínica Médica, Cirúrgica, Clínica Pediátrica, Clínica Tocoginecológica e Clínica Psiquiátrica;

- oportunizar a Educação Continuada na área da Saúde, por meio de cursos, conferências e estágios oficializados pelos Departamentos Didáticos;

- oportunizar Educação para a Saúde, exercida junto aos pacientes e à comunidade;

- constituir-se em campo de ensino prático para os alunos de graduação e pós-graduação da Universidade, em especial da Área da Saúde, de maneira a permitir o alcance dos objetivos curriculares dos cursos.

A categoria selecionada para este estudo foram "enfermeiros psiquiátricos" que atuam em Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral na instituição escolhida.

irão participar da pesquisa oito enfermeiros que trabalham em diferentes setores da unidade e em turnos distintos, sendo que três são do sexo masculino e cinco do sexo feminino.

3.6 Metodologia da Pesquisa

O método ou delineamento desta pesquisa é um Estudo de Caso que de acordo com YIN (1994), é uma estratégia de pesquisa que busca examinar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto. Estudos de Caso diferem do método histórico, por se referirem ao presente e não ao passado.

O estudo de caso como estratégia de pesquisa utilizado neste estudo, possui características de um estilo exploratório descritivo, focalizando a medida precisa de uma ou mais variáveis numa população ou amostra (HYMAN, 1967).

A presente pesquisa emprega uma metodologia de análise de conteúdo, com a finalidade de buscar as características e as opiniões das amostras e principalmente o entendimento do sentido e o significado do problema em questão.

Conforme ROESCH (1999), questões semi-estruturadas são a forma mais elementar de coleta de dados qualitativos. O propósito de formular tais questões é permitir ao pesquisador entender e capturar a perspectiva dos respondentes; por isso, as questões não apresentam uma categorização prévia de alternativas para resposta.

A análise de conteúdo é uma metodologia de pesquisa que, mediante a leitura e interpretação do conteúdo de um documento, conduz a análises que levam a descrição objetivas, qualitativas ou quantitativas e sistemáticas da mensagem, realizando-se assim uma profunda compreensão de seu significado. Para WEBER (1990), é o uso de uma série de procedimentos para levantar inferências válidas valendo-se de um texto. O método tem a finalidade de classificar palavras, frases, ou mesmo parágrafos em categorias de conteúdo.

Conforme MORAES (1993), a análise de conteúdo é uma metodologia que no campo das investigações sociais, é parte de busca histórica, teórica e prática, constituindo-se, assim, mais do que uma simples técnica de análise de dados utiliza

desde técnicas simples até outras mais complexas que se apóiam em métodos estatísticos.

3.6.1 Os Instrumentos da Coleta dos Dados

Para a coleta de dados foram utilizados um roteiro com questões, com o objetivo de caracterizar os entrevistados.

As entrevistas serão semi-estruturadas, gravadas e, posteriormente, transcritas, objetivando conhecer os diferentes posicionamentos individuais dos entrevistados quanto à problemática investigada.

3.6.2 O Método de Análise de Dados

Para a análise das repostas às questões realizadas na entrevista, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, seguindo as cinco etapas do método, descritas a seguir: 1) preparação das informações; 2) unitarização ou transformação do conteúdo em unidades; 3) categorização ou classificação das unidades em categorias; 4) descrição; 5) interpretação. Estas etapas explicam o problema, estabelecem claramente os objetivos da pesquisa e, a partir disso, reuniu os dados previstos pelo projeto.

A Análise de Conteúdo constitui um método cuja utilização em pesquisa é de indiscutível importância. Os procedimentos envolvidos na mesma são estruturados de forma a promover uma organização dos dados através de fases ou etapas, que conduzem a um resultado estruturalmente organizado do seu conteúdo. É um método que oferece uma margem de flexibilidade de execução capaz de favorecer diferentes abordagens filosóficas na essência de seus conteúdos. Segundo Kientz (1973), “a Análise de Conteúdo é um instrumento de pesquisa científica de múltiplas aplicações (...), é uma técnica de pesquisa cuja eficácia está estabelecida em domínios muito diversos como os serviços de informação e de contra-espionagem, as ciências políticas, a psicologia, a etnologia, a sociologia, a crítica literária”, dentre outros.

3.6.2.1 Fundamentos da Análise de Conteúdo

Conforme Bardin (1977), Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. Sua significativa margem de aplicabilidade resultou em uma ampliação do seu emprego em pesquisa.

Os procedimentos para a Análise de Conteúdo emergem de uma situação contextual, ou de algum texto ou mensagem, e convergem para buscar o “conhecimento daquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”. Referem-se à sistemática e organização do material descrito, para a categorização das unidades de codificação do conteúdo. Guardam uma certa complexidade, visto que devem ser exaustivos quanto ao significado, devendo considerar homogeneidade e discrepâncias, ter objetividade e pertinência contextuais.

A Análise de Conteúdo visa tornar evidentes e significativamente plausíveis à corroboração lógica os elementos ocultos da linguagem humana, além de organizar e descobrir o significado original dos seus elementos manifestos. O interesse, porém, vai além da descrição, pois se interessa por encontrar regularidades ou rupturas na expressão lingüística de modo a compor um acervo de conhecimento sobre o assunto estudado.

Com isso torna-se meio para acessar as realidades subjetivas das representações simbólicas, possibilitando o desenvolvimento de novas tecnologias informacionais, pedagógicas e de desenvolvimento grupal. No caso da saúde, permite o acesso às dimensões representacionais do processo de viver, adoecer, curar e morrer.

Diz BARDIN (1977) que, independente de qual seja a natureza ou o suporte teórico, a Análise de Conteúdo de mensagens possui duas funções, que na prática podem ou não se dissociar: função heurística (enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão à descoberta) e função de “administração de provas” (visto o caráter provisório das hipóteses, sob forma de questões ou de afirmações).

Em termos lingüísticos, a própria palavra conceito é funcionalmente utilizada nas mais diversas circunstâncias operacionais estruturantes de teorias e abordagens significativas. A seguinte enunciação é fornecida por WALKER e AVANTE (1988), conceito é uma imagem mental de um fenômeno, como um processo que tem início na infância. Eles ajudam a categorizar ou organizar os nossos estímulos ambientais e

também ajudam na categorização de semelhança ou equivalência de nossas experiências em relação às de outros. Os conceitos são expressos por meio da linguagem. Segundo BROADBECK, apud BECKER (1983), a característica do termo conceito é a ambigüidade do significado genérico do termo. Existem três características às quais o termo pode se referir: 1) a propriedade das coisas; 2) um relacionamento; 3) um contexto. Diz que conceitos são só modelos de realidade e não realidade em si pode ser significante ou não significantes. A importância de seu significado depende da frequência, da regularidade e da ocorrência da propriedade, relação ou contexto de percepção da realidade. Conceitos emergem da mente de um indivíduo como resultado de uma abstração daquilo que é observado.

A Análise de Conteúdo surgiu, portanto, em função de buscar o conhecimento, a explicação ou conceituação de conteúdos inaparentes. Ao seu surgimento, foi sendo utilizada conforme se fazia oportuno e desde que a natureza de um trabalho o indicasse, em suma, como “um meio para estudar comunicações entre os homens, privilegiando, sem, entretanto excluir outros meios de comunicação, as formas de linguagem em mensagens escritas e orais”, de acordo com TRIVIÑOS (1992) ou, conforme é referido por BARDIN (1997) e MINAYO (1994) era utilizada como técnica de tratamento de dados, até que BERELSON, em 1952, a definiu como “uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações” tendo por fim interpretá-los. Atualmente, portanto, refere-se ao estudo tanto de conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifestos.

Está, então, conceituada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens, segundo BARDIN (1997), TRIVIÑOS (1992) e MINAYO (1994).

Constitui “um conjunto de técnicas de análises das comunicações, cuja descrição analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos, através da descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações, tendo por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”, de acordo com BARDIN, apud KIENTZ (1973).

Conforme BARDIN (1977, p.27-33) e TRIVIÑOS (1992), a Análise de Conteúdo compõe uma ferramenta que, a partir da apreciação objetiva da mensagem,

facilita o processo de inferências advindas das informações fornecidas pelo conteúdo da mensagem, ou o levantamento de premissas, a partir dos resultados do estudo. É importante, porém, atentar sempre para o fato de que a Análise de Conteúdo é “um conjunto de técnicas”, o que no processo de inferências constitui um importante aspecto a ser considerado.

A Análise de Conteúdo é um método que trabalha indispensavelmente com os procedimentos de classificação, codificação e categorização dos conceitos, e cuja intenção segundo BARDIN (1977), é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção na comunicação.

É destacada a importância do pesquisador possuir domínio sobre conceitos básicos no campo referente ao seu estudo, a fim de que as inferências sejam originadas segundo hipóteses, ou questões que estejam alimentando o conteúdo das mensagens, BARDIN (1977).

O método de Análise de Conteúdo é indicado no estudo “das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências” e, conforme TRIVIÑOS (1992), para o desvendar das ideologias que podem existir nos dispositivos legais, tais como princípios e diretrizes, podendo servir, em alguns casos, de auxiliar para pesquisa de maior profundidade e complexidade. Adverte que o método de Análise de Conteúdo pode ser aplicado, mesmo que de forma diferente, tanto em pesquisa quantitativa, como na investigação qualitativa, conforme já foi mencionado. E lembra que qualquer técnica seja entrevista, questionário ou outra, adquire sua força e seu valor exclusivamente mediante o apoio de um determinado referencial teórico, dentre os quais está a Análise de Conteúdo. Para BARDIN (1977), “tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma Análise de Conteúdo”.

Além do mais, os signos da expressão lingüística se referem sempre a uma prática que se torna representada nos conceitos emitidos, portanto relativos aos sujeitos que os emitem.

Assim, os dados que compõem o material para a análise não se mostrando diretamente, precisam ser construídos através de categorias que os possam representar, agrupando-se pelas aproximações de conteúdos, em quantidades que permitam uma construção lógica de relação entre o que está no domínio subjetivo e no domínio social, caracterizando a maior ou menor força da manifestação para a construção das práticas coletivas.

Essas relações definem uma hierarquia pela força do discurso que predomina, quase sempre subjacente e não completamente alcançado pela consciência dos que falam. No entanto, por impreciso que possa parecer, ainda é a linguagem o elemento capaz de comunicar o que o olhar humano captou ou o que sua subjetividade recriou a partir desse olhar.

3.7 Resumo

Nesse capítulo foi apresentadas a problemática geral e a questão da pesquisa, assim como objetivo geral e objetivos específicos. Apresentou, a caracterização da instituição hospitalar, com o objetivo de um melhor entendimento em relação ao local de trabalho dos entrevistados e a Metodologia da Pesquisa, com os Instrumentos da Coleta de Dados e o Método de Análise de Dados, com uma fundamentação da Análise de Conteúdo.

CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por finalidade apresentar a coleta de dados, descrição da amostra, bem como apresentar a caracterização dos entrevistados juntamente com o demonstrativo das tabelas, seguindo com o desenvolvimento da Análise de Conteúdo das entrevistas, descrevendo passo-a-passo as categorias Iniciais, Intermediárias e Finais, finalizando com a conclusão das categorias.

4.1 A coleta de dados

A coleta de dados foi obtida através de entrevistas com enfermeiros psiquiátricos, entre o período 08 junho 2000 a 28 de agosto de 2000. Os dados foram obtidos por meio de roteiros semi-estruturados, gravados e posteriormente transcritos.

A transcrição foi feita pelo entrevistador e na íntegra com o objetivo de assegurar sigilo, anonimato e fidelidade das entrevistas.

4.2 A descrição da amostra

O HUSM contava na época, em seu quadro de pessoal com cento e quarenta e cinco (145) enfermeiros, distribuídos em três turnos de trabalho. O setor de enfermagem tem uma direção representada pela diretora e vice-diretora. Os serviços estão vinculados a seis (6) coordenações de áreas, a saber: ambulatorial, materno-infantil, educação continuada, psiquiatria, clínica médica e clínica cirúrgica. Dentre essas seis (6) coordenações, selecionamos a categoria “enfermeiro psiquiátrico”, devido ao contato íntimo e continuado do enfermeiro psiquiátrico com pessoas em crise, potencializado pelas diversas deficiências institucionais e as características inerentes à sua formação e história pessoal podem proporcionar uma grande mobilização de sentimentos, podendo manifestar-se pelo esgotamento físico e emocional que podem levar ao desenvolvimento de atitudes profissionais negativas, a uma baixa auto-estima e à conseqüente perda de interesse de seu bem estar.

Participaram da pesquisa sete (7) enfermeiros psiquiátricos, que trabalhavam em diferentes setores dentro da unidade psiquiátrica, e em turnos distintos. Dos

entrevistados, cinco são enfermeiras - sexo feminino (71,42%) e dois enfermeiros – sexo masculino (28,58%).

4.3 Análise do conteúdo das entrevistas: Seqüência de passos

Vários são os caminhos que podem ser percorridos com a finalidade de realização de uma Análise de Conteúdo. Os procedimentos variam, conforme seja o objetivo, em suas fases ou etapas. São iniciados, em geral, com uma leitura globalizada do material, passando em seguida por um recorte em suas partes, para serem categorizadas e classificadas com vistas a uma decodificação do significado das partes em correlação com o todo.

Para BARDIN (1997), os pólos cronológicos e o seu detalhamento é que estabelecem as fases de uma Análise de Conteúdo, caracterizando a codificação e categorização, unidade de registro e unidade de contexto.

A metodologia de Análise de Conteúdo aplicada no presente estudo é a apresentada por MORAES (1993), seguindo as seguintes fases:

1 Preparação das informações:

Após a realização das entrevistas gravadas, estas foram transcritas na íntegra com o objetivo de identificar e selecionar elementos pertinentes e representativos para o estudo.

2 Unitarização ou transformação do conteúdo em unidades:

Feita a leitura cuidadosa dos materiais, foi realizada a separação por parágrafos e conseqüentemente a elaboração da unidade de análise por meio de um resumo de cada parágrafo, fazendo a compreensão e a interpretação, mantendo o significado original das palavras do entrevistado.

3 Categorização ou classificação das unidades em categorias:

Nesta fase o processo foi de agrupamento das unidades de análise, seguindo o critério de desmembramento das entrevistas, facilitando assim a análise da informação.

4 Descrição:

Essa fase expressa os significados captados e intuídos no material analisado, resultando nas categorias iniciais.

5 Interpretação:

Com base das informações das categorias iniciais, esta fase teve por finalidade a elaboração das categorias intermediárias, emergindo para a elaboração das categorias finais, para uma compreensão e interpretação mais aprofundada do conteúdo em estudo.

4.4 Apresentação dos resultados da análise de conteúdo:

Este estudo constitui-se na investigação da influência dos fatores depressivos no ambiente de trabalho do enfermeiro psiquiátrico, analisando fatores responsáveis pelo binômio sofrimento e prazer no trabalho desse profissional, correlacionando-o com os fatores depressivos existentes no dia-a-dia dessa profissão.

Os resultados da análise são apresentados em três (3) categorias, baseadas nas informações coletadas. A primeira são as Categorias Iniciais que cobrem um campo bastante abrangente e detalhado do material coletado tendo a preocupação em preservar a idéia original do entrevistado.

A segunda são as Categorias Intermediárias, onde o agrupamento das categorias iniciais buscam explorar de forma mais completa o significado do material em estudo.

A terceira são as Categorias Finais, que nada mais é do que o reagrupamento das Categorias Intermediárias, no qual a redução de dados representam o resultado de um esforço de síntese, destacando os aspectos mais importantes dos entrevistados em relação ao sentimento de sofrimento e prazer no trabalho e conseqüentemente sua relação a sintomas depressivos que possam vir a se manifestar nesse profissional.

4.4.1 CATEGORIAS INICIAIS

São vinte e seis as categorias iniciais, extraídos da análise dos materiais, considerando a parte comum existente entre eles e finalmente, progredindo ao refinamento progressivo das categorias apresentadas a seguir:

1 SATISFAÇÃO EMOCIONAL DO TRABALHO

Essa categoria é um relato da autopercepção, crescimento e desenvolvimento dos participantes em relação ao trabalho, aliado a satisfação emocional de trabalhar na área da enfermagem.Psiquiátrica.

(...) a nossa vida é o trabalho principalmente na área da saúde onde trabalhamos com pessoas, é um processo de ajuda e essa ajuda é muito gratificante, que para mim o trabalho tem que ser gratificante tem que te dar prazer. Eu não me vejo trabalhando sem satisfação, sem motivação.

Entrevista 1

(...) me sinto realizada com o que faço dentro da enfermagem, me sinto gratificada por atender o paciente, por atender as necessidades deles, assim sendo é uma satisfação que eu tenho com o trabalho.

Entrevista 4

Os entrevistados mesmo acreditando que o trabalho hospitalar carrega consigo algumas características que o tornam uma atividade cheia de ambigüidades: de um lado a satisfação no processo de ajuda; por outro lado à insatisfação com as condições e limites impostos, ainda assim sentem-se gratificados e satisfeitos com a assistência de enfermagem prestada ao ser humano.

Compreendem os entrevistados que, como seres humanos, estão expostos a situações de alegria, felicidade, tristeza e conflitos presentes no seu cotidiano, mas reconhecem que através do enfrentamento das crises próprias do processo de viver é que crescem e se desenvolvem como seres humanos. Esta capacidade de enfrentar a realidade inclui o conhecimento do mundo em que vivem e da atitude para orientarem-se nele que inclui a capacidade de produzir satisfação a si e aos demais.

Salientam que a questão salarial é um forte fator de crise dentro da categoria, porque é uma fonte de renda para sobrevivência e não fonte de renda para o bem estar econômico e independência financeira. Para eles o trabalho de enfermagem. Prestado, ainda é de essencial importância para o seu bem estar emocional, porque se sentem realizados como profissionais e como seres humanos.

Percebem que o indivíduo não é só portador da capacidade de sobreviver e representar sua sobrevivência, como é da especialização social dessa capacidade, como divisão de trabalho corporificada que permeia a linguagem, os instrumentos, o pensamento e a consciência.

(...) Com a situação atual temos que ver o trabalho como fonte de renda para a nossa sobrevivência, principalmente nós os funcionários públicos federais, que estamos pagando o pato por toda a crise no país, claro que junto a essa fonte de renda temos que sentir satisfação naquilo que fizemos, juntamos o útil ao agradável... **Entrevista 6**

(...) trabalho para mim significa ocupação me realiza como profissional e como pessoa, principalmente na enfermagem, que é uma profissão que

requer doação, tu tens que ter vocação para te realizar como profissional enfermeiro. **Entrevista 7**

Os enfermeiros entrevistados colocam que trabalho é uma condição de vida e que todo o ser humano tem necessidade de conviver com outras pessoas e através do trabalho suprem essa necessidade de convivência. O fazer algo em benefício do paciente e de colegas leva-os a realização pessoal, fazer uso de sua própria pessoa terapeuticamente para ajudar outras pessoas, famílias e a comunidade a resolver problemas de saúde é uma experiência gratificante no seu processo de viver.

Crêem que, as questões pessoais podem vir interferir no trabalho assim como as dificuldades nele encontradas podem gerar conflitos pessoais, pois como pessoa assumem a unidade do ser humano e a interdependência dos aspectos físicos e mentais, bem como a indissociabilidade dos fatores econômicos, sociais e culturais.

Consideram então, que muitas vezes devem rever seus valores e descobrir os potenciais que existem dentro deles para perceberem a importância de viver um cotidiano mais tranquilo e alegre dentro do ambiente de trabalho, mesmo em situações adversas.

Sabem definir a sua relação como enfermeiro com o seu instrumento de trabalho e com seus colegas de trabalho, porque através da investigação do processo de trabalho que os envolve podem reconstituir e podem reconstruírem seus fazer e suas consciências, inserindo principalmente nas relações de produção desenvolvidas no seu ambiente de trabalho.

2 HUMANIZAÇÃO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

A categoria “Humanização nas relações interpessoais na enfermagem” está embutido em valores e vivências dos entrevistados no processo de cuidado e convivência com o ser humano, que para eles é a razão existencial da enfermagem, porque a enfermagem é uma experiência vivida, comunicada intencionalmente numa presença autêntica através de uma inter-relação pessoa com pessoa.

(...) é muito importante o trabalho, é valorização, valorizo bastante as relações de trabalho, porque tem gente que conhecemos há anos; é praticamente uma segunda família, e sobre isso falamos bastante, porque eu vejo mais meus colegas de trabalho do que meus irmãos. Então para mim é como se fossem meus irmãos. È gostoso um abraço, é gostoso um beijo

quando se sente saudades um do outro. Para mim temos um convívio muito gostoso, apesar das divergências e que isso tem em qualquer lugar.

Entrevista 4

Consideram que independente das razões que movem os enfermeiros a se relacionarem e a prestarem cuidados e também do salário recebido, esses cuidam porque são seres humanos e é fonte de prazer no seu trabalho, mas essa capacidade de se relacionarem e de cuidarem está enraizada na natureza humana e a habilidade de exercitar e expressar esta capacidade é influenciada por vários fatores como a educação, cultura e valores.

(...) estar em atividade profissional na área em que eu gosto é de essencial importância para esse trabalho me dar prazer. Acho que deve ser horrível tu passar anos e anos fazendo algo que tu não gosta, simplesmente porque é rentável. Eu, trabalho no que eu gosto, no que eu sempre sonhei, desde a minha faculdade e não **trocaria, não me vejo em outra área dentro da enfermagem. Entrevista 6**

Para os entrevistados o cuidado humano é visto como o ideal moral da enfermagem consiste de esforços transpessoais de ser humano para ser humano no sentido de proteger, promover e preservar humanidade, ajudando pessoas a encontrar significado na doença, no sofrimento e na dor, bem como na existência. Para eles, quando ajudam a outra pessoa a obter autoconhecimento e controle, um sentido de harmonia interna é restaurada.

(...) trabalho significa para mim, tu servir ao teu semelhante, porque para mim a vida, ou melhor, dizendo, o sentido da vida é tu ser útil ao teu semelhante, não vejo outro sentido, principalmente dentro da área da enfermagem, o teu trabalho é com o ser humano, é só com pessoas, é tu proporcionar o bem estar dessas pessoas que te procuram, que esperam de ti um pouco de conforto, de carinho, de segurança. Não vejo outro sentido a não ser tu servir ao teu semelhante, levar a tua contribuição, o que tu pode dar, o que tu faz e o que tu ajuda. **Entrevista 3**

Salientam que, o cuidar é uma expressão de nossa humanidade, sendo essencial para o seu desenvolvimento e realização como seres humanos; contudo, a enfermagem possui vários requisitos e atributos que a distinguem e a caracterizam por ser uma profissão de ajuda na qual o conceito de cuidado é genuíno como um conceito que abrange todos os atributos que a tornam uma profissão humana e de ajuda.

Para os entrevistados, a enfermagem não é nem menos do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar e se relacionar através da aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis prescritos à enfermagem.

Referem que a compaixão compreende uma relação vivida em solidariedade com a condição humana, onde compartilham alegrias, tristezas, dores e realizações. O enfermeiro se envolve numa simples e despretensiosa forma de estar presente, numa forma de estar com os outros, para eles isso é humanizador.

Chamam a atenção para o mundo da saúde, que é um mundo que clama por justiça, compaixão e amor, ela clama pela nossa conscientização, na busca de significado e de exame de valores, ela clama por humanismo, onde a enfermagem faz parte e é componente essencial, mesmo desempenhando papéis importantes e não sendo totalmente reconhecidos, causando um grande sofrimento ao profissional enfermeiro, ainda assim é um mundo que necessita de solidariedade, carinho e amor.

3 PRODUÇÃO COMO FONTE DE PRAZER

A categoria “Produção como fonte de prazer” baseia-se nas informações dos entrevistados sobre a relação produção e prazer no trabalho de enfermagem psiquiátrica, porque para eles o trabalho é um processo em que o homem por sua própria ação medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza, onde os elementos simples do processo de trabalho em enfermagem psiquiátrica é a atividade orientada a um fim, seu objeto e seus meios, buscando consciente ou inconscientemente o prazer.

(...) prazer para mim no trabalho, é tudo aquilo que produzimos, é o conhecimento, a segurança no que fazemos, pela minha tranquilidade nas tomadas de decisões, estar de bem comigo mesma e com a equipe de enfermagem. **Entrevista 6**

No ponto de vista dos entrevistados o trabalho produtivo é um trabalho coletivo, isto é, um combinando com o outro a forma de desenvolvimento do trabalho, tornando o produto do trabalho uma relação especificamente social, vindo a marcar o trabalhador enfermeiro como meio direto de valorização. Para eles é um conjunto das faculdades físicas e intelectuais existentes na corporalidade, na personalidade vivida de cada um, onde a união das faculdades humanas do enfermeiro como, habilidade, aptidão, destreza, conhecimento é a existência da força de trabalho dentro da unidade psiquiátrica.

(...) produção é importante para mim me sentir útil em poder fazer alguma coisa pelo ser humano como enfermeira. As relações de trabalho com os colegas e as relações com os pacientes nos grupos que é realizado pela

equipe de enfermagem, as pessoas que orientamos, porque em linha geral o trabalho que eu faço aqui é fazer com que o paciente e seus familiares compreendam e aceitem a questão da doença mental e para isso deve haver uma troca de informações (...) **Entrevista 4.**

Ressaltam que gostam do produto realizado, quando o trabalho tem condições gratificantes, por mais alienado que seja o trabalho, por mais antipáticas que sejam estas ou aquelas pessoas, sempre a carga afetiva, despejada no ambiente de trabalho é muito grande: sedução ou intriga, afeto ou picardia, fofoca ou solidariedade, carinho ou demagogia, sorriso ou polidez, onde não se trata de um mero acidente cultural, mas sim de relações de afeto no ambiente de trabalho, interferindo no desenvolvimento de atividades do enfermeiro.

(...) eu venho para o meu trabalho contente, eu gosto de estar aqui, apesar das dificuldades que às vezes surgem, eu gosto muito do que faço, isso aqui tudo me dá uma grande satisfação, eu acho que é isso trabalho, ele tem que ser prazeroso para ti. **Entrevista 5**

Também reconhecem que os obstáculos encontrados no meio do trabalho psiquiátrico, por motivos externos ou devido a sua atuação como profissional, as dificuldades, através de expectativas frustradas, de falhas pessoais no atendimento, de relações com o trabalho, com os pacientes, técnicas, terapias específicas, vivência negativa em dado local, concordância, ambigüidades, conflitos, muitas vezes são vistas como comportamentos ou sintomas indesejáveis, mas isso tudo se volta à firmeza de atuação em um relacionamento terapêutico, sobre a percepção e questionamento de sua própria participação nas experiências de trabalho, sustentado por várias forças de ordem pessoal e social, servindo de suporte ao próprio amadurecimento, ao aprimoramento de sua auto e heteropercepção, assim como a vivência e o prazer na rede profissional.

(...) o trabalho tem que te proporcionar satisfação... Acreditar que com todas as dificuldades e desafios que possam aparecer no decorrer de uma tarefa ou situação, saber que essas surgem para a gente crescer, aprender e amadurecer profissionalmente. Se pensarmos assim acredito que esse trabalho é prazeroso. **Entrevista 7**

4 O PRAZER NOS OBJETIVOS ALCANÇADOS

Essa categoria é o relato dos entrevistados das vivências diárias em relação à conquista de metas por eles traçadas no trabalho da enfermagem psiquiátricos, causando o prazer sobre a sua capacidade de realizar seus potenciais como enfermeiro.

(...) prazer é o resultado de um trabalho bem feito. Seria-me ver o meu resultados daquilo que eu fiz, daquilo que eu me propus a fazer, ou saber que no resultado final tem uma pontinha minha, uma participação minha.

Entrevista 5

Relatam que quando traçam um objetivo é uma maneira de expressarem a necessidade de suas próprias capacidades e isso faz parte da natureza interior de todas as pessoas, e em essencial do enfermeiro, essa necessidade de manter e realçar sua própria unidade é o princípio dinâmico para o crescimento, amadurecimento e satisfação profissional. Porque a maturação é o processo que torna os seres humanos melhor funcionantes.

Consideram que no seu trabalho estão constantemente desafiados a encontrarem soluções criativas para novos problemas, mas isso é muito importante para a prática da enfermagem psiquiátrica, pois vem mostrar muitas das qualidades necessárias ao crescimento, maturação, auto-realização e conseqüentemente o prazer no desenvolvimento de seu trabalho.

(...) Gosto quando os meus objetivos são alcançados, quando traço minhas metas e mesmo quando difíceis eu consigo ver aquilo realizado...Estou falando em projetos de alguma coisa, porque se estamos motivados no nosso trabalho vamos procurar sempre inventar coisas para melhorar nosso ambiente de trabalho. **Entrevista 1**

Percebem ainda os entrevistados que num ambiente de saúde nenhum enfermeiro pode, sozinho, providenciar tudo aquilo que a rotina de enfermagem diária e principalmente o atendimento as necessidades do pacientes, sem o auxílio e a cooperação de outros profissionais e auxiliares da equipe de saúde a fim de proporcionarem o melhor da assistência, com a expectativa de realizar um objetivo que não poderia ser alcançado individualmente. Acreditam também que, a habilidade eficaz do grupo, afeta diretamente não só na assistência ao paciente, mas também está relacionada à satisfação com o trabalho.

(...) é eu alcançar meus objetivos traçados e todos estarem voltados para esse mesmo objetivo. Porque a enfermagem é uma equipe, não trabalhamos sozinhos, trabalhamos sempre, dependemos um do outro para um resultado final. **Entrevista 6**

Por sua vez, relatam que se sentem bem em relação a si próprios, e orgulhosos quanto as suas habilidades e realizações em relação ao processo de ajuda com o doente mental, onde colocam que a auto-estima é um motivador poderoso do comportamento dos pacientes psiquiátricos que pode levar a esses a auto-realização da ânsia de mudar ou de melhorar, isso faz com que os enfermeiros venham a trabalhar por novos objetivos, desenvolvendo talentos e cultivando seus potenciais para um resultado promissor.

(...) prazer é a gente fazer algo positivo, algo que a gente veja que tem uma validade, por exemplo, o nosso caso na psiquiatria, o trabalho dentro do hospital, esse prazer à gente sente quando, conseguimos ajudar as pessoas que vem nos procurar, que estão muitas vezes desesperadas, estão desiludidas da vida, sem perspectivas, então procuramos oferecer a estas pessoas que ela adquira uma auto-estima, isto é muito importante a “auto-estima” de cada um. **Entrevista 2**

Reconhecem que o estabelecimento de metas deve ser progressivo, porque pode gerar mudanças no ambiente de trabalho, onde envolve muitas pessoas, que por outro lado pode gerar soluções criativas e prazerosas na conquista de objetivos.

Os propósitos, que querem alcançar, através daquilo que fazem, é a meta geral pela qual lutam, e, sendo assim, é constante, é a razão de serem e de fazerem, são atitudes diante da vida e da realidade que advém das crenças e do código de conduta de cada um deles, motiva a agirem, orienta seus pensamentos acerca daquilo que farão e influencia nas suas decisões.

5 PRAZER NO TRABALHO

Na categoria “Prazer no trabalho”, os entrevistados salientam os fatores que levam a condição de prazer no trabalho da enfermagem, baseado em aspectos da vida profissional e emocional de cada um, vivenciados dentro da unidade psiquiátrica.

Consideram que o cotidiano dos enfermeiros quanto à assistência prestada ao doente mental é orientado pela aptidão, pelo fazer e pela utilidade prestada a esses e que é uma necessidade prazerosa da classe profissional esse processo de ajuda.

(...) prazer no trabalho eu adquiro, quando tenho a oportunidade de realizar uma assistência de enfermagem que realmente eu acredito ser mais adequada, sentindo que alguém é beneficiado com essa assistência prestada por mim. Que esse modo de cuidar, permita a aproximação entre, os componentes da equipe toda unida, trabalhando para o mesmo fim, assim, com certeza, os resultados sempre serão positivos. **Entrevista 7**

Baseiam-se na vida emocional do doente, que ganha uma importância central na ação do cuidar e o ajudar na enfermagem psiquiátrica e que implica na valorização da sua relação com o paciente e revalorizando assim seu emocional como profissional, porque o que importa é o contexto do cuidado e a relação que se estabelece proveniente desse cuidado, sendo essa a essência da enfermagem.

(...) uma palavra é o que o paciente está necessitando naquele momento, às vezes tu ouvir o paciente é muito importante, tu saber ouvir as angústias, as ansiedades no momento oportuno, é claro, tu tudo tem o seu momento.

Entrevista 3

Para eles é através da relação de cuidado com o doente mental que o enfermeiro psiquiátrico permite que a sua individualidade única como pessoa e profissional se realize.

Encaram que o prazer no trabalho de enfermagem está na resposta de cuidado de uma pessoa para com a outra, num período de necessidade que visa ao desenvolvimento do bem-estar e do estar melhor de uma pessoa, com necessidades perceptíveis, relacionadas para com a qualidade de vida da saúde-doença, e que consideram isso um encontro especial de pessoas humanas.

(...) prazer no trabalho significa fazer algo que a gente goste, que a gente, que a gente tenha vontade que dê certo com as nossas aptidões. É a gente poder ajudar as pessoas que nos procuram e que muitas vezes vimos resultados positivos, isto quer dizer, que as pessoas recuperadas, pensando positivamente, com metas de vida, com um caminho a seguir e que antes e quando internos estão desesperadas e desiludidas. **Entrevista 2**

Também reconhecem que ações e decisões profissionais de auxílio, apoio ou capacitação que venham a ajudar os clientes a modificar suas formas de vida, na busca de padrões novos ou diferentes que sejam culturalmente significativos e satisfatórios ou que dêem apoio a padrões de vida benéficos ou saudáveis, são ações que proporcionam grande prazer no trabalho psiquiátrico.

O processo interpessoal, pelo fato de envolver interação entre duas pessoas ou mais na busca de uma meta em comum, proporciona para eles enfermeiros incentivo e

satisfação ao processo terapêutico, no qual o profissional de enfermagem e o paciente respeitam-se mutuamente como indivíduos, ambos aprendendo e crescendo como um resultado dessa interação, porque à medida que orientam o paciente na direção de soluções, os seus métodos e princípios utilizados na prática profissional tornam-se cada vez mais eficientes.

(...) resultados positivos do meu trabalho faz com que eu tenha motivação para continuar adiante com aquilo que faço, também me ajuda a ser criativa no meu trabalho para ajudar o dependente químico. **Entrevista 5**

Acrescentam ainda que, se o enfermeiro valoriza a vida e a dignidade dos seres humanos, ele oferecerá um cuidado qualificado ao seu paciente, o que faz o seu significado pessoal no processo de ajuda e cuidado no trabalho de enfermagem psiquiátrica.

6 IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE

Essa categoria relata o processo de trabalho integrado e participativo de cada um dos entrevistados juntamente com seu conhecimento e competência, onde visam a manutenção ou o restabelecimento da saúde do indivíduo, família e comunidade.

(...) É feito um trabalho com os familiares dos pacientes; como reuniões; onde orientamos a família quanto à dependência de drogas, esclarecimento quanto à doença...Procuramos nessas reuniões familiares, orientar a família a cuidar e entender o seu doente mental. Esse trabalho é feito em equipe, todos nós somos responsáveis pelos pacientes da unidade, cada um desempenha o seu papel. **Entrevista 2**

Por sua vez, dizem que não se pode falar de emprego de medidas terapêuticas de maneira isolada do contexto psicológico e social do paciente, do contexto da organização e do estilo de trabalho do serviço de atenção psiquiátrica. Qualquer medida terapêutica tem que ser parte de um projeto de intervenção, planejado por toda a equipe, com pautas precisas estabelecidas, realizadas por meio de uma divisão não burocrática entre todos os membros da equipe e modificável, se a evolução periódica dos resultados conseguidos demonstrarem que o projeto é inútil ou prejudicial ao paciente.

Os entrevistados relatam que na técnica específica de intervenção eleita, todo o trabalhador da equipe na sua organização tem de garantir continuamente algumas atitudes básicas em relação à comunidade com atitude de participação; em relação aos membros da equipe com atitude de integração; e em relação ao paciente com atitude solidária e afetiva, psicoterapêuticas, reabilitatória e farmacológica.

(...) o trabalho aqui na unidade é feito geralmente em equipe e isso é muito bom, porque a opinião de cada um é sempre importante no tratamento e manejo do paciente – todos devem ter as mesmas atitudes com o paciente para não acarretar problemas na sua evolução. **Entrevista 5**

Determinam os entrevistados, que o desenvolvimento da enfermidade e a eficácia da intervenção vai depender da organização e do estilo de trabalho em equipe, que pode ser constituído de elementos favoráveis ou desfavoráveis para o desenvolvimento da enfermidade e para a eficácia da intervenção terapêutica.

Colocam que às vezes surgem os conflitos em equipe, mas isso ocorre quando a equipe não está integrada devido a aspectos como hierarquia rígida, comunicação confusa e fragmentada, quando o trabalho torna-se individual e isolado, quando ocorre a separação dos conhecimentos ou quando surgem atitudes defensivas e repetição estereotipada das intervenções. Essas questões são sempre solucionadas em reuniões de equipe para que voltem a ser uma equipe integrada na distribuição do poder, trabalhando os conhecimentos, a responsabilidade de cada um e a afetividade, dentro de uma comunicação clara e não contraditória, desenvolvendo uma planificação do trabalho e socialização dos conhecimentos baseado na autocrítica e avaliação periódica dos resultados.

(...) não é sempre que tudo sai como a gente quer, às vezes não enxergamos o que os outros enxergam, até pode ser por nossas dificuldades ou não querer se deparar com o que não se quer, porque vai mexer com alguma coisa tua, nesse caso a nossa onipotência fala mais alto. Por isso é importante o trabalho em equipe na psiquiatria, aqui trabalhamos com o emocional das pessoas, e isso mexe muito com a gente, e uns ajudam os outros a manejarem com seus conflitos. **Entrevista 6**

Sabem os entrevistados que as tarefas em equipe devem ser integradas no atendimento ao doente mental, manejando a si mesmos enquanto membro de equipe e favorecendo a formação dos participantes do grupo, com o objetivo de desenvolver um projeto terapêutico para cada paciente realizado por toda a equipe psiquiátrica, porque

as atitudes de participação, de integração e coordenação constituem as bases de uma concepção psicossocial do trabalho em equipe na atenção a saúde mental.

(...) é importante em psiquiatria à união da equipe no tratamento do paciente, a resposta do paciente vem mais rápida. E, dessa forma de coordenar a equipe de enfermagem e de cuidar do paciente, sinto que estou exercendo o meu papel de enfermeiro, da mesma forma que abro espaço para me desempenhar como elemento responsável pela iniciativa do planejamento, implementação e avaliação do cuidado. **Entrevista 7**

Para eles, trabalhar com paciente psiquiátrico é trabalhar com a realidade onde ele passa em suas vidas, seja na família, com amigos, parentes e colegas. Tudo vai além, levando-os da realidade a um encontro, a um trabalho em comum, ajudando a se perceberem e se sentirem pertinentes a um aparelho psíquico grupal, abrindo espaço para fortalecer o “nós” em suas vidas.

7 OBJETIVOS NA SOLUÇÃO DE CONFLITOS DO GRUPO

A categoria “Objetivos das soluções de conflitos do grupo” é o relato dos entrevistados em relação aos conflitos e a maneira como resolvem em conjunto as disputas e as diferenças de opiniões, visando à boa assistência ao doente mental.

Sabem eles que os conflitos são inevitáveis e potencialmente úteis dentro do grupo, porque em qualquer ocasião em que as pessoas tentam fundir idéias e interesses dentro de um grupo, o resultado é o conflito, uma vez que não existem duas pessoas que ajam ou pensem do mesmo modo.

(...) as coisas não são fáceis para serem conquistadas, pois temos uma equipe que comandamos e essa equipe são pessoas, uma diferente das outras, cada uma com seus ideais com suas opiniões e às vezes isso gera conflitos, que temos que resolver para continuar o trabalho, o bom trabalho, porque tudo pode refletir no paciente. **Entrevista 3**

Por sua vez, acreditam os entrevistados que os conflitos como resultado podem encorajar mudanças, estimular o interesse e a cooperação dos membros da equipe e ajudar no esclarecimento do objetivo do grupo. O ponto de conflito deve ser resolvido para que a equipe possa dar continuidade a seus propósitos, porque para eles as soluções bem-sucedidas de conflitos contribuem para o desenvolvimento e a coesão do grupo.

Em contrapartida, pode enfraquecer ou destruir um grupo por meio de ataques pessoais entre os membros da equipe, por disputa do poder não acredita e nem aceita opiniões e soluções cabíveis que não sejam as suas.

(...) quando o médico assume a frente do tratamento e fica ditando ordens e rotulando pacientes sem discutir com o resto da equipe... Uma posição de humilhação, quando o enfermeiro é considerado como profissional não autônomo ou considerada a enfermagem como uma profissão paramédica.

Entrevista 4

Reconhecem quando o grupo recebe de bom grado as discordâncias como meio de gerar novas idéias e alternativas o trabalho em equipe é eficaz e é um meio de gerar novas idéias e alternativas. A equipe examina os motivos para o para pontos de vista discordantes a fim de encontrarem uma solução que incorpore os pontos de vista de ambas as facções, porque sabem que podem fortalecer sua eficiência através dos conflitos.

(...) os conflitos são trabalhados junto, com toda a equipe, em se tratando problemas dentro do trabalho, quando é caso particular, cada um procura o que acha melhor para si... Em se tratando de conflitos que irão repercutir no tratamento do paciente, esse si, é trabalhado por todos e sempre vai ocorrer uma certa dificuldade de equilíbrio na equipe, até o problema ser solucionado. **Entrevista 6**

Reconhecem que como membro integrante de uma equipe de saúde assumem papéis dentro dele não só para facilitar a realização de objetivos como para aumentar o conforto de realização pessoal. Esses papéis relacionam a funções de manutenção do grupo ou ao auto-interesse.

Reconhecem alguns fatores de influência na comunicação e solução de conflitos existentes no que possam vir a interferir no desenvolvimento positivo do grupo como coesividade, o estilo de liderança, a tomada de decisões, as normas e regras finalmente a confiança.

Salientam que a maneira como a qual a equipe responde é, em grande parte, determinada por experiências passadas no manejo do estresse se não trabalhados e manejados com a ajuda de todos os envolvidos na equipe esse pode vir interferir seriamente no progresso do grupo e conseqüentemente na assistência de enfermagem.

8 CONQUISTANDO A HARMONIA NO TRABALHO EM EQUIPE

Na categoria “Conquistando a harmonia no trabalho em equipe” os entrevistados enfatizam a importância da solução de conflitos para o equilíbrio da equipe e para isso desenvolver satisfatoriamente a assistência de enfermagem ao doente mental e sua família

(...) o período de conflito, me deixa preocupada, sei que o meu rendimento cai, porque acho que eu é que tenho que achar a solução para isso. Sempre procuro essa solução com a ajuda de todos, porque indiretamente, ou melhor, dizendo, diretamente todos estão envolvidos e todos tem que participarem até o fim, para que a equipe se equilibre e consiga trabalhar em harmonia, para o bem estar do paciente e da sua família, essa depende muito da gente. **Entrevista 6**

Reconhecem que a atuação na área da saúde exige do profissional enfermeiro uma compreensão acerca do objeto de trabalho, que é o próprio ser humano, semelhante a qualquer um de nós e sujeito a emoções e problemas idênticos aos que vivem os profissionais da saúde.

Percebem que as relações entre as pessoas é que vai determinar a tranquilidade no ambiente de trabalho em grupo e isso ocorre principalmente através da comunicação, a maneira de falar, a entonação de voz, o uso adequado das palavras, a expressão facial e a postura corporal.

(...) cada dificuldade solucionada, me dá muita satisfação, o clima de harmonia dentro da unidade me dá satisfação, porque eu tenho uma parcela de nesse bom andamento da equipe. **Entrevista 5**

Afirmam que um ambiente calmo e agradável facilita a comunicação e o relacionamento entre os membros da equipe psiquiátrica e com isso maior rendimento no trabalho.

Por sua vez, os entrevistados apontam que as relações interpessoais são favorecidas quando o indivíduo sabe ouvir o outro com atenção, sem preconceito e sem impor os seus valores acerca do que o interlocutor manifesta.

(...) trabalho em equipe é importantíssimo na psiquiatria, aqui ninguém consegue trabalhar sozinho, isso para mim é ótimo porque eu não conseguiria trabalhar sozinha, eu gosto de gente, eu gosto de dividir opiniões, eu gosto de ouvir os outros, da opinião dos outros, acho que quem

gosta de trabalhar só, não escolhe a enfermagem como profissão. **Entrevista 5**

Enfatizam que estar disponível é uma condição importante, ou seja, naquele momento toda a atenção está voltada para o indivíduo com quem se fala. Colocam também, que a empatia, que é a capacidade de se colocar no lugar do outro, é outro fator bastante significativo para estabelecer um bom relacionamento interpessoal e manter tranquilidade, o equilíbrio e a harmonia no ambiente de trabalho.

9 MOTIVAÇÃO NO TRABALHO

A categoria “Motivação no trabalho” é uma completa análise dos entrevistados quanto à importância de se sentirem motivados para o trabalho, onde esse sentimento lhes dá a coragem de fazer, de agir, de tentar e de empreender.

Para eles a motivação para o trabalho em enfermagem não está ligada tão somente pelo desejo de um ganho econômico, que faz parte, mas não é o essencial, mas sim pelos resultados do comprometimento profissional com a assistência de enfermagem ao paciente, família e comunidade.

(...) existe outras profissões, outros trabalhos que de repente te rendem mais, mas isso é uma questão de descobrir e penso que trabalho não é só dinheiro, mas sim vocação, dom, prazer de fazer o teu trabalho. Claro que dinheiro é fundamental para nossa sobrevivência, mas devemos juntar o útil ao agradável, isto é, ganhar dinheiro, mas basicamente gostar do que se faz.
Entrevista 1

Assim sendo, acreditam que a valorização do seu trabalho é essencial a qualidade do trabalho, porque não basta que se trabalhe bem, mas que o trabalho seja reconhecido como um bem por sua qualidade, como desafio à inteligência, ao talento criativo e à motivação em realizar-se por intermédio dele, onde há amadurecimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Reforçando positivamente a convivência e a interação para os resultados.

(...) me proporciona grande prazer, é quando o meu trabalho é valorizado. Quem não gosta de receber um elogio por algo que fez ou faz isso te dá motivação para trabalhar, pelo menos para mim funciona assim. O reconhecimento do teu trabalho vale mais do que qualquer quantia em dinheiro...**Entrevista 3**

Deixam claros os entrevistados, que a motivação dentro do trabalho de enfermagem, que é um trabalho realizado em equipe, não é apenas a valorização do conhecimento e da experiência, mas também auto-estima saudável e sensibilidade com relação aos sentimentos dos outros, onde as decisões em grupo devem promover o crescimento pessoal de tal maneira que cada um possa contribuir para um empreendimento de sucesso, se sentido valorizada pelo que está oferecendo.

Relatam que quando estão motivados, a capacidade de aprender e a capacidade de trabalhar com maior dedicação e tranquilidade é muito grande e o resultado positivo irá aparecer na produtividade da atenção à saúde mental.

(...) quando vejo a equipe toda voltada para o mesmo fim, aquele que foi traçado por mim e os resultados aparecendo rapidamente na evolução do paciente. Isso me proporciona tranquilidade no trabalho, e é claro, me sinto mais motivada a trabalhar. A evolução do paciente e a harmonia da equipe é o meu prazer, é a minha satisfação, é a minha motivação dentro do meu trabalho. **Entrevista 6**

Percebem também que, como enfermeiros psiquiátricos, devem conhecer seu próprio cenário emocional, o que faz desencadear inúmeras emoções, principalmente as mais fortes quando elas são deflagradas, saber o que faz com que se sinta motivado isso propicia a eles a perspectiva de que precisam para planejar suas condições de vida. Assim, podem ficar motivados quando optarem por isso e durante quanto tempo quiserem. Muito embora isso não seja absolutamente infalível, certamente para eles é melhor do que a ignorância emocional.

Saber o que o fazem se sentirem bem ajuda na integração da equipe no trabalho e também ajuda para que fiquem mais motivados.

Para eles, se você identifica o que o faz se sentir bem ou mal e ajustou ao seu estilo de trabalho de acordo com isso, aumenta a sua motivação para se manter trabalhando de maneira produtiva.

10 O SOFRIMENTO NO TRABALHO

Essa categoria “sofrimento no trabalho” é um desabafo dos entrevistados quanto a sentimentos de sofrimento ocupacional, ou seja, aquele decorrente das tensões associadas ao trabalho e à vida profissional, e que, em suas diversas facetas, consideraram emblemático na assistência a saúde mental.

Para os enfermeiros entrevistados, o sofrimento ligado ao trabalho têm origens diversas, podem residir em condições externas, resultantes, por exemplo, da conjuntura econômica (salários), da falta de condições materiais e ambientais para desenvolver adequadamente o trabalho. Podem, ainda, advir, de exigências culturais, isto é, das cobranças do grupo social e familiar com relação ao status sócio-econômico e ao desempenho profissional. Incluem aqui, a desmensurada importância que, em nossa sociedade, se confere ao dinheiro, e ainda o equivocado conceito de sucesso que ela impõe ao indivíduo.

Confirmam, no entanto que, a mais importante fonte de sofrimento é, sem dúvida, a condição interior de cada um, a incapacidade de estar em paz com eles mesmos o que dá origem a dois aspectos importantes de sofrimento ocupacional: a insatisfação profissional e as perturbações no relacionamento com as outras pessoas sejam elas pacientes familiares ou colegas de trabalho.

(...) Sofrimento para mim no trabalho é ver situações difíceis, onde não consigo soluções...Conflitos da equipe de enfermagem que isso é natural ocorrer, porque são muitas pessoas trabalhando juntas e cada uma é diferente da outra, e às vezes ocorre divergência de opiniões...Isso é lógico influencia no dia-a-dia da unidade, do nosso trabalho...**Entrevista 1**

Fixar objetivos e metas, com a participação de todos, não é o suficiente para integrar a equipe quando falta o espírito de cooperação por parte de algum membro. É necessária uma forte motivação agregadora por valores aceitos como verdades comuns, acreditam que, só quando todos comungam de idéias há força integradora, caso contrario aflora o sentimento de sofrimento por objetivos e metas não conquistados.

Salientam que não são tecnologias, nem comunicação formal, que compromete e co-responsabiliza o sentimento de sofrimento no trabalho em psiquiatria, mas sim os valores compartilhados, porque para eles a principal crise de sofrimento do trabalho é a do relacionamento.

(...) sofrimento para mim no trabalho, é quando as tomadas de decisões feitas por mim, não são de total aceitação por parte da equipe de enfermagem. **Entrevista 6**

(...) sofrimento para mim no trabalho é quando eu não consigo realizar assistência pela qual a pessoa que está precisando de ajuda não participa ou não quer ajuda. **Entrevista 7**

Consideram que os objetivos e metas não alcançados podem levar ao sofrimento no trabalho, quando falhos por falta de sistema confiável, por falta de uma concepção holística, atitudes e comportamento não integrador. Todavia, quando isso ocorre é porque não passou de exercícios formais de planejamento, onde os objetivos e as metas traçadas são descumpridos por desorientação e falta de comprometimento por parte da equipe de saúde, paciente, família e/ou comunidade.

(...) No setor de dependentes químicos, a gente ajuda tentando encaminhar, orientar um dependente, e de repente tu encontra esse paciente usando droga, tu encontra ele bebendo..., Para mim isso é sofrimento, todo aquele empenho,...E a união de toda a equipe, reuniões para discussão do caso, a dedicação e a preocupação de todos com a finalidade de um resultado satisfatório..., Para mim isso é sofrido, dói muito, isso é sofrimento; eu me esforcei, eu dei de tudo e não consegui atingir meu objetivo. **Entrevista 5**

Por sua vez são unânimes quando dizem que a definição de objetivos deve ser clara e que não deve ser da competência de alguns que formulam os objetivos para outros cumprirem, mas sim deve haver o comprometimento de todos os envolvidos na tarefa.

Para eles os objetivos só se tornam compromisso de fato quando são objetivos comuns a todos, porque com participação e decisão há responsabilidade na conquista.

Sabem que sem filosofia e objetivos claros, os instrumentos geram mais frustrações e conseqüentemente sofrimento do que resultados.

11 CONFLITOS E SOFRIMENTO NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

“Conflitos e sofrimento nas relações interpessoais” é a categoria desenvolvida através da descrição de relatos dos entrevistados, envolvendo reações dos enfermeiros psiquiátricos frente a situações de conflitos e como essas situações influem no processo de interação entre pacientes, familiar e equipe de saúde.

(...) Encontramos muitas situações de conflitos, isso ocorre desequilíbrio nas relações interpessoais, tanto com os profissionais de enfermagem, com o paciente, e também com familiares...Desacordo entre profissionais que trabalham, em relação à conduta, como deve se lidar com o paciente, como deve agir com o paciente, isso provoca irritação, rechaço entre pacientes e entre a equipe de saúde. **Entrevista 7**

Relatam que os enfermeiros psiquiátricos trabalham em organizações com outros profissionais e estão sujeitos à autoridade da organização que os emprega. É inevitável, então, que por vezes, surjam conflitos entre ações adequadas à profissão do enfermeiro psiquiátrico e aquelas exigidas pelo emprego. Completam ainda que, ações não profissionais podem evitar que o enfermeiro execute sua função profissional e isso pode conduzir a um atendimento inadequado ao paciente. Uma função bem definida da profissão pode auxiliar a evitar e a solucionar conflitos.

(...) me faz sofrer é quando não consigo atingir meus objetivos, por algum motivo ou outro. A gente tenta, luta para melhorar e não consegue... A situação atual das universidades está crítica, e temos que viver com essa realidade, tá aí, estamos em greve, buscando melhores salários, verba para as instituições para um melhor atendimento... **Entrevista 3**

São unânimes quando colocam que os enfermeiros devem estar constantemente conscientes de que sua atividade só é profissional quando ela deliberadamente atende o propósito de ajudar o paciente e essa ajuda só será positiva se eles como profissionais envolvidos interagirem satisfatoriamente entre si, de uma maneira disciplinada e madura.

Colocam também, que é muito importante para as relações interpessoais dentro do trabalho desenvolvido na psiquiatria que, cada um saiba qualificar seus sentimentos, isso lhes dá pelo menos uma sensação de controle na solução de conflitos e sobre suas vidas, até mesmo quando estão extremamente emotivos e vulneráveis.

Completam que, emoções negativas, como a raiva, a sensação de onipotência e o fracasso, quando as coisas não funcionam da maneira como planejam, são causas de grande sofrimento e que é muito importante nesses casos o seu autoconhecimento, para poderem lidar em grupo ou individualmente com esses sentimentos e conseqüentemente solucionarem problemas relacionados à assistência a saúde mental de seus pacientes.

(...) pode ser onipotência da gente, mas para mim sofrimento no trabalho é não conseguir cumprir aquilo com que me propus a realizar, surge em mim um sentimento de falha, parece que eu falhei em alguma coisa ou algo que deixei de fazer por aquele paciente e esse sentimento me entristece muito, fico com o meu astral lá em baixo. **Entrevista 5**

(...) conflitos em todo o lugar ocorre e sempre é solucionável... Esses conflitos quando ocorre, procuramos solucionar com o trabalho em equipe, isto quer dizer, se existe dificuldades com alguém, todo o grupo se empenha em ajudar. O que nos ajuda bastante são as reuniões que temos...Nessas

reuniões surgem muitas vezes a dificuldade de alguém ou do grupo e então esse problema é discutido e trabalhado. **Entrevista 3**

Por sua vez, sabem que a consciência de si mesmos vem com a inteligência emocional o que faz lidar com as emoções negativas com mais eficácia e voltarem ao seu eu confiante e bem-sucedido com maior rapidez, isso para eles significa maior disposição e mais produtividade.

12 A GUERRA DA COMPETITIVIDADE

Essa categoria enfoca os conflitos internos dos enfermeiros psiquiátricos entrevistados quanto ao trabalho em equipe e a competitividade na área da psiquiatria.

Deixam claro que o espírito competitivo arma situações de perda e as frequentes crises de relacionamento no trabalho e que resultam em pequenos gestos e atos de negligência e desmotivação.

É um cenário diário de pequenas guerras por meio do conflito disfuncional, que se chama competição, que para eles inconscientemente significa a eliminação no trabalho do concorrente, ou seja, o colega de trabalho, percebido como ameaça na conquista do espaço vital.

(...) pinta a vontade de sair fora, de não trabalhar, de “deixa como está para ver como é que fica” mesmo vendo que as coisas estão ruins, que o paciente está sofrendo com isso. E a gente não sabe muito bem como lutar com essa força, que é muito forte no contexto social que é a figura do médico.

Entrevista 4

Os entrevistados tem consciência que sem integração de pessoas e equipes é quase impossível haver sucesso no trabalho. A fragmentação e desintegração no trabalho é causa do insucesso na assistência.

Salientam que, quando os problemas não estão claros, nem são assumidos, a competitividade ganha dimensão desagregadora pela ânsia do poder de mando. Assim, esses problemas de desagregação da equipe encontra-se na linha da comunicação e relacionamento.

Em geral, demonstram que as dificuldades grupais básicas podem ocorrer por falta de retorno de informações (feedback), seja por autoritarismo, às vezes relutam em

oferecer respostas, avaliações e reconhecimento. E quando estas ocorrem, comumente é por meio de crítica punitiva.

Reforçam que, no meio em que trabalham há muita informação, mas pouquíssima comunicação e, em parte, esse problema é agravado também pela relação distorcida do poder e do conhecimento, que para eles é competitividade.

Acreditam que, às vezes não se entendem por faltar confiabilidade e afeto, onde o clima competitivo está mais para a hostilidade e para a contínua concorrência, do que para a compreensão e o entendimento. E que, muitas vezes os relacionamentos dentro da unidade psiquiátrica é explicitamente conflituosos, e mesmo assim fazem um grande esforço para mascará-los.

(...) nem sempre se faz o que se gosta de fazer, às vezes se age de acordo com o pensamento de uma equipe inteira, isso pode gerar um conflito interno muito grande, isso causa sofrimento com quem trabalha com paciente doente mental. Entrevista 7

Por sua vez, os entrevistados determinam que não basta o conhecimento e a experiência em psiquiatria para o sucesso do seu paciente, mas sim é fundamental saber relacionar-se com as pessoas envolvidas em psiquiatria.

Enfatizam que as ações predominantemente reativas e pouco reflexivas podem dar vazão as atividades negligenciadas, prevalecendo ações agressivas para fazer valer vontades individuais.

Evidenciam que a habilidade interpessoal é a mais importante de todas as habilidades dentro da psiquiatria, porque havendo um bom relacionamento dentro do trabalho irão obter melhores resultados, mas que essa é conquistada através do autoconhecimento de cada um.

13 SOFRIMENTO POR FALTA DE RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO

A categoria “sofrimento por falta de reconhecimento e valorização” é um desabafo dos entrevistados quanto ao cenário atual da enfermagem, que lhes causa sofrimento no cumprimento da assistência à saúde mental. Referem-se a falta de atenção por parte das autoridades governamentais, a falta de segurança no ambiente de trabalho com o doente mental e também se queixam do poder do médico dentro da equipe de

saúde. Acreditam que, tudo isso é falta de reconhecimento e falta de valorização pela profissão.

Salientam que, a assistência de enfermagem na saúde mental é submetida a crítica e a julgamento, devido a trabalharem com o emocional das pessoas, e o que esperam, em troca, é o reconhecimento, que pra eles é a retribuição fundamental no desempenho profissional e na conquista de objetivos dentro da psiquiatria.

(...) Falta de reconhecimento do meu trabalho também é algo que me faz sofrer...Todo o profissional gosta de ver seu trabalho valorizado, não é remuneração é valorização mesmo, reconhecimento, isso te proporciona motivação para o trabalho, é tu sentir que tu é importante pelo teu trabalho pela tua competência, acredito que a falta disso desmotiva qualquer profissional levando esse ao sofrimento. **Entrevista 1**

Completam, ainda, que o reconhecimento também está ligado ao fator econômico, onde o trabalho além de ser um anseio criativo e coletivo, na realidade, a motivação e conseqüentemente a desmotivação é conseqüência da situação econômica atual no que diz respeito aos baixos salários da classe, onde até hoje não existe um piso salarial para os profissionais enfermeiros e reforçam que todo o trabalhador independente de profissão gostaria de ser recompensado financeiramente.

(...) me deixa triste também é a falta de reconhecimento do meu trabalho, todo mundo gosta de ser valorizado. Essa greve é o caso, é a falta de valorização, de reconhecimento com o nosso trabalho, estamos a 6 anos sem aumento, tudo sobe...Nosso salário está defasado há muito tempo, mas isso não tem importância para o nosso presidente. **Entrevista 6**

Por sua vez, sofrem pela falta de segurança no ambiente de trabalho com o doente mental. Reforçam que, o local de trabalho deve ser constituído de um clima e regras de trabalho que respeitem a dignidade e a capacitação que se supõe pertencer a todas as pessoas que ali desempenham suas funções.

Salientam que, a segurança e um espaço físico adequado dentro de uma unidade psiquiátrica é importantíssimo para o bom desenvolvimento do trabalho da equipe de saúde, devido à internação de pacientes perigosos e agressivos ser uma constante nesse tipo de trabalho, e todos os profissionais envolvidos, devem ter no mínimo um suporte adequado que venha proporcionar tranquilidade e segurança no manejo dessas situações difíceis.

(...) sofrimento para mim no trabalho seria de uma certa forma ver as condições em que nós trabalhadores da área da saúde mental trabalhamos, no sentido de espaço físico, como também em relação à falta de um suporte psicológico maior no que diz respeito à segurança para exercermos melhor a nossa tarefa dentro da saúde mental. **Entrevista 3**

Dizem que, muitas vezes necessitam saber qual o seu papel dentro da equipe psiquiátrica, e de que maneira sua competência e seus resultados são reconhecidos, porque um dos problemas mais sérios de equipe é a falta de feedback e reconhecimento, por não haver um retorno de informações e essas estarem centradas em uma única pessoa do grupo (médico), as comunicações são precárias e o relacionamento é crítico. E completam, que a produtividade no trabalho está intimamente ligada à coesão grupal, quanto mais coeso um grupo maior a probabilidade em ser produtivo e alcançar o sucesso almejado.

Reforçam que, a união do grupo, o trabalho em conjunto caracteriza-se por um forte reconhecimento do “nós” e não do “eu”. Onde o “nós” significa o compromisso na ação conjunta para resultados. Para eles, essa é uma coesão positiva e que está alicerçada na integração, e desta resulta o espírito do grupo, os valores que dão sustentação e continuidade às atividades coletivas.

(...) sofrimento no trabalho, acredito ser a distancia entre a prática e o saber dos profissionais que trabalham em psiquiatria, percebo que o nosso trabalho de enfermagem do dia-a-dia, dentro de uma unidade psiquiátrica é manter o paciente trancado na unidade, manter a disciplina sobre a repesália e a moral, seguir uma prescrição médica e ao médico está delegado, o poder de dar alta, de internar e decidir sobre o todo o tratamento do paciente. **Entrevista 7**

Alertam que o trabalhador é reconhecido e valorizado por seu trabalho quando, o ambiente de trabalho é tranquilo e seguro, favorecendo assim, à criatividade e a participação, porque não se é livre quando não se pode criar e não se pode tomar decisões, no nível de conhecimento, maturidade e competência. Completam ainda que, o ambiente de trabalho deve desenvolver pessoas e equipes para um trabalho integrado no qual o desafio básico é a cooperação e a solidariedade, porque pessoas valorizadas não se sentem ameaçadas e não têm necessidade de ameaçar, para eles é a insegurança que estimula a competição predatória, onde o autoritarismo não facilita a decisão e a criatividade, infantiliza as pessoas, condicionando-as à obediência passiva.

14 ACREDITANDO NA COMPETÊNCIA PROFISSIONAL

A categoria “Acreditando na competência profissional” mostra a confiança e a segurança dos profissionais entrevistados quanto ao desenvolvimento de seu trabalho na área da psiquiatria, contudo as dificuldades que enfrentam no dia-a-dia como falta de reconhecimento e valorização pela classe, ainda assim acreditam em si como pessoas e como enfermeiros.

Acreditam em si mesmos e na sua competência, porque sabem que relações profissionais na saúde exigem a partilha de conhecimento e uma aprendizagem contínua, porque na medida que as organizações de saúde forem se achatando cada vez mais, haverá menos oportunidades, como os tradicionais incentivos da hierarquia, do dinheiro, do status e do poder estarão em falta em breve.

(...) minha auto-estima não baixa, eu sempre acredito no meu trabalho, eu sei que sou competente no meu trabalho e principalmente eu sei que eu dei o máximo de mim e o melhor de mim como profissional para o paciente... Eu penso que, sempre vai existir o amanhã e vai existir o amanhã com uma resposta, sempre vamos achar um resultado. **Entrevista 5**

Sentem-se frustrados com a situação atual tanto econômica como social do país, com a falta de interesse pela saúde e a educação, porque os líderes não possuem os mesmos valores e ideais que os seus em relação a essa situação e logicamente em relação aos profissionais envolvidos nela, que não tem a possibilidade de aperfeiçoar ainda mais suas habilidades e conservar seu potencial profissional em alta, devido aos altos custos para aperfeiçoamento ser incompatível aos seus atuais salários, mas mesmo assim acreditam na competência de seu trabalho.

(...) não estou colocando só a enfermagem nisso, é todo o contexto, educação e saúde no geral é uma vergonha. Eu sobrevivo hoje com o que eu ganho, e com certeza eu sou um profissional que mereço muito mais, porque eu sei da minha competência. Isso é falta de reconhecimento, de valorização, é sofrido, é triste, é doído porque nós não merecemos estar nessa situação. **Entrevista 6**

Apontam que o principal objetivo de seu trabalho é o autodesenvolvimento, pois demonstram habilidades intelectuais e sociais de alto nível que vem a lhes permitir ter êxito profissional e pessoal nas relações. São capazes de cuidar de seu próprio

desenvolvimento, que os motiva a resolver problemas de forma cooperativa com os colegas de equipe, com o paciente e seus familiares.

Salientam que estão sempre prontos a aprender e preparados para saírem-se bem em novos desafios, mesmo que esses se apresentem de forma difícil, que venham a cobrar demonstração de um novo arranjo entre conhecimentos técnicos e atuação em equipe. Para eles, tudo isso faz parte de sua competência profissional na área da enfermagem psiquiátrica. Mas também, querem por sua vez, sentirem-se valorizados, para sentirem-se tratados como pessoas completas, não como papéis sociais em ação.

(...) não quero dizer que precisam sempre estar te elogiando, te paparicando, porque soubemos de nossa competência, mas de vez em quando é muito bom a gente se sentir valorizado pelo que se faz. **Entrevista 1**

Ao mesmo tempo, preocupam-se em não ser devorados pelo trabalho, para sentirem-se motivados a uma vida familiar bem-sucedida e a um avanço profissional constante, a equilibrar o trabalho e o lazer, questionam continuamente quanto a investir de suas pessoas no trabalho.

Enfatizam que um dos aspectos mais desejados para um ambiente de trabalho competente é estarem envolvidos e terem a sensação de fazerem parte de uma atividade significativa e socialmente benéfica, isso faz com que acreditem no seu potencial e na sua competência como profissionais enfermeiros, mostrando assim que a busca pelo material torna-se algo secundário.

15 DEPRESSÃO NO TRABALHO

Esta categoria é o reconhecimento por parte dos entrevistados de fatores depressivos desencadeados no ambiente de trabalho psiquiátrico. Admitem que a Depressão é uma doença que requer tratamento psicoterápico e medicamentoso. Com isso muitos relatam que o que sentem, às vezes, é uma tristeza por motivos provenientes de situações de difíceis soluções. Essas sensações de tristeza, quando reconhecidas precocemente, mais fácil será de libertar-se dela, pois caso contrário irá influenciar no trabalho em equipe e conseqüentemente o desenvolvimento do trabalho com o doente mental o que poderá acarretar ao enfermeiro sentimentos de frustrações no ambiente de trabalho.

(...) o meu sofrimento no trabalho ainda não vejo como depressão, porque para mim a Depressão é uma doença, que precisa de tratamento e muitas vezes de tratamento medicamentoso. **Entrevista 1**

Referem que situações no trabalho associadas a sucessivas frustrações em que ao longo dos anos se acrescentam experiências que atacam a auto-imagem, estreitam progressivamente as perspectivas quanto ao futuro profissional. E assim, tais experiências para eles, além do desgaste metafórico da identidade e do projeto de vida, também correspondem à depressão no trabalho.

(...) me faz sofrer é quando não consigo atingir meus objetivos, por algum motivo ou outro. A gente tenta, tenta, luta para melhorar e não consegue...A situação atual das universidades está crítica, e temos que viver com essa realidade, ta aí, estamos em greve, buscando melhores salários, verba para as instituições por um melhor atendimento e por ai adiante. **Entrevista 3**

Reforçam com isso que a depressão no trabalho se articula principalmente com as vivências conectadas à falta de percepção de um reconhecimento social e governamental pelo desempenho profissional, bem como as decepções com respeito à saúde, em particular com a saúde mental.

(...) pensar em depressão no meu trabalho hoje, então vamos pensar no lado político da coisa; estamos hoje num processo de greve... A gente luta, a gente se doa, o enfermeiro é um profissional, mas que tem um lado muito forte de doação... A gente se doa e nos deprimimos muitas vezes, porque isso não é reconhecido, o teu trabalho não é reconhecido, não é valorizado. Essa greve é um desgaste para todos... **Entrevista 5**

Verificam que sintomas depressivos no seu trabalho ocorre quando a sua dignidade é atingida especialmente a partir de condicionantes derivados do relacionamento com a direção do hospital ou por parte da chefia da unidade de internação, de medidas que venham a impedir a assistência à saúde mental.

(...) falta de uma direção correta, de uma direção mais justa pode levar a sintomas depressivos. Acho que as pessoas tenham seu espaço, um espaço de trabalho democrático. Mas é difícil, acredito que seja muito difícil. **Entrevista 4**

Por sua vez o agravamento de desavenças com a chefia pode ser um fator desencadeador não só de depressão, mas também de diferentes manifestações agudas psicossomáticas como crises de hipertensão.

Finalizam dizendo que a reação emocional é expressas por distintas alterações psicofisiológicas, como taquicardia, tremores e depressão, pois as expressões de sofrimento são diversas as somatizações e são bastante comuns, principalmente nas depressões. E esses sintomas de defesa se formam, essencialmente para possibilitar o convívio com situações geradoras de ansiedade.

16 SOFRIMENTO E DEPRESSÃO NO TRABALHO

A categoria “Sofrimento e depressão no trabalho” está baseada em observações feita pelos enfermeiros entrevistados relativa as vivências diárias com o seu trabalho na unidade psiquiátrica.

Colocam que é possível que profissionais da saúde mental, por falta de preparo na área e por falta de autoconhecimento apresentem defesas psicológicas em seu trabalho que venham a servir de neutralizadores para situações tediosas, exigentes e de opressão intensas, aliviando assim a irritação ou a revolta acumuladas, assim como, o tédio, as frustrações e conseqüentemente a depressão.

(...) depressão no processo de trabalho vejo mais como uma conseqüência de um despreparo das pessoas, porque trabalhando muito tempo nessa profissão, em qualquer situação, ou em qualquer serviço, o desgaste ou o tempo de trabalho às vezes cansa e conseqüentemente esse cansaço pode chegar a um processo depressivo... **Entrevista 1**

Por sua vez, acreditam que o crescimento da ansiedade ou da depressão se configura para eles como sofrimento, pois se esforçam para evitar o desencadeamento de crises emocionais que possam acarretar desprestígio profissional. Paradoxalmente, nessa tentativa de evitarem o sofrimento, muitas vezes, a perturbação mental, a partir da exacerbação das próprias defesas psicológicas, poderá se instalar sintomas depressivos ou a depressão propriamente dita, onde a alienação também será facilitada pela persistência do sofrimento e da depressão no trabalho.

Determinam que quando a defesa contra o sofrimento integra em seu significado a afirmação da identidade em oposição à dominação, passa a se constituir uma forma de resistência; por outro lado, as práticas do cotidiano externo ao trabalho e voltadas para a garantia da sobrevivência da identidade também assumem conotação de resistência. Completam, afirmando que nas situações em que se sentem explorados crescem os riscos de sofrimento e se intensificam as defesas psicológicas contra ele.

(...) não deixa de ser uma situação deprimente, estamos desmotivados atualmente, lutamos para que mude, mas toda a luta é desgastante, nós estamos num processo de desgaste, porque isso, essa greve, achamos que não vai dar em nada, mas estamos aí, lutando. **Entrevista 6**

Para os entrevistados, quanto menor for o espaço de autonomia, menor é a possibilidade de desempenho no trabalho. O sufocamento da liberdade corresponde, pois, ao sufocamento das expressões da inteligência dos enfermeiros, que para eles podem desenvolver uma melhor assistência ao doente mental e sua família. Quando impedidos de criar e desempenhar seu papel de enfermeiros na promoção da saúde mental sentem-se desqualificados, ocasionando o sofrimento e a depressão.

(...) depressão no processo de trabalho sempre que me sinto impedida de desempenhar meu papel de enfermeira, de promover saúde mental daquele que está fisicamente perto, mas ao mesmo tempo tão longe, em outra realidade, isso torna o trabalho com o doente mental muitas vezes desgastante, causa um desconforto, nos causa incapaz diante de uma situação. **Entrevista 7**

Salientam que, muitas vezes o contato interpessoal é mínimo, pois suas atividades são parceladas e realizadas de modo seriado, pois diferentes atribuições são designadas para os vários profissionais da enfermagem, então, o esvaziamento afetivo é intenso e têm como consequência, a insatisfação, o sofrimento e a depressão. Por sua vez, a qualidade do seu trabalho também pode ser prejudicada pela ocorrência de erros de desempenho vinculados à perda de interesse por atividades que são esvaziadas de significado e de que não resulta nenhum reconhecimento, onde ocorrerá o fortalecimento do sofrimento e conseqüentemente poderá desencadear sintomas depressivos.

17 BENEFÍCIOS PESSOAIS PARA A SATISFAÇÃO NO TRABALHO

Essa categoria descreve em linhas gerais os argumentos dos entrevistados, quanto à importância dentro da saúde mental das vantagens de terem consciência de si mesmos, a capacidade de lidarem com suas emoções, motivações interior e habilidades para a redução do sofrimento e da depressão no seu trabalho.

(...) o trabalho ocupa grande parte da tua vida e tu tem que se sentir produzindo, tu tem que se sentir crescendo, tu tem que se sentir valorizado naquilo que tu faz para estar estimulado quanto ao teu trabalho. **Entrevista 4**

Enfatizam que, estar em permanentemente consciente dos próprios sentimentos é essencial para ser sensível às emoções dos outros. Se não puderem identificar seus próprios sentimentos, não terão base para medir os sentimentos dos outros, caso contrario como irão poder prestar a assistência ao doente mental e a seus colegas quando necessitarem.

Reforçam que, compreender as emoções dos outros é a preocupação maior dentro da área da psiquiatria, então, essa compreensão facilita a busca da motivação e faz com que sejam mais produtivos no trabalho.

Para ficarem em sintonia com os próprios sentimentos para eles, é necessário concentrarem-se nos próprios sentimentos e, desse modo, fazer com que seja mais fácil identifica-los, nem que para isso seja necessário reuniões com o objetivo de buscar ajuda dos colegas.

Por sua vez, ajudando a se concentrar em sentimentos positivos e saudáveis tornam-se mais sensíveis e criativos, afastando as emoções desagradáveis, como a ansiedade, sofrimento e depressão no trabalho.

(...) Estamos em trabalho constante com nós mesmos e com equipe de enfermagem, isso é muito bom, porque estamos sempre nos deparando com nossos defeitos e dificuldades...Todos ajudam, se empenham a ajudar para que haja uma harmonia na equipe, com isso os nossos resultados serão satisfatórios, os objetivos serão alcançados. **Entrevista 6**

Concentrarem-se nos seus próprios sentimentos ajuda a serem sensíveis aos sentimentos dos outros, pois entram em contato com esses sentimentos através da empatia, que ajuda a evitar que a ansiedade ou o desanimo prevaleçam. Acreditam que o intercambio apropriado desses dois fatores opostos pode ajudar a mantê-los emocionalmente equilibrados e produtivos durante a assistência ao doente mental.

Os entrevistados enfatizam que quanto mais cedo forem reconhecidas e identificadas às frustrações, mais fácil será mudar a situação para melhor, sem guardar rancores. O segredo está em aprender a identificar os sentimentos de maneira fácil e rápida, quando necessário, e depois reconhecer qualquer emoção destrutiva para que ela possa ser observada em particular ou resolvida em equipe.

Não esquecem, por sua vez, da preocupação que é uma emoção que ocorre quando se concentram no pessimismo, que para eles dá asas à imaginação, gerando ansiedade, sofrimento e depressão.

Para eles, abordarem de forma inteligente as emoções de ansiedade, sofrimento e depressão torna-os mais saudáveis e produtivos, porque uma vez, sabendo lidar com suas próprias emoções debilitantes, poderão prestar uma melhor atenção à saúde mental.

Os entrevistados creditam que, conhecendo as próprias emoções ajuda a reformular seu estilo de trabalho de modo que possam reunir tudo o que o fazem sentirem-se bem no ambiente profissional.

Reforçam que, sentimentos como sofrimento e depressão no trabalho é desesperador e pessimista esses sentimentos não são apenas contraproducentes; são na realidade, destrutivos, onde podem influenciarem seu julgamento e perturbar sua concentração, porque, para eles, quanto mais concentrado em seu trabalho mais criativo e produtivo serão.

18 TRISTEZA OU DEPRESSÃO NO TRABALHO

Essa categoria “tristeza e depressão no trabalho” é o relato dos entrevistados quanto aos sentimentos de tristeza e depressão, que segundo eles diferem entre si, mas que são vivenciados dentro da assistência a saúde mental.

Para eles a tristeza no trabalho é uma alteração afetiva e humoral, à qual se incorporam confusamente, descontentamento, perda de alegria, incapacidade, sentimento de impotência, desapontamento e ansiedade. É chamada por eles de dor moral ou afetividade dolorosa, que seriam sintomas leves de depressão.

(...) depressão... São sintomas de tristeza, de incapacidade por não atingir metas no meu trabalho... Depressão é doença e é muito ampla, então eu sinto que tenho sintomas leves depressivos, que são momentâneos, passageiros... Não é de minha personalidade ser depressiva... Essa tristeza seria a frustração por não ter alcançado algo que planejei, que me dediquei, me esforcei e não consegui e então o sentimento de impotência, de incapacidade, de falha me deixa triste, desmotivada. **Entrevista 7**

Deixam claro que os sintomas de tristeza sentidos no ambiente de trabalho não são uma depressão propriamente dita, pois, Depressão para eles é doença, onde é necessário o uso de medicação, pois é valorizado não só as alterações afetivas, que na

depressão ocorre, mas de igual modo, senão mais, as perturbações da cognição, isto é, as perturbações da memória, do pensamento, da iniciativa e do julgamento, como também a presença de diversos desequilíbrios fisiológicos, como os do sono, do apetite, da sexualidade e da atividade física em geral.

Enfatizam que, a intensidade e a duração da tristeza nas doenças depressivas são bem mais acentuadas que nas tristezas comuns. O aspecto particular da tristeza nas doenças depressivas, é que o enfermeiro não se altera diante das incitações no ambiente de trabalho, o que não acontece com esses profissionais acometidos de tristeza comum, que cedem a essas incitações. Completam dizendo que, nas doenças depressivas nas quais os sintomas apresentam intensidade de grau mediano a elevado, a fisionomia retrata o seu comportamento implícito ou subjetivo. A tristeza, o desapontamento e por vezes, o desespero, estampam-se nos seus semblantes, que para eles essa situação nunca foi vivenciada no ambiente de trabalho.

(...) não me sinto deprimida com o meu trabalho, ou no meu trabalho, onde eu possa a vir tomar medicação para alívio de sintomas. E depressão para mim é quando tu tem que tomar medicação, porque tu não consegue te segurar sem ela. **Entrevista 6**

Não descartam os entrevistados, a possibilidade de serem acometidos por períodos depressivos, devido a falta de valorização e reconhecimento da classe profissional, definindo eles que o sintoma depressivo, a tristeza comum ou a depressão normal, é um estado de humor difícil de definir e que muitas vezes podem ser confundidos entre si. Experimenta sentimento de desprazer, desânimo, indisposição no desenvolvimento de suas tarefas profissionais diárias. Ficam tristes nos mais imprevistos momentos da existência, tanto por motivações corriqueiras, como quando são defrontados com empecilhos, de maior ou menor envergadura, de ordem moral e econômica no ambiente de trabalho.

(...) O contato com o doente mental, o tempo de serviço, a rotina do dia-a-dia da unidade, a situação atual, onde estamos em um processo de greve e isso mexe bastante com a gente, porque sabemos que o governo não está nem um pouco preocupado com a nossa situação... É falta de valorização de nosso trabalho e isso cansa, desgasta a tal ponto que o nosso mecanismo de resposta também cansa e não volta mais ao seu estagio normal e podemos então deprimir. **Entrevista 1**

Enfatizam que o estado de espírito deprimido, a tristeza comum ou depressão normal, duram pouco tempo horas ou, quando muito, dias — e não requerem tratamento

especializado para a sua resolução; para eles, esses sentimentos se esvaem pela ação de procedimentos simples como ir ao encontro de colegas ou da equipe de enfermagem que possam a vir prestar ajuda na solução e alívio de sintomas presentes, como a desmotivação pela falta de reconhecimento e valorização do trabalho do enfermeiro psiquiátrico.

Reforçam que é inevitável na vida profissional de qualquer enfermeiro, não havendo aquele que já não o tenha experimentado uma ou outra vez ao longo da existência, a tristeza ou os sintomas depressivos no trabalho, mas não necessariamente, exigindo algum tipo de tratamento para a sua dissipação.

(...) depressão seria para mim seria no processo de reconhecimento de nós enfermeiros, e acho até que não seria uma depressão contínua... É período depressivo, são momentos que tu te sente depressiva, desmotivada, porque não encontra um reconhecimento, uma valorização do teu trabalho.
Entrevista 5

Deixam claro os entrevistados que esse estado de humor rebaixado, de pouca intensidade e duração, não traz conseqüências sensíveis a vida sócio-profissional dos que a sofrem, pois não necessitam de qualquer tratamento especializado para o seu desaparecimento, mas necessitam sem duvida nenhuma do apoio dos colegas de trabalho e, às vezes, de toda a equipe de saúde, para a solução desses Sentimentos de desvalia.

19 A ANGUSTIA, NO AMBIENTE DE TRABALHO

Em se tratando desta categoria pode-se dizer que a mesma fala a respeito do trabalho psiquiátrico frente as suas dificuldades na prática profissional.

Nesse sentido, através das entrevistas, fica claro que o ambiente de trabalho, dentro da psiquiatria, é extremamente tenso, em decorrência da própria atividade que é desenvolvida.

(...) trabalho em psiquiatria é muitas vezes tenso, quando temos pacientes com riscos de suicídio, de agressão. De fuga, isso exige muito da equipe, do enfermeiro responsável pela unidade. **Entrevista 1**

Baseado nisso, constatam que o ambiente de trabalho na psiquiatria é muito exigente, pois o enfermeiro convive com pacientes que apresentam alto índice de

instabilidade emocional, muitas vezes, tentando o suicídio, agredindo os próprios enfermeiros ou tentando fugir do tratamento e da unidade de internação. A equipe de trabalho, então, precisa dedicar-se com intensidade a esse tipo de trabalho, já que pacientes assim, precisam de cuidados especiais.

Porem, não é fácil para esse profissional conviver dentro desse ambiente. O sentimento de tristeza, frequentemente aparece entre os enfermeiros, sendo muitas vezes confundida com a depressão, devido aos sintomas e o sofrimento que o enfermeiro apresenta.

(...) quando tu não queres mais ir ao trabalho, quando tu queres ficar trancado no teu quarto, quando tu chora por problemas que tu cria dentro da tua cabeça ou aumenta os pequenos que tem, onde surge a melancolia, tu não come, não dorme, isso para mim é depressão e tu precisas de tratamento psicoterápico e medicamentoso, para sair dessa. **Entrevista 6**

Apesar do sofrimento vivido pelo enfermeiro ser tão próximo da depressão, observa-se que ele não é tão angustiante a ponto de defini-lo como tal, em razão de que o profissional se sente triste e angustiado, mas tem conhecimento da normalidade desse quadro, já que sabe da gravidade das implicações que enfrenta no dia-a-dia com seus pacientes.

(...) momentos depressivos não são tipo a depressão propriamente dita, são sintomas leves, como a tristeza, impotência de não conseguir fazer alguma coisa que viria em benefício ao teu paciente, é o legítimo “astral baixo”, mas nunca tive vontade de tocar tudo para o alto, chorar compulsivamente, me isolar, não, nada disso, eu fico triste, mas procuro levar adiante o meu trabalho, porque acho que só assim as coisas podem ter solução, em tu não te acomodar porque as coisas não estão dando certas. Temos que lutar, estar junto, trabalhar por um propósito, que é o bem estar do paciente. **Entrevista 5**

(...) não sei ao certo se seria Depressão essa tristeza acho que não chega a isso, porque Depressão é uma doença e sendo assim necessita de tratamento, e eu nunca me tratei por causa dessa tristeza no trabalho. A gente aqui dentro da unidade conversa bastante e como falei anteriormente, uma dá apoio para a outra ou ajuda aquele que está em maior dificuldade. **Entrevista 3**

Sob esse aspecto entendem que este sentimento que assola os profissionais da enfermagem se mascara como uma depressão, mas na verdade não consiste numa depressão propriamente dita, e sim, em uma forma de expressar a tristeza e o sofrimento ao ver o estado do paciente frente as condições que se apresentam.

Muitas vezes o enfermeiro encontra-se em uma situação delicada, pois se vê fragilizado perante o sofrimento do seu paciente. Isso o faz sentir-se angustiado, impotente e triste, em função da dificuldade que o paciente enfrenta em busca da recuperação, levando, geralmente, o próprio enfermeiro a questionar-se até que ponto a sua sobriedade psicológica pode influenciar no processo de recuperação enfermo.

No entanto, o enfermeiro estando consciente de sua condição emocional, pela influencia dos problemas do paciente, pode controlar bem mais esse sentimento de tristeza.

Por isso é importante o trabalho da equipe de enfermagem, tanto do enfermeiro chefe, quanto dos outros componentes do grupo. É através do trabalho em equipe que os enfermeiros podem se sentir seguros e confiantes para dar seqüência às atividades, que diariamente, são exaustivas. Isso se dá por meio do comportamento solidário entre um profissional e outro do grupo de enfermagem, quando seus problemas são expostos em reuniões periódicas.

(...) as reuniões nos ajudam muito a superar os obstáculos no nosso trabalho, porque toda equipe que se empenha em ajudar o colega que se encontra em dificuldades no trabalho. As situações são discutidas no grupo e as soluções também partem desse grupo. **Entrevista 7**

Dessa forma, reunirem-se para expor e discutir problemas do dia-a-dia no trabalho é extremamente importante. Por meio disso, o grupo consegue suprir suas deficiências e, através delas criar novos caminhos e soluções, proporcionando, assim, mais possibilidades de recuperação ao seu paciente.

(...) existe uma série de fatores que podem contribuir para o sofrimento no trabalho, e que cada instituição, cada empresa, deveria ter uma preocupação grande com isso, porque dependendo disso haverá um bom rendimento, um aumento nos lucros da empresa e também a própria condição humana de cada um, o individuo ira se sentir melhor, com uma saúde mais adequada e assim produzirá mais. Enfim é algo que vem para o bem de todos. **Entrevista 2**

Por isso afirma-se que dentro das instituições hospitalares é preciso que haja, além de uma boa interação entre a equipe de trabalho, também um exímio desenvolvimento de serviço social. Esse tipo de serviço favorece a sociabilidade do enfermeiro e, ainda, assegura boas condições psicológicas ao mesmo.

20 A SAUDE MENTAL COMO UMA NECESSIDADE PRIMORDIAL

A depressão esta presente em varias categorias, em decorrência da função exercida pelos profissionais da psiquiatria. Nesse sentido, então, trabalhar-se-á, brevemente, sobre a depressão no trabalho e a importância da promoção de reuniões entre equipes em busca da resolução para problemas.

Muitas vezes a depressão no trabalho faz com que o limite de tolerância física e mental dos profissionais sejam ultrapassados, acarretando num quadro clínico de depressão.

(...) quando a depressão no ambiente de trabalho, ela pode ocorrer e deve ser evitada, até porque a depressão e uma doença que precisa de tratamento, muitas vezes exigindo o uso de medicação, porque a terapia, a orientação muna vezes não é suficiente em certos casos, exigindo assim o uso de medicação antidepressiva. **Entrevista 2**

Para combater esse quadro, habitualmente, o procedimento adotado é o uso de tratamento adequado ao caso, ou seja, medicamentos antidepressivos. Vale ressaltar que esse tipo de tratamento é adequado somente as pessoas que, realmente, apresentam aspectos depressivos como a falta de interesse, motivação e, até aversão ao trabalho.

Com vista nisso, destacam a necessidade da união dos enfermeiros dentro da instituição de trabalho. Discutir em conjunto sobre os problemas que surgem no cotidiano é um meio de manter sob controle quaisquer alterações que podem surgir a respeito da saúde mental do profissional enfermeiro.

(...) é que é válido e o que nos segura são as reuniões e quando necessário fizemos reuniões de emergência para alivio da equipe, pois é nessas situações de tensão é que surgem os conflitos de equipe, então o pessoal tem que ter consciência de suas dificuldades... **Entrevista 1**

Sob essa perspectiva pode-se concluir que as reuniões da equipe de trabalho são extremamente importantes, pois, além de promover a união dos integrantes, em busca da resolução de seus problemas, também trazem um convívio satisfatório e compensador entre eles.

(...) as reuniões também são de grade valia, porque ali saem todas as dificuldades, todos os conflitos em relação a manejo de pacientes, entre colegas, quanto a tratamento, quanto a familiares de pacientes... Aí é a hora

de colocar os podres para fora e resolve-los de uma maneira ou de outra.
Entrevista 7

A confirmação disso se dá em junção de que, muitas vezes, o ambiente de trabalho é envolto por um clima de extrema tensão, já que o recinto proporciona essa singularidade, em se tratando de casos gravíssimos no âmbito de psiquiatria.

(...) nosso trabalho é tenso, porque às vezes mexe com coisas do nosso interior e também porque às vezes temos pacientes com riscos graves na unidade, como risco de agressão, de suicídio, de fuga... Isso requer muito equilíbrio e união por parte da equipe. **Entrevista 7**

Indubitavelmente as conseqüências trazidas por esse tipo de comportamento do paciente, preocupam o corpo de enfermeiros da instituição. Essa preocupação ocorre em função da condição psíquica do próprio paciente, que geralmente exige mais do que aquilo que é oferecido.

Contudo, esse atendimento nem sempre é oferecido para todos os que necessitam dele. Muitos deficientes desconhecem os meios para chegar até o atendimento apropriado para sua deficiência.

(...) para atender melhor nosso doente mental que tem um problema social muito grande e a gente não tem um serviço que vá atender-las lá em casa, lá na sua comunidade, um serviço que vá ver o estado desse paciente, como ele convive fora do hospital, então isso realmente, essa situação me causa uma certa depressão, uma tristeza. **Entrevista 3**

Aqui, nota-se uma deficiência no que se refere ao serviço social, devido a falta de projetos, que certamente proporcionaria, à comunidade, a oportunidade de reverter tais quadros.

Segundo esse entrevistado o problema social do paciente muitas vezes faz com que o quadro de doença do mesmo se agrave, porque ele não tem quem o conduza ao tratamento adequado.

Sendo assim é possível afirmar que existe uma serie de fatores que possam causar a depressão no profissional tais como: a convivência com o paciente internado, que conseqüentemente torna o ambiente de trabalho extremamente tenso; a preocupação em suprir as necessidades que o doente mental precisa, para alcançar o bom êxito no tratamento e a falta de um serviço social que leve o atendimento e a informação até a casa dos que necessitam e esperam por isso.

21 A DIVERSIDADE DOS FATORES CAUSADORES DE ASPECTOS DEPRESSIVOS

Nessa categoria, mais unia vez será mencionada a questão que diz respeito ao lado psicológico do enfermeiro psiquiátrico, que por diversas vezes encontra-se mutilado frente aos vários acontecimentos diários. Nesse sentido, entende-se que, primordialmente, a união é o principal elemento dentro desse contexto. Um bom exemplo que retrata essa evidencia caracteriza-se pelos momentos em que as ditas “greves” se manifestam no ambiente de trabalho.

Tem-se consciência que esta situação pode ser definida como se não a mais importante, aquela que mais contribui para o elevado índice de profissionais com depressão. É exatamente neste momento que os integrantes da equipe se unem para superar os obstáculos, como define o entrevistado.

(...) nessa situação de greve temos que nos unir, pois estamos muito fragilizados, mas é basicamente por isso que eu acho, que devemos arregaçar as mangas e ir em frente, ir a luta e encararmos como uma etapa, pois sempre existe o outro dia e temos que estar preparados e juntos mais do que nunca. **Entrevista 5**

Nota-se que este depoimento demonstra, além da união da equipe, a força de vontade de todos em superar dificuldades. Unia boa preparação por parte dos grupos que trabalham em conjunto, também, favorece os próprios integrantes da equipe, quando acontece de algum sofrer efetivamente de depressão.

(...) as pessoas que estão junto com esse indivíduo no trabalho, que convivem junto com ele, também sofrem e se preocupam. E essa preocupação por parte do grupo para mim é muito importante, porque o grupo se empenha em ajudar o seu colega. **Entrevista 2**

Vendo a prática diária sob este ângulo que denota preocupação por parte dos enfermeiros que trabalham com doente mental, afirma-se que dentro desse ambiente a melhor atitude a ser tomada é aquela que propõe atividades preventivas, com a intenção de poupá-los de tal situação.

(...) claro que sim, lógico que existem ações preventivas para se combater essa depressão no trabalho, o que coloquei anteriormente, é que uma forma de importância de prevenção, detectar o ambiente tenso na unidade e com

isso dar um maior acompanhamento aos profissionais envolvidos no caso.

Entrevista 1

Sendo assim para combater a depressão no trabalho, também se faz necessário que os enfermeiros consigam manter sua situação econômica estável, já que a falta de motivação salarial é considerada como responsável por momentâneas fases depressivas.

(...) resumindo, eu acho que pode haver sinais depressivos ou aspectos depressivos por falta de motivação salarial e é rima depressão momentânea, é por momentos e é passageira. **Entrevista 6**

Entende-se, então, que são vários os fatores causadores da depressão no trabalho. Buscando mais argumentos encontra-se a busca incansável por parte das equipes que trabalham nas unidades psiquiátricas em ajudar os pacientes. Contudo, na maioria das vezes isso não é possível, pois a ajuda não depende delas.

(...) sinto a tristeza por um curto espaço de tempo, quando não consigo prestar minha assistência ao paciente, que muitas vezes não depende de mim, mas sim depende do contexto atual em que se encontra a saúde em nossos país principalmente em nossos hospitais universitários. **Entrevista 7**

Conforme esse depoimento entende-se que os profissionais de certa forma sentem-se impotentes perante tal realidade. Portanto é imprescindível que as instituições hospitalares promovam educação continuada aos profissionais, inclusive no âmbito da contextualização das suas atividades.

Além disso, faz-se importante que os profissionais tenham a oportunidade de conviver com outros colegas, seja através de cursos ou, até mesmo por modelos de assistência externa.

(...) fazer com que as pessoas tenham contato com outras equipes de saúde, com outros hospitais. O pessoal daqui foi no hospital São Pedro, em Porto Alegre, foram também em Bagé, assistir um modelo de assistência externa que estavam construindo, tipo de um hospital dia e que hoje chamados de CAPS e que existe na maioria do Brasil. **Entrevista 4**

Portanto afirma-se que são vários os fatores que contribuem para o desenvolvimento excessivo da sensibilidade emocional do enfermeiro que trabalha com doentes mentais.

22 REFLEXÕES NA TENTATIVA DE PREVENIR ASPECTOS DEPRESSIVOS NO TRABALHO

Nessa categoria fazer-se-á reflexões no que diz respeito a maneiras de prevenir a depressão entre os enfermeiros que trabalham diariamente com doentes mentais. Na tentativa de buscar a amenização deste quadro clínico, algumas ações preventivas são eficientes para a superação desse obstáculo.

(...) claro que existe ações preventivas para a depressão no trabalho e essas ações preventivas poderiam amenizar esse sentimento que levam ao sofrimento e também a depressão no ambiente de trabalho. **Entrevista 7**

Analisando a situação, ainda sob o eixo da prevenção esse mesmo entrevistado faz algumas considerações sobre a realidade que o assola. Ele afirma que existem várias maneiras de tornar esse cotidiano mais suave, assim como a convivência com outras pessoas e o contato com diversos níveis de informações.

(...) ampliar nosso conhecimento sobre concepções de saúde e de doença mental adquirir novos conhecimentos de como cuidar em enfermagem psiquiátrica, trocar idéias e experiências com outros profissionais, fazer visitas a outros hospitais, ler livros, participar de encontros, entre outros. **Entrevista 7**

Na tentativa de prevenir a depressão, como afirmou o entrevistado acima, a possibilidade de os profissionais obterem mais informações sobre doenças mentais reduz de maneira significativa o quadro, contudo pode ser mais eficiente enquanto elemento preventivo.

Dentro desse contexto de busca, notou-se que a tentativa de novas informações, através de cursos, congressos e palestras vem com o intuito de prevenir os sintomas depressivos.

(...) a busca de novas informações, quero dizer, participação em cursos de aperfeiçoamento, seminários, congressos... É uma forma de prevenção contra esses sintomas depressivos, porque o profissional vai estar sempre bem informado com as novas técnicas, isso leva a segurança no trabalho e automaticamente à criatividade e à motivação. **Entrevista 5**

Além desses métodos de prevenções citadas até agora há a evidencia de que o remanejamento de enfermeiros pode ser um excelente aliado da depressão, pois a pessoa que

desenvolve suas atividades convivendo com sintomas de depressão perde a motivação pelo trabalho. Sobre isso se tem a declaração das entrevistas a seguir:

(...) é também importante na prevenção da depressão no trabalho o remanejamento de pessoas, isto é, as pessoas não deveriam trabalhar por muito tempo em um mesmo setor, isso é algo que defendo desde que sou enfermeiro.

Entrevista 1

(...) A pessoa depressiva vai render menos, porque a sua vontade de fazer as coisas, de produzir vai estar diminuída, ela não tem iniciativa e pode até inclusive cometer o suicídio se as pessoas que a rodeiam não valorizarem os seus sintomas. **Entrevista 2**

Nesse sentido é preciso que a equipe esteja sempre atenta às atitudes e às condições que rodeiam o enfermeiro, tendo em vista que, sem dúvida, a presença de um quadro depressivo no grupo, viria a envolver todos os integrantes.

Para que a atenção seja redobrada, uma das alternativas é promover reuniões periódicas, com a intenção de aproximar os indivíduos e conseqüentemente identificar com mais rapidez qualquer característica singular.

(...) claro que existe sim ações preventivas para evitar a depressão no trabalho, como: reuniões em grupo e também um trabalho individualizado tentando oferecer motivação para o indivíduo ter uma interação constante na equipe. **Entrevista 6**

Entende-se, então que a luta por um caminho que concretize a prevenção do quadro depressivo dentro das equipes de enfermeiros que trabalham com doentes mentais, apresenta um leque de alternativas na esperança de obter um resultado satisfatório, ou seja, se não a inexistência da depressão, compreende-se a prevenção de forma coerente e eficaz.

23 ALTERNATIVAS PARA UM BOM DESENVOLVIMENTO NO TRABALHO

Esta categoria trabalha a questão do bem-estar do enfermeiro psiquiátrico perante sua atividade, destacando soluções para um menor sofrimento do profissional e do paciente.

A relação enfermeiro/ família/ paciente é essencial para um bom desenvolvimento no trabalho Aprender a entender e a conhecer, um pouco, a realidade

da vida do paciente e de sua família, pode ser uma excelente contribuição, tanto para a melhor recuperação do paciente, quanto para a efetividade do trabalho em equipe.

(...) podemos também, aprender a respeitar o paciente e o seu familiar, aceita-lo que tem limitações de potencialidades e que sua visão de saúde e de doença é diferente da nossa, que seu sofrimento em muitas vezes não podemos compreende-lo mas podemos respeita-lo. **Entrevista 7**

Certamente o sofrimento do paciente difere do sofrimento do enfermeiro, pois, o primeiro sofre por estar fora de casa, em outro ambiente e o segundo, por se envolver direta e indiretamente com o problema de seu paciente.

Devido a esse convívio, o enfermeiro além de fazer o seu trabalho, como profissional, acaba se envolvendo afetivamente com seu paciente, no sentido de que a relação entre paciente e enfermeiro se torna muito próxima. Em decorrência disso, vários enfermeiros começam a sentirem-se cansados e desinteressados em desenvolver seu trabalho, o dia-a-dia no mesmo ambiente começa a tornar-se exaustivo, já que a rotina do paciente e desse ambiente de trabalho momentaneamente se mantém inalterado.

(...) principalmente para aquelas pessoas que vão se acomodando permanecem num círculo vicioso por estarem a muito tempo, a anos e anos no mesmo ambiente de trabalho, pessoas que perdem o interesse de fazer mais, pessoas que deixam de serem criativas, por sempre estarem fazendo a mesma coisa, então acho que tem uma hora que tem que dar uma mexida, porque essa pessoa pode estar descontente com o seu trabalho e não se deu conta que viciou, e sem se dar conta está deprimida, quem sabe trocando de local, de unidade, de clínica pode se;- a solução desse problema. **Entrevista 1**

Aqui fica claro que o ambiente de trabalho vicioso torna um profissional desinteressado nas suas atividades, em função de estar sempre no mesmo local de trabalho e com os mesmos pacientes. Essa necessidade de mudança de ambiente traz à tona a idéia de inovação, que pode ser proporcionada através de trabalhos desenvolvidos fora do hospital, como mostra o entrevistado a seguir.

(...) acredito piamente, essas ações preventivas, seriam no sentido de levar o profissional a sair de dentro do hospital e prestar seu serviço na comunidade em benefício do nosso paciente, prestar assistência fora do hospital, isso seria a nível preventivo, porque manteria o doente fora do hospital, sem recidivas de internação. **Entrevista 3**

Conforme esse entrevistado as atividades fora do hospital podem ajudar o profissional a se desvincular um pouco de seu cotidiano, fazendo com que ele quebre

um pouco o vínculo com o seu paciente. E, fazendo, também com que a depressão no ambiente de trabalho hospitalar seja amenizada, tornando essa atividade externa como uma ação preventiva.

Além disso, tem-se, também como solução para esse estado de sensibilidade do profissional o trabalho em equipe. É extremamente importante saber dividir e expressar os sentimentos com os colegas e nas reuniões de equipe, pois isso proporciona uma integração entre todos e uma nova oportunidade para que os componentes consigam solucionar seus problemas e suas dúvidas.

(...) na psiquiatria, é muito importante essa interação porque o nosso trabalho, não é individual, o sucesso no tratamento do paciente vai depender da saúde da equipe, não estou falando da saúde, ausência de doença, estou falando de equipe saudável, sem conflitos, equipe em harmonia, sincronizada, almejando o mesmo fim... **Entrevista 6**

Dessa forma, pode-se dizer que o mais importante e benéfico para um trabalho tranquilo e agradável, livre de sentimentos negativos, é a uma boa relação de interação do profissional com a sua equipe de trabalho, assim como a realização de atividades fora do hospital, prestando assistência a sociedade.

24 AÇÕES PREVENTIVAS PARA UMA MELHOR PRODUÇÃO

Essa categoria dará prioridade para a aplicação de ações preventivas dentro do hospital, com o objetivo de diminuir o tempo de internação dos doentes mentais no setor psiquiátrico.

O longo período em que os pacientes ficam internados, dificulta tanto a melhora do paciente, quanto o desenvolvimento das atividades do enfermeiro.

Os profissionais da área se preocupam muito com essa questão que demonstra o excesso de tempo que os pacientes ficam internados, já que isso leva o paciente a demonstrar outros problemas decorrentes dessa permanência. Nesse sentido, os problemas passam a se defrontar com a própria realidade, porque o paciente permanecendo muito tempo dentro do hospital acaba por sentir-se cada vez mais desanimado. O próprio ambiente hospitalar gera esse tipo de sentimento, agravando seu quadro clínico.

O enfermeiro, por sua vez se sente acuado, frente aquela situação, que o impossibilita de tomar qualquer atitude e a convivência com esse doente mental faz com que o profissional, também se deprima, por estar sempre junto ao paciente, perante esse ambiente de sofrimento.

(...) aqui na unidade, os pacientes saiam mais cedo daqui e atualmente eles tem ficado por um longo período para fazerem teste de medicação (clozapina) que necessita de exames sanguíneo e coisa e tal. As pessoas estão ficando um ano ou mais de um ano internadas. **Entrevista 4**

Observa-se, aqui, que o entrevistado salienta a necessidade do paciente ficar menos tempo dentro do hospital. Isso evitaria o sofrimento, tanto do profissional enfermeiro, que acaba se envolvendo afetivamente com o seu paciente, como do próprio enfermo, que se sente triste e, conseqüentemente, mais doente. Nesse sentido é interessante que se desenvolva ações preventivas que venham a diversificar o modo e o ambiente de trabalho.

(...) ações preventivas para evitar a depressão dentro do ambiente de trabalho são bem possíveis, principalmente nos dias de hoje, onde uma serie de alternativas surgem a cada dia. **Entrevista 2**

Com vistas na idéia de aplicar as ações preventivas, como um recurso ou como unia alternativa de menor índice de depressão no trabalho psiquiátrico, pode-se dizer que é de fundamental relevância o acompanhamento do paciente fora do hospital. Como salienta o entrevistado abaixo.

(...) seria importante também como ação preventiva o acompanhamento externo ao doente mental e sua família. Explicando melhor, o profissional sair de dentro do hospital, ir até o paciente, na família, sua comunidade. Fazer com que os que rodeiam o paciente, ajudem no seu bem estar, participe no seu tratamento. **Entrevista 7**

Com base nisso constata-se que essa seria uma alternativa eficaz, pois o profissional trabalha em um ambiente diferente, ao mesmo tempo presta uma assistência ao doente mental, juntamente com sua família, no seu lar.

Assim, além do paciente sentir-se melhor por estar na sua comunidade, o enfermeiro, também, terá uma satisfação maior, pelo fato de que não vai ficar, constantemente, dentro do hospital. Salienta-se, ainda, como um outro recurso de prevenção, dar uma boa informação a família do paciente, sobre a doença mental em si,

com o objetivo de oferecer um maior conhecimento do assunto, para que o paciente possa ter um auxílio necessário em casa.

(...) muitas vezes a falta de informação dos familiares e a falta de conhecimento quanto à doença mental, faz com que não assuma o seu paciente. A realidade hoje é prevenção, e a família, a família não pode passar a responsabilidade para o hospital ela é responsável pelo paciente, o hospital é temporário, somente para esbater o surto da doença, mas ainda existem muitos tabus em relação à psiquiatria e ao doente mental e quando isso fica claro para mim, fico triste, me deprime saber que atualmente ainda exista esses tabus, esses medos com o doente. **Entrevista 5**

Dessa forma a família, o doente e o enfermeiro serão beneficiados, já que, o primeiro saberá como tratar do seu doente; o segundo se sentirá amado e respeitado por sua família e pela comunidade e o ultimo terá uma saúde mental equilibrada e, conseqüentemente, poderá prestar uma excelente assistência para os enfermos internados, pois com esse tipo de serviço externo diminuiria a demanda de interações e de riscos dentro das unidades psiquiátricas.

(...) ação preventiva dentro do hospital, para nós os profissionais da área da saúde mental, seria termos uma maior segurança dentro do ambiente de trabalho; em situações de risco nós termos segurança, com a finalidade de aliviar a nossa ansiedade e servirmos melhor o nosso paciente, termos equilíbrio para sentir melhor o nosso doente mental. **Entrevista 3**

Por isso, afirma-se que é indispensável que se pratiquem ações preventivas dentro do hospital, pois seria um dos fatores no qual o enfermeiro poderá trabalhar num ambiente seguro que lhe de satisfação, para que ele possa dar um bom atendimento a seu paciente desempenhando seu trabalho de maneira mais produtiva.

25 DOENÇA MENTAL LIVRE DE PRECONCEITOS

A categoria em destaque tratará da importância de proporcionar, a família do doente mental, um conhecimento maior a respeito da sua doença de forma a acabar com os tabus e preconceitos existentes na sociedade. Sem deixar de falar também, na questão do equilíbrio e saúde mental do enfermeiro.

Nos dias de hoje ainda existem preconceitos e tabus com relação as pessoas portadoras de deficiências , principalmente aquelas que possuem uma deficiência

mental. Isso acontece devido a falta de informação sobre o assunto, pois muitas vezes a sociedade e, até mesmo, a família não tem um conhecimento adequado sobre o assunto.

Partindo desse pressuposto, faz-se necessário que os profissionais da saúde, levem até a família e a comunidade um esclarecimento amplo, livre de preconceitos e tabus, para que, dessa forma, o doente mental possa ser bem assistido, não só a nível hospitalar, como também a nível domiciliar.

(...) levar a essas pessoas o esclarecimento, o conhecimento sobre a doença que envolve o paciente e Como maneja-lo, isso fará com que sejam evitadas internações, porque o melhor lugar para o paciente é o ambiente familiar e essa família aceitar o seu doente mental sem preconceitos e tabus.

Entrevista 7

Sendo assim, observa-se que se a família do paciente estiver bem informada sobre a doença, ela poderá proporcionar a ele uma vida mais digna. A partir do momento em que a família souber tratar do seu doente como realmente cio necessita ser tratado, ela mesma poderá cuidar dele em casa, para que o mesmo não precise passar temporadas dentro de uma unidade psiquiátrica. Estando bem assistido em casa o paciente só ficara no hospital quando for estritamente necessário, para exames e controle de rotinas.

Salientam os entrevistados que há doentes mentais que são mais agressivos e, que necessitam de um cuidado mais intensivo. Ocorre um grande aumento da tensão dos profissionais enfermeiros que, muitas vezes, correm riscos seriíssimos dentro da unidade psiquiátrica.

(...) é difícil, quando temos pacientes com risco de agressão ou suicídio, de fuga ou outros tipos de riscos, não temos segurança nenhuma, é tudo conosco, a falta de pessoal e muito grande nessas situações e o paciente é que sai prejudicado, por que isso gera ansiedade, angustia, as vezes medo na equipe de saúde e lógico isso atrapalha nossa produção. **Entrevista 3**

Como relata esse entrevistado, esse tipo de paciente mais agressivo, gera um sofrimento e uma angustia maior no enfermeiro, além de exigir muito mais tempo e atenção do mesmo.

É imprescindível, então, que se reduza o tempo da hospitalização do doente, pois assim diminui o acúmulo de pessoas internadas, conseqüentemente, os profissionais poderão dar mais atenção àqueles que mais precisam, e, assim, produzirão mais.

No entanto, é preciso que, esse tipo de paciente, que está sendo tratado em casa, possa receber um acompanhamento permanente a nível ambulatorial e domiciliar.

(...)acho que está ligado a isso também, o acompanhamento externo do paciente, isto é, profissionais acompanharem o tratamento do paciente fora do hospital, não só o paciente vir ao ambulatório do hospital e fazer a reavaliação de seu caso uma vez por mês ou mais, mas sim profissionais qualificados irem até sua casa e prestar uma assistência direta a esse paciente e sua família, isso faria com que não ocorresse recidivas de internações. **ENTREVISTA 1**

Portanto vale ressaltar a importância de se oferecer um esclarecimento à família do doente mental, para que esse possa ser tratado em casa, não tendo que permanecer muito tempo internado. Assim ele se sentirá melhor e proporcionará um alívio maior para o sofrimento do enfermeiro, que poderá se dedicar àqueles doentes que ainda não podem sair do hospital, devido a sua patologia ser de maior gravidade.

26 QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

A categoria “Qualidade de vida no trabalho” mais uma vez vai comentar a relevância da questão de o paciente permanecer o mínimo de tempo possível internado, tendo em vista uma melhor qualidade de vida do profissional enfermeiro. Certamente, a permanência mínima do paciente no ambiente hospitalar, trará um benefício significativo para ele e para o enfermeiro, que conseguirá desenvolver melhor suas atividades.

Para tanto, pode-se afirmar, novamente, que ações preventivas externas ao ambiente hospitalar, ajudariam muito para o desenvolvimento de um tratamento de qualidade. Dessa forma, o doente mental passaria a ficar mais tempo com a família em sua residência, o que ajudaria muito no seu restabelecimento.

(...) uma ação preventiva para essa situação seria rumar para um cuidado mais externo, uma assistência externa e não interna de internação do paciente, isso faria com que nós da enfermagem ficássemos menos tristes, porque evitaríamos internações desnecessárias e ajudaríamos o paciente a ter uma melhor qualidade de vida. **Entrevista 4**

Sendo assim, compreende-se que a qualidade de vida é um fator que ocupa lugar de destaque para o profissional enfermeiro e para o paciente. Aquele vai obter um nível

de saúde mental considerável e, este, com certeza, terá um processo de recuperação mais ágil.

Para que isso aconteça faz-se necessário que haja uma ação preventiva que auxilie o profissional a prestar uma assistência maior para o seu doente mental fora do ambiente hospitalar, proporcionando-lhe uma vida mais saudável juntamente com seus familiares.

(...) deveria haver um programa onde todos os profissionais da área da saúde se comprometessem a desenvolver e participar, nesse sentido. Na nossa área mesmo, a psiquiatria necessita muitas vezes de vários profissionais da área da saúde para acompanhar o paciente, dependendo de cada caso, sabemos que se a cabeça não está bem, nada está bem. **Entrevista 1**

Então, programas nesse sentido contribuem muito para que o trabalho possa alcançar resultados desejáveis. Pois, se existir uma saúde mental equilibrada conseqüentemente, haverá uma vida com mais qualidade.

Uma outra forma interessante que serve como ação preventiva frente às necessidades do profissional e do paciente, denota a urgência de trazer para o interior do cotidiano do enfermeiro e, por conseguinte do doente mental, o hábito do lazer que deve ser desenvolvido tanto dentro, quanto fora do ambiente de trabalho. Em se tratando de lazer inerente ao ambiente hospitalar tem-se a utilização de técnicas de relaxamento, que indubitavelmente contribuirão para a saúde mental de ambos.

(...) lazer também é uma condição importante tanto fora do trabalho quanto dentro do próprio ambiente de trabalho; já se fala hoje em técnicas de relaxamento dentro do trabalho, para assim evitar a tensão, as preocupações. **Entrevista 2**

Portanto, o lazer além de proporcionar um estado de bem-estar e composto, tanto físico, quanto emocional e mental, traz ao paciente e ao enfermeiro a certeza de uma melhor condição de vida. Muito mais do que se pensa, ele poderá vir a ser algo indispensável para a recuperação satisfatória do paciente e para o desenvolvimento físico e psicológico do enfermeiro.

4.4.2 CATEGORIAS INTERMEDIARIAS

Os dados apresentados, as vinte e seis categorias iniciais, foram reorganizados e reagrupados em novas categorias, de caráter mais amplo, dando origem ao que foi denominado de Categorias Intermediárias.

1 TRABALHO: REALIZAÇÃO PESSOAL

(...) trabalho para mim significa uma condição de vida, uma necessidade que toda a pessoa humana necessita, onde as pessoas podem conviver com as outras pessoas. O trabalho para mim é ocupação, é fazer algo de bom, algo que gostamos de fazer, porque senão gostamos daquilo que fizemos ele (trabalho) para mim não faz sentido... Trabalho é necessidade para o ser humano. E a motivação da cada um por aquilo que se faz. **Entrevista 2**

Esse item que dá início a categoria intermediária intitula-se como “Trabalho: realização pessoal” e engloba as questões referentes ao trabalho e à realização pessoal do enfermeiro psiquiátrico.

Os entrevistados acreditam que algumas coisas, dentro da área da psiquiatria, ou até mesmo em outras áreas de atuação, no âmbito da saúde, precisam ser modificadas, visando à satisfação pessoal.

Considerando esse fato muito importante, para os enfermeiros questionados é fundamental que o ambiente de trabalho seja um lugar prazeroso. Para isso, salientam a necessidade do estabelecimento da união da equipe de enfermagem, que obviamente terá condições de compreender e solucionar qualquer eventualidade que possa vir a surgir.

Nesse sentido o estado de satisfação no trabalho é uma condição indispensável para a obtenção da realização no mesmo. Isso, porque trabalhar é uma condição de vida do ser humano, que, por sua vez, precisa estar envolto por um ambiente de motivação, que promova prazer e a satisfação pelo que faz. Dessa forma, os enfermeiros psiquiátricos dizem que a relação entre prazer e motivação é bastante estreita, pois uma não acontece sem a outra. No entanto segundo eles, só é possível ter prazer, quando houver motivação e vice-versa.

Acrescentam, também, que, para que essa motivação e esse prazer seja alcançado é preciso que se tenha um objetivo a conquistar, um caminho e uma meta a seguir, fazendo com que o enfermeiro siga em frente em busca da profissionalização e da realização pessoal.

Segundo eles, é muito importante buscar o aperfeiçoamento e a realização pessoal no trabalho, mas, para isso, é necessário que o grupo de trabalho, mais especificamente, a equipe de enfermagem, tenha um bom relacionamento, o melhor possível, como se fosse uma grande família.

As reuniões periódicas são fundamentais, como dizem os entrevistados, pois é nesse momento em que se abrem espaços para troca e compartilhamento de idéias e problemas, gerando, assim, discussões sobre assuntos em pauta e, conseqüentemente, surgindo formas e soluções para melhorar o trabalho e o bom andamento dos serviços.

Na opinião dos entrevistados, a partir do momento em que o enfermeiro sente-se bem com seu trabalho, porque gosta do que faz, gosta dos colegas e tem um bom relacionamento em equipe, ele pode obter uma grande realização pessoal no seu trabalho e, com ela, um grande incentivo para procurar melhorar e se aperfeiçoar cada vez mais na sua área.

2 PRAZER NO AMBIENTE PSIQUIATRICO

A Categoria Intermediária “Prazer no ambiente psiquiátrico” reúne as preocupações dos entrevistados acerca do significado que envolve o prazer dentro do contexto hospital, mais especificamente quando se trata de um ambiente psiquiátrico.

Nesse sentido, os entrevistados afirmam que este sentimento de satisfação se desenvolve a partir da própria atividade diária, em função que os enfermeiros psiquiátricos, no geral, se sentem realizados ao desenvolver suas atividades.

Aqui se notou que o elemento profissão destaca-se de maneira grandiosa. Aqueles que escolheram para profissão a enfermagem tem gosto pelo que fazem, e, conseqüentemente se sentem gratificados com sua realidade.

(...) prazer para mim no trabalho é conseguir resolver situações. Trabalhar no setor que tu escolheu para trabalhar, porque todos nós escolhemos um serviço para trabalhar e nós não estamos ali por acaso, empurrados.

Entrevista 1

Portanto, compreende-se a partir da declaração desse entrevistado, que o enfermeiro tem consciência daquilo que escolheu como profissão, além de que eles

conseguem, em meio a tantas adversidades que se manifestam no dia-a-dia, enxergar um lado positivo no desenvolvimento de suas atividades.

Entende-se que prazer no trabalho consiste basicamente em colocar em prática aquilo que se gosta de fazer, ou seja, realizar-se em sua profissão. Certamente, o próprio rumo que suas atitudes assumem, lhes proporcionam uma condição de satisfação, enquanto, através de sua profissão o enfermeiro pode ajudar a restabelecer vidas.

Em função disso, o próprio paciente, de certa forma é responsável pelo êxito emocional do profissional, já que conforme procede a sua recuperação, inevitavelmente, o enfermeiro apresentará reações de satisfação.

Sobre o aspecto da satisfação pessoal, que levará a manifestação do prazer no ambiente de trabalho da enfermagem psiquiátrica, ressalta-se a necessidade de investir nesse profissional. Quando o trabalho é desenvolvido tendo como ponto de apoio o investimento em nível de saúde mental, a produção além de ser mais acentuada, melhora também as condições de vida do enfermeiro.

Isso se dá ao mesmo tempo em que o profissional atribui a sua realização pessoal, ao sucesso de suas atividades, enquanto enfermeiro, como afirma o entrevistado abaixo:

(...) prazer é resultado de um trabalho bem feito. Seria ver os resultados daquilo que eu fiz, daquilo que eu me propus a fazer ou saber que no resultado final tem uma pontinha minha, uma participação minha. Então isso é prazer para mim, é eu poder dentro da minha área de dependentes químicos, por exemplo, saber que eu consegui fazer com que uma pessoa possa sair daqui, do meu setor, e ficar abstêmico (...) **Entrevista 5**

Vale lembrar, que esse resultado satisfatório, como foi colocado pelos entrevistados não é mérito singular de cada um, ao contrario consiste em um trabalho mútuo e contínuo que é desenvolvido diariamente pela equipe de trabalho.

Consideram, ainda, que prazer para eles nada mais é do que o trabalho que é produzido. Consiste na certeza, na hora de tomar decisões, de intervir junto ao paciente, e, também, junto ao seu colega. É dentro desse contexto de afirmação que os objetivos são traçados e, conseqüentemente, perseguidos fielmente.

Sem duvidas, dentro desse ambiente tão prazeroso, as dificuldades estão intrínsecas no cotidiano, mostrando-lhes que estas intervenções são inerentes à conquista, tendo em vista que a conquista das metas consiste no prazer propriamente dito.

Na percepção dos entrevistados, além de todos esses elementos citados anteriormente, o convívio oportuno, da ajuda ao paciente é considerado como o principal indicador da satisfação prazerosa, pois a melhora do seu paciente corresponde, automaticamente, no seu sucesso profissional e pessoal.

3 AMBIENTE PSIQUIATRICO E SUAS PARTICULARIDADES

A categoria a seguir aborda de forma ampla questões que levem em consideração as particularidades que emergem no enfermeiro que desenvolve suas atividades em uma unidade psiquiátrica.

Por se tratar de um ambiente onde as pessoas que freqüentam encontram-se em condições precárias a nível mental, o estado emocional do enfermeiro psiquiátrico é, freqüentemente muito atingido. Em decorrência disso os entrevistados afirmam que, para que seja possível manter a saúde mental daqueles que atuam na área é indispensável a afirmação da união por parte da equipe.

(...) é importante o trabalho em equipe na psiquiatria, aqui trabalhamos com o emocional das pessoas, e isso mexe muito com a gente, e uns ajudam os outros a manejarem com seus conflitos. **Entrevista 6**

Para os entrevistados, nessa busca incessante de saúde emocional, o trabalho em equipe é considerado como um fator muito importante, pois ele tem condições de restabelecer o profissional da área. Além do que, o trabalho deles deve ser desenvolvido de forma conjunta quanto ao atendimento do paciente, para que determinadas atitudes não venham a acarretar outros problemas.

Nesse sentido, manifesta-se, ainda, a necessidade de ajudar as pessoas, que significa a oportunidade que os enfermeiros psiquiátricos tem de contribuir de uma maneira ou de outra, para o restabelecimento do seu paciente.

Os enfermeiros, de modo geral, notam que através de atitudes rotineiras, eles podem identificar sinais positivos em suas atividades. Então, estes sinais consistem na validade de seu trabalho como um todo.

Percebem, que a verdadeira essência do seu trabalho está em alcançar suas metas, juntamente com aquelas necessárias ao paciente. No ambiente psiquiátrico, o

enfermeiro tem a oportunidade de manifestar sua ajuda aos outros, não só como profissional, mas, também, como ser humano. Em se tratando de reconhecimento, os entrevistados destacam, de forma significativa, que esta é uma área muito gratificante justamente em função desse envolvimento emocional e pessoal que se faz necessário entre enfermeiro e paciente.

(...) satisfação, ou melhor, dizendo esse prazer no trabalho eu adquiro, quando tenho a oportunidade de realizar uma assistência de enfermagem que realmente acredito ser a mais adequada, sentindo que alguém é beneficiado com essa assistência prestada por mim. Que esse modo de cuidar, permita a aproximação entre, os componentes da equipe, paciente e os familiares.

Entrevista 7

Dessa forma, os entrevistados destacam que o prazer em trabalhar com o doente mental consiste numa unidade significativa do seu trabalho, porque o seu paciente é quem permite a sua própria satisfação.

Dentro desse ambiente, manifesta-se, também o sofrimento dentro do local de trabalho, que significa, exatamente, o sentido oposto do prazer. Muitas vezes esse desprazer se manifesta em função de que os médicos não conseguem se expressar de forma coerente, dificultando a prática, assim como, pode ocorrer por parte da equipe de enfermagem, que se encontra desunida.

Sendo assim, os entrevistados afirmam que a satisfação dentro do ambiente psiquiátrico depende da realização das metas, o que permite a equipe visualizar o resultado do seu trabalho.

4 O TRABALHO DO ENFERMEIRO

A categoria intermediária intitulada como “Os trabalhos do enfermeiro”, incluem a descrição de vivências que apresentam os entrevistados, acerca do que lhes proporciona motivação para o trabalho, mais especificamente, ao trabalho desenvolvido no hospital, em particular, na área da enfermagem psiquiátrica.

Na visão dos entrevistados, a simples capacidade de desenvolver seu trabalho, de vislumbrá-lo e de diagnosticar os bons resultados, é bastante satisfatório, constituindo-se naquelas coisas que lhes proporcionam maior prazer nas suas atividades diárias. Destacam, que a possibilidade de terem condições de oferecer tranquilidade ao paciente,

ao perceberem a necessidade; de dialogar com ele, enquanto acompanha sua melhora, são formas de manifestação de prazer.

Dentro desse ambiente, conforme os entrevistados, os conflitos são uma constante dentro de suas atividades. Contudo, eles afirmam que: quando existe a união da equipe, muitas das dificuldades deixam de existir perante essa forma conjunta de resolver os problemas. Esses conflitos podem ser de natureza pessoal, ou, ainda assumir dimensões no âmbito do trabalho. Nesses dois casos os enfermeiros devem ter o cuidado para que, seus problemas não venham atingir os pacientes.

Nesse sentido é que se torna importante o convívio em grupo dos enfermeiros, que, certamente possibilitará o equilíbrio da equipe em todos os sentidos.

Um outro elemento que vem a contribuir para a satisfação do enfermeiro psiquiátrico em seu trabalho é a questão financeira, que, inevitavelmente, reflete os sentimentos dele em sua atividade diária.

(...) reconhecimento do meu trabalho também me dá muito prazer, a valorização daquilo que faço, acredito que isso é uma das grandes realizações de todo o ser humano, o reconhecimento de seu trabalho. É lógico, sente-se prazer também quando a gente tem uma remuneração condizente com o teu trabalho. **Entrevista 1**

Para esse entrevistado, assim como para os outros, a remuneração significa uma questão relevante, pois é ela que traz ao profissional a dignidade de trabalhar, assim como a sua condição atual de ser humano.

Nessa luta em busca de melhores salários, assim como condições de trabalho, reporta-se, mais uma vez, na questão do trabalho em conjunto da equipe de saúde, que, neste caso, também, favorece os enfermeiros.

Essa união da equipe proporciona, ainda, que enfermeiros e colegas consigam discutir suas opiniões, e encontrar uma solução para seus conflitos de maneira conjunta. Neste caso, tratando especificamente de psiquiatria, o trabalho em equipe é essencial, em virtude das necessidades oriundas dessa atividade.

(...) trabalho em equipe é importantíssimo na psiquiatria, aqui ninguém consegue trabalhar sozinho, isso para mim é ótimo porque eu não conseguiria trabalhar sozinha, eu gosto de gente, eu gosto de dividir opiniões, eu gosto de ouvir as outras pessoas, da opinião dos outros, acho que quem gosta de trabalhar só, não escolhe enfermagem como profissão. **Entrevista 5**

Dessa forma os entrevistados consideram que trabalhar em grupo, onde todos sejam unidos, onde a harmonia; a compreensão, a coesão, o respeito mútuo e a amizade sejam uma constante, salientam características de um bom relacionamento, indubitavelmente é uma atividade que oferece muito prazer e motivação. Observam que dispensar um tratamento cordial a todos é motivo de alegria.

Segundo os entrevistados uma outra constante dentro do cotidiano dos profissionais enfermeiros que atuam na área da psiquiatria, é a convivência com os familiares do paciente, que muitas vezes não é muito fácil. Sobre isso se destaca que, alguns cursos com o intuito de auxiliar a família do doente no sentido de ajudar na recuperação do paciente, são de muito bom tom, pois oferecem varias vantagens para aqueles que buscam ajudar seu doente mental.

Esse tipo de acontecimento oferece aos familiares um melhor esclarecimento, quanto à forma que será direcionada o atendimento ao paciente, agindo da melhor maneira tanto fora, quanto dentro do ambiente hospitalar.

Entende-se então, que o trabalho do enfermeiro necessita de muita dedicação, motivação e precisão por parte deles, em função da exigência decorrente da singularidade da profissão.

5 A VALORIZAÇÃO DO TRABALHO EM EQUIPE

(...) conflitos em todo o lugar ocorre e sempre é solucionável... Esses conflitos quando ocorre, procuramos solucionar com o trabalho em equipe, isto quer dizer, se existe dificuldades com alguém, todo o grupo se empenha em ajudar. O que nos ajuda bastante são as reuniões de unidade, reuniões de estudo, reuniões para discussão de tratamento de pacientes, reuniões de equipe, nessas reuniões surgem muitas vezes a dificuldade de alguém ou do grupo e então esse problema é discutido e trabalhado. **Entrevista 3**

A categoria “valorização do trabalho em equipe” engloba informações acerca da relevância das reuniões, frente às diversas situações que necessitam desse recurso.

Os entrevistados percebem que as reuniões, com a equipe de trabalho, funcionam como uma alternativa para encontrar formas de realizar melhor a assistência de enfermagem na área da psiquiatria.

Percebem as reuniões periódicas como um elemento fundamental para discutir e encontrar soluções plausíveis ao bom andamento dos serviços. Dessa forma as reuniões também atuam para solucionar os conflitos pessoais que assolam cada um dos integrantes da equipe. Nesse sentido, cada desafio ultrapassado, corresponde numa conquista, que geralmente ultrapassa as metas e alcança a satisfação.

Dentro desse contexto de busca a detenção dos objetivos, muitas vezes o sucesso não é alcançado em decorrência de fatores inerentes às atividades, que muitas vezes não são explicáveis. Para os enfermeiros o sofrimento no trabalho se caracteriza pela falta do alcance dos objetivos estipulados anteriormente. A falta da concretização dessas metas leva o trabalhador a apresentar um sentimento bastante difícil de conviver, que é aquele que denota a falha do profissional.

Os entrevistado, também, afirmam que o sofrimento na psiquiatria aflora quando, aparecem as dificuldades no ambiente de trabalho, e, que, por vezes, não conseguem ser solucionadas de forma satisfatória.

(...) sofrimento é aquilo que relatei anteriormente, quando nosso trabalho se arrasta, tu não consegue fazer com que ele deslanche, para mim, quando isso ocorre é porque há problema, no tratamento, problema com a equipe, conflitos entre profissionais, problemas de manejo com o paciente e esse problema tem que ser resolvido o mais rápido possível, porque o paciente que esta sendo prejudicado, e eu também fico preocupadas, fico angustiada, triste, querendo resolver. **Entrevista 6**

Eles colocam que essa dificuldade de resolver os conflitos, além de trazer-lhes sofrimento, traz, ainda, a diminuição do rendimento da produção do enfermeiro, porque as condições mentais dele são afetadas e, posteriormente retratadas no decorrer de suas atividades.

Sendo assim, o trabalho em equipe vive também, o dilema pessoal de todos aqueles que a integram. Os componentes tentam conviver com a satisfação e as dificuldades de terem escolhido a profissão de enfermeiro, com a vocação que vem do interior de cada um deles, dando-lhes força no dia-a-dia, com a satisfação em exercer suas atividades, e, finalmente com a busca incessante de melhores salários, para a concretização de uma condição de vida melhor.

Dessa forma, os entrevistados destacam que, inevitavelmente, o trabalho em grupo é de grande valia dentro da busca da concretização de suas atividades. Então, para

o enfermeiro é essencial que ele consiga trabalhar em condições saudáveis, assim, como para o paciente que terá muitos benefícios dentro de um contexto harmônico e tranquilo.

Percebem, então, a grande eficiência, indispensável, do trabalho da equipe na unidade psiquiátrica, que presta assistência a doentes que, além de cuidados especiais, necessitam de muito carinho e dedicação.

6 SOFRIMENTO NO AMBIENTE DE TRABALHO

Essa categoria tem o objetivo de mostrar o quanto é difícil para os profissionais que atuam na área da psiquiatria, conviver com o sofrimento, decorrente de vários fatores, que emergem no seu cotidiano.

Os entrevistados relatam que um dos elementos que mais contribuem para esse estado de tristeza que assola os enfermeiros consiste na impossibilidade de ter condições de oferecer um condicionamento melhor e satisfatório ao seu paciente. Isso demonstra, evidentemente, de forma involuntária, a impotência do profissional frente àquele quadro.

Assim como o sofrimento decorrente da relação enfermeiro/ paciente, verificasse, também, a insatisfação do profissional em relação ao seu salário. Os entrevistados salientam que a falta de reconhecimento do seu trabalho é algo que os desmotivam a exercer suas atividades.

(...) falta de reconhecimento do meu trabalho também é algo que me faz sofrer. Acho que todo o profissional gosta de ver seu trabalho valorizado, não é remuneração é valorização mesmo, reconhecimento, isso te proporciona motivação para o trabalho, é tu sentir que é importante pelo teu trabalho pela tua competência, acredito que a falta disso desmotiva qualquer profissional levando esse ao sofrimento. Entrevista 1

Além da questão econômica, foi possível compreender que o lado pessoal em se tratando de reconhecimento, por aquela atividade que vem sendo desenvolvida, também é algo que representa grande parte dos componentes que contribuem para a constatação do sofrimento no profissional. Entende-se isso, em função de que para o enfermeiro o eixo gerador de suas atividades significa competência, o que naturalmente merece manifestação de reconhecimento.

Para eles, muitas vezes essa fragilidade que se manifesta, pode acarretar outras conseqüências, como situações de conflitos, decorrentes desse desequilíbrio. Nesse sentido, essas dificuldades podem afetar os colegas, os pacientes, e, também os familiares do doente mental.

Inevitavelmente, essa falta de suporte psicológico que é decorrente do sofrimento dentro do ambiente de trabalho, causa a dificuldade de resolução de alguns aspectos que dizem respeito a segurança do profissional, que atua junto ao doente mental.

Nessa concepção dos entrevistados, esse é um elemento que detém muita responsabilidade, porque é de extrema importância que o profissional desfrute de exímias condições de trabalho, para que somente, assim ele possa desenvolver suas atividades com eficiência.

(...) sofrimento para mim no meu trabalho seria de uma certa forma ver as condições em que nós trabalhadores da área da saúde mental trabalhamos, no sentido do espaço físico, como também em relação à falta de um suporte psicológico maior no que diz respeito a segurança para exercermos melhor a nossa tarefa dentro da saúde mental. **Entrevista 3**

Como foi colocado pelo entrevistado acima, as condições do espaço físico devem ser no mínimo boas, pois caso contrário o desenvolvimento de sua prática, ou melhor, o atendimento ao doente mental não terá a qualidade satisfatória.

Essa preocupação em recuperar o paciente é uma constante dentro da equipe de enfermagem. Além disso, os enfermeiros, da sua maneira, tentam reorganizar a vida do paciente, através da ajuda que eles o dispensam. Esse atendimento prestado, quando se manifesta de maneira satisfatória oferece ao enfermeiro a oportunidade de experimentar a sensação da satisfação e do prazer, que surge silenciosamente nesse ambiente de sofrimento.

Para os entrevistados são exemplos como esses, citados anteriormente, que oferece-lhes vigor para vencer a chegada quieta, ou, por vezes, alarmante do sofrimento no ambiente de trabalho que emerge o enfermeiro psiquiátrico.

7 TRISTEZA NA UNIDADE PSIQUIÁTRICA

A categoria intermediária classificada como “Tristeza na unidade psiquiátrica”

tem o propósito de relatar algumas sensações não muito agradáveis que surgem no contexto de trabalho do enfermeiro psiquiátrico.

Os entrevistados relatam que é dentro de um ambiente harmonioso que por vezes a tristeza surge. Para eles esse sentimento é decorrente, principalmente, pela dificuldade de solucionar determinadas questões e problemas. Contudo, eles enfrentam essa situação de maneira positiva, fazendo com que as alternativas apareçam e eles consigam soluções. Muitas vezes, este caminho de busca se dá através do pensamento positivo, ou até mesmo, decorrente da boa vontade e do bom senso de todos.

Porém, perante situação de conflitos é preciso Ter a capacidade de deixar o paciente livre desse tipo de envolvimento. Aqui, sem dúvida entra o profissionalismo do enfermeiro, pois ele precisa resolver suas dificuldades sem deixar transparecer suas angústias ao doente mental.

Compreende-se que estas situações de dificuldades aparecem dentro do ambiente hospitalar e que, também, podem ser de ordem pessoal, mas, certamente com cautela e atenção nas suas atitudes o profissional encontrará uma maneira de distorcer tal situação.

Ainda, dentro desse cerco de problemas, que geram um sentimento de tristeza entre os enfermeiros, os entrevistados relatam que a falta de reconhecimento pelo seu trabalho, também, é um fato que acelera esse processo de sofrimento.

(...) não estou colocando só a enfermagem nisso, é todo o contexto, educação e saúde no geral é uma vergonha. Eu sobrevivo hoje com o que eu ganho, e com certeza eu sou um profissional que mereço muito mais, porque eu sei da minha competência. Isso é falta de reconhecimento, de valorização, é sofrido, é triste, é doído porque nós não merecemos estar nessa situação.

Entrevista 6

Para os entrevistados, a valorização é considerado como um fator importante, pois o seu trabalho é o que lhes dá a sua condição de sobrevivência, tanto a nível financeiro, quanto de satisfação pessoal, o que é muito importante para o sucesso de um trabalhador.

Entende-se, que a falta de valorização do seu trabalho causa aos enfermeiros psiquiátricos uma condição de impotência, tomando seu trabalho e seu cotidiano num ritual de sofrimento e angústia. Nesse sentido faz-se necessário que o enfermeiro consiga manter-se de maneira controlada, para não deixar que isso afete suas atividades funcionais.

Quando a oportunidade de resolver esse tipo de dificuldade surge, os profissionais sentem-se mais aliviados, pois, suas condições de trabalho melhoram, proporcionando-lhes mais tranquilidade e segurança no dia-a-dia.

A motivação que se faz dentro desse ambiente psiquiátrico, faz com que o enfermeiro consiga transmitir algo de bom ao seu paciente. Contudo esse sentimento no profissional não precisa dar-se de maneira exagerada, como afirma o entrevistado abaixo.

(...) não quero dizer que precisam sempre estarem te elogiando, te paparicando, porque sabemos de nossa competência, mas de vez em quando é muito bom a gente se sentir valorizado pelo que se faz. E, é essas coisas que causam tristeza, que me faz sofrer. **Entrevista 1**

Nesse sentido, compreende-se que a questão salarial não é o único tipo de desvalorização que causa sofrimento e tristeza no profissional; a falta de valorização no sentido de considerar o seu trabalho, também deixa deprimido.

Segundo os entrevistados, a falta de uma equipe que administre os setores coerentemente, também, os fazem sentirem-se deprimidos. Vale ressaltar que essa “depressão” citada por eles muitas vezes não consiste num quadro clínico depressivo, mas representam seu estado emocional.

Em função desses fatores é que se torna indispensável a presença o trabalho em equipe. Em situações dessa ordem a união do grupo, sem dúvida, fortalecerá todos para que consigam manter-se equilibrados.

Notou-se que o sofrimento dentro da enfermagem psiquiátrica apresenta características ímpares que dificultam o desenvolvimento das atividades do enfermeiro.

8 COMO VENCER A DEPRESSÃO NO TRABALHO

A categoria “Como vencer a depressão no trabalho” traz a depressão no ambiente de trabalho do enfermeiro psiquiátrico e, ainda, mostra algumas formas de vencer essa depressão.

Para os entrevistados a depressão se dá, a maioria das vezes, pela falta de motivação e pelo despreparo que existe dentro da unidade. Eles acreditam que é imensamente importante que o profissional sinta-se motivado no seu trabalho para que,

assim, ele possa estar bem disposto e feliz para tratar de seu paciente. O enfermeiro, segundo as entrevistas precisa sentir-se valorizado naquilo que faz.

(...) trabalho ocupa grande parte da tua vida e tu tem que se sentir produzindo, tu tem que se sentir crescendo, tu tem que se sentir valorizado naquilo que tu faz para estar estimulado quanto ao teu trabalho. **Entrevista 4**

Nesse sentido, fica claro o quanto é importante que a instituição valorize o seu enfermeiro, fazendo com que ele cresça como profissional, pois, dessa forma ele estará sempre bem disposto, e isso será bom para ele, para a empresa e para o doente mental.

Os entrevistados salientam, também, uma forma de depressão no trabalho, é a falta de recursos para resolução dos problemas existentes, e, com ela, o despreparo que os enfermeiros tem para ficar tanto tempo seguido dentro de uma unidade psiquiátrica.

O despreparo, conforme os entrevistados faz com que os enfermeiros sofram um desgaste e esse cansaço pode chegar a um processo depressivo. Isso faz com que o enfermeiro, deprimido passe a não gostar mais daquilo faz e, conseqüentemente, comece a sentir-se triste e desmotivado.

Com isso, observa-se, então, que se o profissional da saúde sente-se incapaz para exercer sua função, ele passa a não conseguir promover uma boa saúde mental e para o seu paciente.

Dessa forma, é imprescindível, conforme os entrevistados, que haja algumas alternativas para que se resolva esse problema e, uma delas é a educação continuada. Essa alternativa faz com que o profissional esteja sempre em busca de coisas novas e atualizado em sua área, sempre aprendendo e aprimorando seus conhecimentos.

Portanto, faz-se necessário que, para isso, não só o profissional tenha vontade de buscar e ampliar seus conhecimentos, mas que, principalmente, a instituição proporcione alternativas para que esse profissional tenha facilidade de realizar essa educação continuada... Só assim, será possível, evitar a depressão no trabalho.

9 PREVENÇÃO NA CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

Esta categoria que tem como título “A prevenção na capacitação do profissional”, abordará sobre a importância da prevenção contra o sofrimento e a depressão no trabalho. Para isso foram usadas as entrevistas com o intuito de saber o que o enfermeiro pensa sobre o assunto e de encontrar algumas soluções para o mesmo.

Os entrevistados falam que existe sim uma tristeza e um sofrimento no trabalho, mas salientam que essa tristeza acontece por um curto período de tempo, pois às vezes eles se deparam com situações muito sérias e, pela dificuldade dessas situações, acabam por sentirem-se incapazes de resolver o problema.

Em razão disso, se instalam alguns sintomas depressivos dentro do ambiente de trabalho. Os profissionais, quando não conseguem prestar assistência adequada ao paciente, devido a falta de recursos, passam a incomodar-se com isso e sentem uma certa angústia e tristeza por isso. Isso fica claro com os entrevistados.

(...) mas o que me geraria uma certa angústia, uma certa ansiedade, tristeza, seria as condições de trabalho dentro da unidade psiquiátrica, para atender melhor o nosso doente mental. **Entrevista 3**

(...) onde estamos em um processo de greve e isso mexe bastante com a gente, porque sabemos que o governo não está nem um pouco preocupado com a nossa situação, então volto a dizer é a falta de valorização de nosso trabalho e isso cansa, desgasta, a tal ponto que o nosso mecanismo de resposta também cansa e não volta mais ao estágio normal e podemos então deprimir. **Entrevista 1**

Portanto, pode-se dizer que, conforme os entrevistados, a falta de condições e de recursos dentro da unidade de trabalho faz com que o profissional caminhe na direção de uma depressão e uma tristeza no seu trabalho.

Salientam também, que é preciso que se dê valor certo para o enfermeiro, para que ele, dessa forma, sinta-se estimulado e motivado a lutar em busca de recursos e de uma melhor qualidade no atendimento paciente.

Com vistas nisso, faz-se relevante que haja mudanças no setor de trabalho e, principalmente, no setor administrativo, porque, assim, se encontrará um bom atendimento no setor psiquiátrico. Um profissional que tem o material necessário para exercer sua profissão e que é valorizado pelo que executa, só trará benefícios para si, pois se sentirá seguro e capaz; para a empresa que tendo um bom funcionário maior rendimento e lucratividade e para o doente a melhor assistência à sua saúde.

10 AÇÕES PREVENTIVAS PARA O EQUILIBRIO MENTAL DO ENFERMEIRO

Esta categoria intermediária referir-se-á sobre a necessidade de se implantar ações preventivas na área da psiquiatria, a fim de que se resolva e evite, da melhor maneira possível a depressão no ambiente de trabalho.

Para isso, convém especificar que, como dizem os entrevistados, é indispensável que se ofereça dentro do hospital, alternativas que aliviem o sofrimento e a tristeza do profissional que lida com doentes mentais.

Segundo os entrevistados as ações preventivas facilitam a jornada diária do enfermeiro, pois faz com que ele esteja sempre mudando seu cotidiano, na medida em que se envolve com esse tipo de ação.

(...) existem ações preventivas para se combater essa depressão no trabalho, o que coloquei anteriormente, é que uma forma importante de prevenção, detectar o ambiente tenso na unidade e com isso dar um maior acompanhamento aos profissionais envolvidos no caso. **Entrevista 1**

Dessa forma, observa-se que, o uso de ações preventivas só vem a beneficiar o enfermeiro, já que este passará a ter uma segurança maior, perderá aos poucos a tensão que o afligia e, em decorrência disso, dará um atendimento diferenciado a seu doente mental que tanto necessita.

Partindo desse pressuposto, conforme revelações dos participantes desta pesquisa, uma ação preventiva considerada importante é a reuniões em equipe, dentro do hospital. Os entrevistados dizem que é fundamental que se realizem reuniões de grupo na unidade de trabalho, para que, através delas, sejam resolvidos os problemas dos enfermeiros que dela participam.

As reuniões em equipe servem para ajudar os profissionais a superar alguns obstáculos que possam atrapalhar o andamento do trabalho. Através delas, os enfermeiros expõem seus problemas aos colegas, o mesmo é discutido entre todos e daí surgem às soluções.

O trabalho em equipe, além de resolver as tensões do grupo, faz com que haja uma união entre colegas de trabalho.

Outra forma de prevenção, para um maior equilíbrio no trabalho é prestar assistência externa ao paciente. Isso proporciona prazer para o enfermeiro e para seu paciente, pois, o primeiro trabalha num ambiente diferente que é a casa do paciente e o segundo, sente-se mais acomodado, por estar em seu meio, junto com seus familiares.

Faz-se relevante também destacar como uma ação preventiva investir no conhecimento e na informação, no que se refere a saúde mental. O profissional deve estar sempre atento, em busca de coisas novas, dentro da sua área que, no caso é a psiquiatria. Dessa maneira, ele estará trazendo benefícios para si e para seu paciente que desfrutará desses novos conhecimentos adquiridos.

Portanto, aplicar esses tipos de ações preventivas na unidade hospitalar é enriquecer a qualidade de saúde mental, oferecida aos doentes, é aliviar o clima tenso vivido pelo profissional da área da saúde, trazendo equilíbrio para ele e para seu paciente.

11 IMPORTANCIA DA MOTIVAÇÃO NO TRABALHO

(...) pessoas que vão se acomodando permanecem num círculo vicioso por estarem a muito tempo, a anos e anos no mesmo ambiente de trabalho, pessoas que perdem o interesse de fazer mais, pessoas que deixam de serem criativas, por sempre estarem fazendo a mesma coisa, então acho que tem uma hora que tem que dar uma mexida. **Entrevista 1**

Esta categoria apresentará uma visão a respeito da importância da motivação no trabalho, dentro da unidade psiquiátrica, salientando alguns motivos que fazem com que o profissional fique desestimulado e enfatizando a solução para resolver esta situação.

Observa-se que os entrevistados, num sentido geral, colocam como um fator muito forte que desencadeia a depressão no enfermeiro no ambiente hospitalar, o tempo de serviço que ele tem dentro da mesma unidade de trabalho.

Relatam que, a maioria dos enfermeiros, quando trabalham no mesmo setor por muito tempo, passa a ficar mais desinteressado de criar e gerar formas diferentes de promover saúde.

Isso se dá tanto não só com o paciente, que estando muito tempo internado, também se sentirá triste e cansado de estar sempre no mesmo local, com as mesmas normas e rotinas.

Em virtude disso, acrescenta-se a idéia de que não é bom o hospitalismo no setor psiquiátrico. O paciente precisa estar em contato com a família, lá na sua casa, no seu meio, para que possa apresentar uma melhora considerável seu estado de saúde mental.

Desse modo, os entrevistados acreditam na ação preventiva praticada fora do hospital, onde o paciente pode ficar o maior tempo na sua casa, recebendo assistência psiquiátrica.

Todavia rara que isso aconteça é interessante que a equipe de enfermagem faça um trabalho social com os doentes, a fim de que esses sejam atendidos no seu lar.

Dessa maneira o enfermeiro também estará sendo beneficiado, pois passará a trabalhar em ambientes abertos e diferentes, e com isso ajudando a evitar internações desnecessárias e recidivas de internações.

Portanto, é necessário que a unidade de trabalho, em primeiro lugar faça uma avaliação de alta de pacientes, e de início a assistência á saúde mental domiciliar.

12 PSQUIATRIA SEM DEPRESSÃO: trabalho externo com o paciente

(...) ação preventiva para essa situação seria rumar para um cuidado mais externo, uma assistência mais externa e não interna de internação do paciente, isso faria com que nós da enfermagem ficassemos menos tristes, por que evitaríamos internações desnecessárias e ajudaríamos o paciente a ter unia melhor qualidade de vida. **Entrevista 4**

A categoria “Psiquiatria sem depressão: trabalho externo com o paciente” visa apresentar um recurso muito benéfico e eficaz para acabar com a depressão no ambiente psiquiátrico, que é o trabalho-externo com o doente mental.

Os entrevistados desta pesquisa relatam que a luta maior dentro do hospital, agora, é a de manter o paciente fora do hospital, ou seja, o mínimo possível internado e o máximo junto da família.

Salientam que isso evitaria o acúmulo de doentes dentro do hospital e proporcionaria a conscientização da família e da comunidade quanto à doença do seu paciente. Tendo um menor número de pacientes hospitalizados, segundo os entrevistados fica mais fácil para o enfermeiro, dispensar mais atenção e assistência mais individualizada a seu paciente. O doente, não ficando tanto tempo internado, passa a adquirir independência e mais ânimo, e por estar mais tempo em casa, com sua família e, esta por sua vez, passa a ficar mais atenta e participante na vida do seu doente mental,

aprimorando assim, mais seus conhecimentos e conscientizando-se a respeito da doença em questão.

Porém, muitas vezes os familiares não tem as informações necessárias sobre a doença mental e, por isso, acabam por deixar o seu doente sob a responsabilidade do hospital. No entanto, isso não é aconselhável, porque acaba prejudicando o restabelecimento do paciente, que se sente rejeitado e o trabalho do enfermeiro, que acaba envolvendo-se demais afetivamente com o enfermo e sofrendo por ele.

Segundo os participantes da pesquisa, faz-se necessário uma ação preventiva que venha a contribuir para o restabelecimento do doente mental, de forma que este esteja sempre bem assistido e, ainda, é preciso que junto com esse atendimento ao paciente se faça um trabalho com a família do paciente, de maneira a levar um conhecimento básico sobre a doença, a família do paciente. Assim, tanto o paciente, quanto o profissional enfermeiro estarão em perfeito estado de saúde mental.

4.4.3 CATEGORIAS FINAIS

Segundo informações das duas categorias que antecederam esta foram reorganizadas e reagrupadas, em um ultimo momento, com o intuito de alcançar novos níveis de compreensão das declarações dos entrevistados, resultando, então, nas Categorias Finais. Na seqüência, são apresentadas as quatro Categorias Finais.

1 TRABALHO EM LINHAS GERAIS

(...) nossa vida é trabalho, principalmente na área da saúde onde trabalhamos com pessoas, é um processo de ajuda e essa ajuda é muito gratificante, que para mim o trabalho tem que ser gratificante tem que te dar prazer. Eu não me vejo trabalhando sem satisfação, sem motivação. **Entrevista 1**

(...) trabalho para mim significa uma condição de vida, uma necessidade que toda a pessoa humana necessita, onde as pessoas podem conviver com outras pessoas. O trabalho para mim é ocupação, é fazer algo de bom, algo que gostamos de fazer, porque senão gostamos daquilo que fizemos ele (o trabalho) para mim não faz sentido. Um país não vive sem trabalho e as pessoas também não conseguem viver sem ele. Então para mim trabalho é urna necessidade para o ser humano. E motivação de cada um por aquilo que se faz. **Entrevista 2**

Nessa primeira categoria denominada como “Trabalho em linhas gerais” são feitas algumas considerações em relação a elementos inerentes ao trabalho do enfermeiro psiquiátrico, não só dentro da unidade psiquiátrica, mas visualizando-o como um todo.

Os entrevistados, ao fazerem suas declarações, destacam aspectos referentes ao trabalho, como sentem e como lidam com essa unidade. Eles são unânimes em declarar que não existe vida sem trabalho, constituindo um dos elementos mais importantes da sua vida.

Nota-se, como foi demonstrado nas citações acima que o trabalho significa sobrevivência e bem estar, em função de não existir trabalho sem motivação e prazer.

Um outro fator que se destaca nesse contexto reflete a idéia de que na área da saúde é praticamente impossível desenvolver qualquer atividade sem dedicação. Nesse sentido, o trabalho torna-se a própria vida da pessoa, pois o enfermeiro não lida apenas com fatos; ao contrario, ele trabalha com vidas que precisam de muita dedicação para obter segmento.

Na área da enfermagem, uma das principais motivações para o trabalho, é a condição de utilidades. Segundo os entrevistados a oportunidade de ajudar alguém não somente no âmbito profissional, como oportuniza a profissão, traz a todos uma imensa satisfação. Dessa forma, os entrevistados compreendem o prazer no ambiente psiquiátrico, de maneira interligada ao processo de atividades diárias.

A perspectiva de ser útil a alguém confere ao enfermeiro muito prazer, entendendo a enfermagem como uma profissão no sentido de vocação e não simplesmente como um trabalho. Trabalhando dentro dessas perspectivas, os profissionais têm a oportunidade de alcançar seus objetivos com maior facilidade e precisão.

Certamente esse balanço de suas atividades quando resulta em saldo positivo, oferece ao profissional a gratificação pela execução diária de suas atividades. Os entrevistados colocam que situações de vitória como essa proporcionam ao enfermeiro a elevação de sua auto-estima, que por vezes não se encontra em boas condições, inclusive porque suas experiências não são muito agradáveis.

Segundo os entrevistados a auto-estima deles é um fator muito importante para o desenvolvimento de suas atividades. Contudo, muitas vezes, o dia-a-dia faz com que os

enfermeiros fiquem um pouco desacreditados em si, o que os leva a um quadro aparente de depressão.

Mesmo assim, frente a características negativas, os entrevistados afirmam, com muita segurança que eles tem uma afeição pessoal com seu trabalho, já que eles têm a oportunidade de ajudar pessoas doentes na intenção de promover o seu bem-estar, assim como oportunizar ao seu paciente uma melhor qualidade de vida.

Sob esse ângulo o trabalho consiste numa ponte para a realização, tanto pessoal, quanto profissional do enfermeiro, sendo que este estado de realização decorre da proximidade entre enfermeiro/paciente.

Dentro das atividades convencionais do enfermeiro, muitas vezes ocorre a presença dos conflitos, que interferem no seu desenvolvimento profissional. As dificuldades e as impossibilidades de realização do trabalho são freqüentes no cotidiano do enfermeiro, refletindo negativamente na sua produção e levando-o ao sofrimento no trabalho.

Nesse sentido, é muito valorizado pelos entrevistados, o trabalho em equipe que é desenvolvido pelos funcionários da unidade psiquiátrica. Os enfermeiros encontram nas reuniões periódicas que se realizam com os colegas, um aconchego para solucionar seus problemas e seus conflitos, que geralmente são de ordem profissional, refletidas no emocional dos profissionais.

Esse tipo de programa propicia ao enfermeiro a possibilidade de trocar idéias, desabafar, compreender e enfrentar de forma mais coerente com os seus colegas, que, por sua vez, também, enfrentam problemas nesse sentido. Nesse caso, a troca de informações pode ser a melhor solução para evitar os problemas de caráter emocional que possam vir a surgir.

Assim, como as reuniões da equipe, projetos, com objetivo de esclarecimento, no sentido de atualização dos profissionais, é considerado como uma maneira de reintegrá-los dentro do ambiente hospitalar, quando for necessário.

A idéia de valorizar o trabalho do enfermeiro com cursos de atualização faz com que ele se sinta motivado ao exercer suas atividades, tornando esse exercício, com certeza, prazeroso.

O prazer, por sua vez, torna-se um fator muito relevante em seu trabalho, pois ele pode fazer com que vários sentimentos desagradáveis sejam banidos frente a outros que tragam satisfação ao profissional.

Dessa forma, compreende-se que o trabalho do enfermeiro é envolto por vários elementos que contribuem para a satisfação ou para o comprometimento da atividade do profissional.

2 A VALORIZAÇÃO DO BEM-ESTAR DO ENFERMEIRO

Esta segunda categoria final, denominada como “A valorização do bem-estar do enfermeiro” demonstra as percepções dos profissionais sobre as condições psicológicas que envolvem o meio de trabalho e o emocional de acordo com a singularidade de cada um.

O sofrimento no trabalho se manifesta em função de vários fatores que surgem no decorrer do cotidiano. A falta de orientação psicológica, a pressão dos superiores, a típica relação entre enfermeiro/paciente, assim como outros elementos que se manifestam, contribuem de maneira relevante para o prejuízo emocional sofrido pelo enfermeiro.

Habitualmente, um dos principais eixos que desencadeiam esse processo doloroso é a onipotência do enfermeiro perante determinadas situações que fogem de seu controle. Essa dificuldade em solucionar problemas pode desencadear em função de que, muitas vezes, o enfermeiro não consegue obter o resultado esperado em torno do paciente. Para os entrevistados, situações como esta os deixam tristes, impotentes perante a realidade que se coloca em sua frente.

Inserido nessa visão abalada do serviço do profissional dentro da unidade psiquiátrica a falta da valorização do seu trabalho também contribui negativamente, pois o enfermeiro precisa tanto do apoio, de seus colegas e superiores, assim como dos pacientes, mesmo que restrita, para efetuarem de maneira satisfatória os seus afazeres.

Segundo os entrevistados o preconceito que perdura contra o doente mental faz com que ele busque continuamente respostas para esse conflito, contudo nem sempre é possível encontrar a solução, o que acarreta em sofrimento e desvalorização do seu próprio trabalho, já que seu objetivo consiste na recuperação do doente mental.

Sem dúvidas as mudanças nesse sentido dar-se-ão de forma lenta, na tentativa de mostrar a todos, inclusive aos familiares, que muitas vezes manifestam o preconceito,

que seu doente indiferentemente da sua condição é um ser humano, e como tal merece respeito e consideração.

Eles compreendem que o sofrimento dentro de sua unidade manifesta-se, ainda, em decorrência dos problemas causados pelas regras medicas que algumas vezes são consideradas extremamente impertinentes.

Entende-se que esta desmotivação causada pelo sofrimento no trabalho se dá em função da falta de preparo dos enfermeiros para enfrentar tais dificuldades. Os entrevistados apontam como solução para esse impasse o oferecimento de serviços de auto-ajuda, por parte da direção da instituição que ele trabalha. Consideram que esse tipo de oportunidade, além de ajudá-los na solução dos conflitos, também proporciona-lhes condições para o estímulo da motivação no dia-a-dia.

Sem dúvida, projetos desse porte fazem com que a depressão no trabalho seja um elemento cada vez menos frequente na atividade do enfermeiro. Isso se justifica, pois o profissional está lidando constantemente com vidas, portanto pessoas necessitadas de ajuda que buscam no enfermeiro que lhe cuida, a esperança para uma nova vida.

Nesse sentido, o enfermeiro procura a todo o instante, reverter este quadro que não é muito agradável. Ele está incessantemente tentando encontrar a satisfação dentro de seus afazeres profissionais.

(...) satisfação, ou melhor, dizendo esse prazer no trabalho eu adquiro, quando tenho oportunidade de realizar uma assistência de enfermagem que realmente eu acredito ser a mais adequada, sentindo que alguém é beneficiado com essa assistência prestada por mim. Que esse modo de cuidar, permita a aproximação entre, os componentes da equipe de toda a unidade, trabalhando para o mesmo fim, assim, com a certeza, os resultados sempre serão positivos. **Entrevista 7**

Com a declaração desse entrevistado a idéia de que, o prazer em exercer as atividades é o principal eixo gerador de satisfação e motivação para o enfermeiro que trabalha com doentes mentais. Nota-se, assim, o quanto é importante para esse profissional o bem-estar dentro desse ambiente de tristeza.

Sob a expectativa de melhores resultados é que os profissionais podem contar com reuniões de equipe para melhor conduzir esse tipo de conflito.

Relatam os entrevistados que as reuniões periódicas são consideradas uma necessidade indispensável para questionar os problemas e encontrar soluções coerentes

para o bom desenvolvimento das atividades. Vale ressaltar que nem sempre estas reuniões ocorrem com a frequência desejada, contudo aquelas que acontecem são muito enriquecedoras.

Outro fator que prejudica com muita segurança a voracidade desse tipo de trabalho que pode contar com a união da equipe, consiste no fato de que o enfermeiro trabalha de certa forma, em um ambiente carregado emocionalmente, pois o convívio com os doentes mentais é freqüente.

Dentro desse contexto, os entrevistados destacam que as reuniões não ocorrem somente entre funcionários, mas também são oferecidos alguns seminários a família do doente, o que muitas vezes traz grandes benefícios. Esse saldo positivo se dá através da mudança do comportamento do familiar, que passa a agir de forma correta com seu enfermo.

Compreende-se, então, que os enfermeiros procuram, a partir de suas atividades diárias, buscar continuamente subsídios que venha colaborar para o bem-estar em suas vidas, o que lhe propicia motivação e, conseqüentemente prazer no ambiente de trabalho.

3 A BUSCA DO PRAZER NO TRABALHO

(...) este sofrimento pode ser tão grande ao ponto de não poder ser elaborado e conseqüentemente comprometer o seu trabalho e a sua saúde... **Entrevista 2**

(...) existem uma serie de fatores que podem desencadear o Sofrimento no trabalho, e que cada instituição, cada empresa deveria ter uma preocupação grande com isso, porque... O individuo irá se sentir melhor, com urna saúde mais adequada e assim produzirá mais. **Entrevista 1**

Esta categoria aborda, com vistas nas respostas dos entrevistados, a questão do sofrimento e da desmotivação no ambiente de trabalho e procura mostrar alternativas para que se encontre o prazer na prática profissional.

O ambiente de trabalho insalubre, compromete muitas vezes o profissional, pois este, estando sempre em contato com os problemas do doente mental acaba por se envolver e Sentir-se deprimido e triste dentro da unidade.

Segundo os entrevistados esse sentimento, faz com que surjam conflitos internos e estes, por sua vez, interferem na prática e no saber, desencadeando um sofrimento maior, uma tensão e conseqüentemente uma dificuldade em dar assistência adequada ao paciente.

Outro fator destacado como causador de aspectos depressivos dentro da unidade psiquiátrica é a falta de motivação, de valorização e de reconhecimento dentro da instituição. Isso traz diversidades e falta de interesse em procurar pesquisar e aplicar novas maneiras e recursos que venham ajudar na melhora do paciente, pois não sendo reconhecidos pelo seu trabalho os profissionais sentem-se deprimidos.

Os entrevistados dizem que a pessoa que está deprimida não sentirá vontade de trabalhar, de produzir e, com isso, vai render menos.

Por isso faz-se necessário que a instituição procure encontrar soluções para que os seus enfermeiros possam se sentir seguros e dispostos para trabalhar e desempenhar um bom atendimento a seus pacientes.

Com isso, acreditam que as reuniões em grupo são uma forma de proporcionar o alívio para seus sofrimentos. Acrescentam que se a equipe for unida e procurar trabalhar em conjunto, tudo será mais fácil e juntos poderão discutir e encontrar soluções para seus conflitos.

As reuniões objetivam, então, a segurança na Saúde Mental, que acontece no momento em que o profissional sente que não está sozinho e que, juntamente com seus colegas poderá conversar sobre seus temores e angústias e, com isso, encontrará o alívio para a situação em questão e, com ele, o prazer no trabalho.

Outra forma de buscar a satisfação profissional, conforme os entrevistados, é a valorização do enfermeiro dentro da instituição de trabalho. Isso é muito importante, porque o profissional, sentindo-se reconhecido, ele vai procurar ser cada vez melhor naquilo que faz e buscará incessantemente ampliar seus conhecimentos para que seu paciente tenha o melhor atendimento possível e para que ele próprio se sinta satisfeito com os progressos de seus pacientes.

Portanto, pode-se dizer que, através das entrevistas, foi possível constatar que é imprescindível que o profissional busque saúde mental para isso é fundamental que, dentro da instituição, aconteçam, regularmente, reuniões da equipe de trabalho e, também, é preciso que haja um reconhecimento favorável do trabalho do profissional da

área da saúde mental só assim, o enfermeiro psiquiátrico poderá sentir-se motivado, feliz e capaz de dar uma boa qualidade de vida àquele que está sob seus cuidados, o doente mental.

4 AÇÕES PREVENTIVAS PARA COMBATER A DEPRESSÃO NO TRABALHO

A categoria em destaque salienta a importância das ações preventivas dentro de uma unidade psiquiátrica, para que se combata a depressão no ambiente de trabalho e, através disso, se encontre o equilíbrio necessário para um bom andamento dos serviços de saúde mental dentro da unidade psiquiátrica.

Para os entrevistados, o contato diário com o doente mental, o tempo de internação, a rotina do dia-a-dia na unidade, a falta de valorização do trabalho, as divergências existentes, faz com que o enfermeiro sofra um desgaste tanto físico, como emocional. Isso gera um aumento de tensão do profissional e do ambiente hospitalar e, dessa forma, o enfermeiro começa a sentir-se deprimido sem vontade de trabalhar e incapaz de desempenhar o seu papel de promover saúde mental ao doente mental.

Diante disso, os entrevistados colocam como solução para resolver o problema da depressão e do sofrimento dos enfermeiros no seu trabalho, a aplicação de ações preventivas.

(...) claro que existem ações preventivas para a depressão no trabalho e essas ações preventivas poderiam amenizar esse sentimento que levam ao sofrimento e também a depressão no ambiente de trabalho. **Entrevista 7**

(...) uma ação preventiva dentro do hospital, para nós os profissionais da área da saúde mental, seria termos uma maior segurança, com a finalidade de aliviar a nossa ansiedade e servirmos melhor o nosso paciente, termos mais equilíbrio para servirmos melhor o nosso doente mental. **Entrevista 3**

Sendo assim, é possível afirmar o quão é importante a implantação de ações preventivas que possam garantir um maior equilíbrio e uma saúde mental desejável aos enfermeiros.

Para os entrevistados é imprescindível aplicar alternativas de prevenção contra a depressão no ambiente psiquiátrico, como, por exemplo, estimular os funcionários da instituição a dar uma continuidade nos estudos e pesquisas, ampliação do seus

conhecimentos na área da saúde mental; trocar esses conhecimentos com os colegas, dividir idéias e experiências vividas com a equipe; participar de encontros, entre outras.

Faz-se necessário salientar, ainda, que os entrevistados também vêem como uma ação preventiva eficaz, o atendimento do paciente fora do hospital, ou seja, fazer o tratamento com o doente mental, na casa dele, juntamente com a sua família. Isso ajudaria não só o paciente na medida em que ele passa a ficar menos tempo internado e mais tempo no seio familiar, como também o enfermeiro, que além de levar o atendimento até a casa do paciente, passa a trabalhar em locais diferenciados de sua rotina diária, que é o hospital.

Conforme os relatos, portanto, a instituição hospitalar que procurar proporcionar a seus enfermeiros ações preventivas que evitem os aspectos depressivos no trabalho, terá uma grande melhora no “seu todo”, pois contará com um profissional, motivado, interessado, bem disposto e com uma saúde mental equilibrada, e isso fará com que ele tenha uma maior produção e lucratividade.

4.5 Resumo

No presente capítulo foram caracterizados os integrantes do referido estudo, além do que foi feita a apresentação dos resultados das análises das entrevistas. Foram apresentadas as vinte e seis categorias iniciais, em seguida obteve-se as doze categorias intermediárias e, por fim, o processo de derivação para a construção das quatro categorias finais, com o propósito de alcançar os objetivos almejados pelo trabalho.

Esse procedimento possibilitou a percepção dos aspectos depressivos que implicam as atividades do enfermeiro psiquiátrico, assim como as condições nas quais é desenvolvido seu trabalho.

Entende-se, que a percepção desses aspectos possibilita aos enfermeiros que trabalham nessa área, uma nova maneira de conceber e desenvolver suas atividades. Sem dúvida, a depressão é um fator intrínseco de sua prática contudo, é necessário que todos tenham consciência de sua realidade, pois somente, assim poderão muda-lo para um melhor desenvolvimento de suas atividades.

CAPITULO 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste último capítulo, são retomados os principais resultados provenientes da análise dos aspectos mais relevantes da revisão de literatura, que deu origem ao referencial teórico do estudo realizado, dando preferência àqueles que dão ênfase ao trabalho do enfermeiro na unidade psiquiátrica. Serão tecidas considerações, com base nos resultados obtidos, cujas conclusões estão de acordo com muitos pontos da teoria verificada, acrescentando a estes pensamentos conclusivos outras idéias que possam vir a contribuir no trabalho do enfermeiro que presta assistência ao doente mental.

5.1 Dos resultados ao referencial teórico

(...) emocional é nosso produto, trabalhamos com o emocional das pessoas, que muitas vezes está bastante doente. Tu sabe bem, que não é fácil, e muitas vezes as coisas não saem como a gente quer, porque nós enfermeiros coordenamos uma equipe e cada membro dessa equipe tem o seu ponto de vista, no entanto, essa equipe, para prestar cuidados ao doente mental e sua família, tem que estar unida, todos com o mesmo objetivo, todos falando a mesma língua, todos com o mesmo plano de cuidado, mas até chegarmos a um denominador comum, lá se vai muitas reuniões, muitas discussões, muitos conflitos e isso me entristece um pouco. O que nos ajuda bastante é as reuniões de unidade, onde tudo é falado e automaticamente, trabalhado por todos da equipe. **Entrevista 7**

(...) trabalho para mim significa em primeiro lugar a minha realização pessoal. Falando do meu trabalho, eu sempre gostei da psiquiatria, sempre foi o meu sonho trabalhar dentro da área da psiquiatria. Desde o meu tempo de faculdade, sempre foi a psiquiatria o meu sonho. **Entrevista 6**

(...) significa para mim, tu servir ao teu semelhante, porque para mim a vida, ou melhor dizendo, o sentido da vida é tu ser útil ao teu semelhante, não vejo outro sentido principalmente dentro da área da enfermagem, o teu trabalho é com o ser humano, é só com pessoas, é tu proporcionar o bem-estar dessas pessoas que te procuram, que esperam de ti um pouco de conforto, de carinho, de segurança. Não vejo outro sentido a não ser tu servir a teu semelhante, levar a tua contribuição, o que tu pode dar, o que tu faz e o que tu ajuda. **Entrevista 3**

O objetivo geral desta pesquisa consiste em analisar fatores responsáveis pelo binômio sofrimento e prazer no trabalho do enfermeiro psiquiátrico, associando com os fatores depressivos existentes nesta profissão e como objetivos específicos conhecer a realidade do enfermeiro que atua na área da psiquiatria do hospital geral (UPHG); identificar os sintomas depressivos dos indivíduos questionados, e assim propor alternativas para a reformulação da organização do trabalho do enfermeiro desta área.

Seguindo os passos da pesquisa do tipo Análise de Conteúdo, o método ou delineamento usado foi o Estudo de Caso que, de acordo com YIN (1994), é uma estratégia de pesquisa que busca examinar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto.

Com isso, foi possível a concretização de algumas análises que construíram descrições objetivas, qualitativas e sistemáticas dos depoimentos dos entrevistados, contribuindo para uma melhor interpretação do seu conteúdo e de seus significados, bem como conhecer a realidade do enfermeiro que trabalha com doentes mentais.

Para a realização desse trabalho adotou-se a técnica de análise por categorias, e dentre as diferentes formas de interpretação, optou-se pela investigação dos temas fundamentais, em função de sua vasta gama de informações e rapidez no decorrer do processo.

Foram definidas para este estudo três categorias. A Categoria Inicial que, se dá partir do exame de depoimentos de cada entrevistado; a Categoria Intermediária que une os temas geradores dessa pesquisa e1 por ultimo1 a Categoria final que deu origem as possíveis conclusões.

No decorrer do processo de análise, com a categoria inicial, começaram a surgir problemas colocados pelos próprios enfermeiros entrevistados e ao mesmo tempo surgiram considerações a respeito dos mesmos.

Depois deste primeiro processo emerge por meio das categorias intermediárias, a reclassificação dos temas abordados anteriormente, porém adotados em menor numero de categorias, de caráter mais amplo e abrangente.

Os dados encontrados nessas primeiras categorias foram, mais uma vez, reagrupados, com a tentativa de alcançar novos níveis de compreensão acerca dos temas levantados, dando origem a categoria final.

Na categoria final “O trabalho em linhas gerais”, foram destacadas algumas concepções a respeito do trabalho do enfermeiro que atua em uma unidade psiquiátrica. DEJOURS e ABDOUCHELI (1994), contribuíram de forma significativa para esse estudo, pois foi possível verificação a partir da análise das descrições de experiências dos enfermeiros, que o trabalho eficiente é um fator indispensável na construção de um profissional preocupado com o meio em que atua, como destacam os autores acima. Nesse sentido, o ato de trabalhar não é apenas uma atividade profissional, que visa apenas lucro. Ultrapassa a simples atuação por necessidade, pois é uma forma de construção social, onde o emocional e o físico estão inseridos.

Dentro desse raciocínio o trabalho satisfatório é importante no momento em que atua como uma forma de prevenção à saúde do enfermeiro.

Para ALVES (1992, p.39) a saúde é: “considerada como um conjunto de interações do nosso universo interno com o universo externo”. Deixa claro que há um íntimo relacionamento entre aquilo que o trabalho (interno) tem com os pontos do dia-a-dia, que enfrenta, em seu ambiente de trabalho (externo), além das inúmeras preocupações referentes ao meio ambiente social, familiar e comunitário do qual participa e como unidade celular do universo como um todo. Então fica claro que a boa saúde mental e física, do profissional é indispensável para que se obtenha um resultado positivo da sua atividade.

Desta forma, aquilo que preocupa o bom andamento social, financeiro, econômico político, enfim, que participe do funcionamento do planeta, em todos os seus segmentos, influem no seu emocional e, por conseguinte, em sua saúde. Esta é a maior causa de depressão nos dias atuais, que servem para alterar seu humor, seus modos particulares, suas sujeições e extrapolações naturais e individuais que estão diretamente ligadas à saúde pessoal. Os conceitos de saúde e de doenças se alteram obedecendo a evolução e o desenvolvimento do ideário humano, assim como em decorrência dele.

O sintoma depressivo faz parte, hoje, do cotidiano de cada um e suas causas e efeitos são sentidos desde a infância até a terceira idade, contudo com maior frequência naqueles que estão inseridos nas atividades da área da saúde e do meio ambiente hospitalar, dentre os quais os que atuam junto ao setor psiquiátrico, seja pelo visual oferecido, seja pelas dificuldades de enfrentamento, situações a que estão expostos ao longo de todo o seu período de atividades profissionais.

Nesse sentido, um fato singular que surgiu da análise, diz respeito ao comprometimento, por parte do enfermeiro, com a sua atuação. Esse fato é de grande relevância para esse estudo porque é a partir desse compromisso que os profissionais conseguiram fazer de sua profissão, a sua vida, entregando-se em cada instante de atividade.

Por isso, ressalta-se, mais uma vez, que o ambiente de trabalho deve e é considerado pelos elementos pesquisados, um ambiente bastante agradável, pois somente a partir de um bom convívio será possível desempenhar atividades com sucesso.

Sem dúvida, as atividades exercidas diariamente pelos profissionais são desgastantes sob o aspecto funcional, contudo o trabalho continua dos integrantes tornam essa rotina mais fácil de ser enfrentada, trazendo para seus pacientes força, coragem e ânimo do mundo exterior, que no momento não é possível para ele desfrutá-lo.

Enfatizado pela ótica de DEJOURS (1997, p.29) que diz que a técnica está diretamente ligada as relações estabelecidas pelo ambiente o autor se refere ao interior e ao exterior que inferem tanto no relacionamento interpessoal, quanto nas suas qualidades técnicas necessárias para uma efetiva realização de seu trabalho na área da saúde, cujo conhecimento específico é tão indispensável, em relação ao sentimento de humanidade e desvelo necessário para efetivar suas atividades no setor, independentemente da instituição em que esteja inserido.

Sobre o comportamental humano refere-se, ainda o autor, que é um fator alheio ao natural, expondo às suas leis e deixa a racionalidade ao longo para ceder espaço ao sentido humanitário, ao qual, coloca todos os espaços para a minoração do sofrimento de seus pares. Este fato tem uma influência enorme no meio da saúde e é, essencialmente, esse sentimentalismo inerente ao ser humano, que leva os profissionais da área, com mais frequência a tristeza, ao sofrimento e a depressão.

Em outra afirmativa (id.Ibdem p.31), sobre o mesmo tema é incisivo quanto a realidade destes fatores quando diz que está na natureza do homem querer saber mais de si e do mundo em que vive. Esta curiosidade e busca de saberes emergentes faz com que os enfermeiros e funcionários, atuantes na área psiquiátrica, enquanto se renovam em conhecimentos e educação continuada acabam sofrendo um pouco mais diante das

dificuldades encontradas para as soluções frente aos problemas de saúde mental, independente de qualquer fator externo.

A objetividade do trabalho do profissional da área da saúde é profunda na busca da minoração do sofrimento humano, decorrente dos problemas de ordem psiquiátrica, fazendo com que haja uma quantificação elevada, visando uma qualificação daquilo que exista de melhor a ser oferecido ao paciente até o momento. Esta preocupação causa, principalmente no pessoal da enfermagem, um desgaste que ultrapassa, às vezes, a carga entendida como suportável.

Embora seja possível haver um equilíbrio no setor de psiquiatria, há uma continuidade que levará a ruptura, pois no tempo de serviço efetuado no hospital os profissionais desta área lidam, continuamente, com uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma afirma-se que são vários os fatores que interferem no cotidiano de trabalho dos enfermeiros psiquiátricos. Esses fatores podem estar ligados tanto ao próprio enfermeiro, que lida com suas necessidades e seus conflitos, quanto ao paciente, que necessita de uma melhor qualidade de vida.

Na categoria final “A valorização do bem-estar do enfermeiro” foram evidenciados elementos que são de suma importância para uma melhor motivação do enfermeiro e, conseqüentemente dispensa um melhor atendimento ao doente mental.

Como afirma GUZ (1990), o comportamento das pessoas é aquilo que determina suas ações, portanto foi observado que os profissionais enfermeiros que atuam na área da psiquiatria tentam um bom desenvolvimento de suas atividades é preciso que eles tenham condições estáveis para executar suas tarefas, porque dessa forma será possível obter uma boa conduta de comportamento.

Contudo, foi observado no decorrer da análise que suas atitudes mantêm uma relação muito estreita com a sua satisfação no ambiente de trabalho. Por esse motivo foi evidenciado, que é imprescindível a promoção do bem-estar, tanto psicológico, quanto físico do enfermeiro em estudo.

Infelizmente, o sofrimento no ambiente de trabalho muitas vezes se manifesta com muita freqüência em função de alguns fatores. Os entrevistados salientaram que eles se sentem, de certa forma, impotentes perante as situações que se colocam a sua frente. Por se tratar de um ambiente bastante delicado, pois trata de pessoas que tem doença mental, ficando um pouco difícil para o profissional ter o controle total da

situação. Restringe-se, então, em tratar do quadro clínico do paciente, e, ainda, quando possível dar assistências no sentido de atenção ao seu doente.

Trata-se de uma doença que nem sempre o bom atendimento, o carinho e a competência do enfermeiro, bastam para que um bom resultado seja obtido. E, dessa maneira, conseqüentemente, o profissional sente-se sem ação perante tal realidade.

Foi, também, muito enfatizado na coleta de dados, que para o grupo de profissionais que atuam com doentes mentais é bastante significativa a união de todos aqueles, que de certa forma trabalham comunitariamente, já que o apoio do companheiro dá força ao outro, para vencer os obstáculos e as dificuldades que podem surgir, tornando, assim, o profissional mais capacitado e satisfeito com seu trabalho e suas condições para exercê-lo.

Além disso, um processo de educação continuada é tido como um marco de apoio aos profissionais. Inseridos em trabalhos desse tipo, todos têm condições de se reafirmarem em sua profissão e, assim, sentirem-se mais capacitados para enfrentar qualquer realidade.

Na busca do bem-estar no seu ambiente de trabalho, compreende-se que o homem sendo um ser social, que está intimamente ligado ao meio ambiente natural e social ao qual está inserido, para o seu próprio equilíbrio pessoal, deve se encontrar harmonizado consigo mesmo.

Uma outra realidade dentro desse ambiente faz alusão ao fato do convívio com os familiares do paciente. Esse relacionamento entre a família e o profissional enfermeiro é delicada, pois nem sempre os componentes da família tem um preparo apropriado para lidar com o seu doente. Neste caso, mais uma vez entra em ação o enfermeiro que de certa forma orienta as pessoas sobre a maneira correta de tratar o doente mental.

Geralmente o sentimento emotivo dos familiares e de pessoas ligadas por laços de amizade ao interno, frente ao ambiente hospitalar é uma situação real vivida dentro dos hospitais, em quantidade e cargas muito maiores do que em qualquer outro meio. O ambiente de doença mental, dor e sofrimento contribui para que este sentimento se espalhe e seja absorvido pelos profissionais enfermeiros da área, apesar dos avanços tecnológicos e conhecimentos humanos bem mais atualizados.

Como afirma DEJOURS e ABDOUCHELI e JAYET (1994), a motivação consiste em um fator psicológico ou físico que direciona o comportamento das pessoas.

Assim como foi percebido nas análises, onde os entrevistados deram grande valor aos meios que proporcionam a motivação no ambiente de trabalho. Para eles isso precisa estar bem projetado, já que oferece ao enfermeiro o estímulo de continuar concretizando suas atividades, enquanto busca seus objetivos.

Sendo assim, notou-se que o sofrimento, decorrente de vários elementos, interfere consideravelmente na execução das competências do enfermeiro. Esse é um cuidado que o profissional da área da saúde mental, sempre tem, que é o de policiar-se, quanto ao seu comportamento e em relação ao seu equilíbrio emocional. E considerado um trabalho que se utiliza uma carga psíquica muito elevada o que desconcentra de certa forma o enfermeiro.

Esta preocupação causa, principalmente, nos profissionais que atuam com doentes mentais, um desgaste que, via de regra, ultrapassa a carga considerada suportável, mesmo por ser esta carga impossível de ter unia mediação normativa referendada por parâmetros normais, seja pela individualidade pessoal de cada um, seja pela forma como esta carga é recebida ou pela singularidade de cada um que é o universo particular enquanto célula populacional.

Esta razão faz com que uma ampla gama de enfermeiros psiquiátricos adote uma denominação diferenciada, mas que a maioria reconhece pela rotulagem de carga psíquica do trabalho. Embora seja inerente a que tem grande incidência nos profissionais que trabalham com doentes mentais, por conviverem com a singularidade dos casos diários.

Em função de todos esses motivos citados, anteriormente, foi possível verificar o quanto é importante proporcionar ao profissional um ambiente seguro e agradável de trabalho.

Dando seqüência, nesse sentido a categoria final “A busca do prazer no trabalho” procurou mostrar que, além do bem-estar no trabalho, o enfermeiro procura condições para que ele consiga obter prazer em exercer suas atividades.

No decorrer das análises, foi percebido facilmente que todos os profissionais enfermeiros questionados, mesmo que de maneiras diferentes, tentando ultrapassar a linha da motivação para alcançar o prazer, que tem o mesmo nível de significação e relação com a competência dentro de suas funções.

Com vistas nas respostas dos entrevistados foi possível constatar a busca pelo prazer consiste numa procura diária dentro da atividade do enfermeiro. Isso se justifica,

já que como foi relatado na pesquisa (coleta de dados) que o profissional que atua na área de saúde mental tem como prioridade a satisfação, ou seja, o prazer em ter a oportunidade de ajudar alguém que está precisando.

Essa questão difere um pouco na área psiquiátrica, pois, neste caso trata-se de pacientes singulares, com condutas únicas. Em se tratando de internos da área da psiquiatria, embora existam medicamentos específicos, conforme o caso; o comportamental da atitude, tanto do paciente, quanto do enfermeiro não obedece aos padrões específicos.

Por se tratar de doentes com características especiais, compreende-se que haja alternativas, por parte dos profissionais para estabelecer da melhor maneira possível esta relação entre enfermeiro e paciente da forma mais coerente possível para ambas as partes. Esse bom relacionamento que geralmente é estabelecido no decorrer do tratamento proporciona ao profissional um determinado nível de prazer.

Indubitavelmente, dentro das instituições de saúde mental muitos conflitos existem, como foi observado pelos entrevistados, contudo, quando há a valorização desse enfermeiro, qualquer problema fica pequeno, dando espaço para as soluções que mais uma vez lhes causam muita satisfação.

Como diz GUZ (1990) a depressão surge no meio profissional, quando as coisas não estão tomando o rumo correto, assim como, quando o profissional está deprimido, perdendo o controle de suas emoções. Dessa forma a depressão, mesmo que não caracterizada por quadro clínico é um dos eixos geradores da ausência do prazer no trabalho do enfermeiro psiquiátrico.

No trabalho de DEJOURS, ABDOUCHERJ e JAYET (1994) naquilo que se refere à carga de trabalho mental explicitam: “por trás da noção de carga mental há uma mistura de fenômenos de ordem neurofisiológica e psicofisiológica psicossensoriais, sensoriomotoras, perceptivas, cognitivas, etc... e fenômenos de ordem psicológica...”. Esses variados pontos psicológicos que envolvem a mentalidade daqueles que são profissionais da área da saúde que atuam com doentes mentais, portanto é uma afirmativa baseada no profundo trabalho do enfermeiro.

A abordagem no que se refere a uma quantificação e a uma objetividade do trabalho dos enfermeiros da área da psiquiatria é muito profunda, já que há uma busca de minorizar o sofrimento humano, decorrente de seus problemas psíquicos.

Dessa forma, o enfermeiro psiquiátrico, na tentativa de levar uma melhor qualidade de vida a seu doente, começa a sentir-se triste e, muitas vezes impotente, diante das situações que encontra em sua frente.

Esses sentimentos acarretam problemas sérios no profissional que, em decorrência disso, começa a sentir-se deprimido, e, conseqüentemente, desmotivado no seu trabalho. Nesse sentido, observa-se que é preciso encontrar meios que tragam uma solução para esse tipo de problema enfrentado pelos profissionais da área de psiquiatria.

Na categoria final “Ações preventivas para combater a depressão no trabalho” foram evidenciadas, através da análise de depoimentos, algumas ações que podem servir de prevenção contra a depressão no trabalho do enfermeiro, que lida com doentes mentais.

PITTA (1994, p. 19) diz que é o trabalho pessoal que determina a qualidade e eficácia de atenção e tratamento e, ao longo dos tempos, a atividade de lidar com a dor, doença e morte tem sido indicada como insalubre, penosa e difícil para todos.

Com base nessa afirmativa, observa-se a importância de se encontrar soluções para diminuir o mal-estar dos enfermeiros em estudo, frente aos problemas do dia-a-dia dentro da unidade de psiquiatria.

Portanto, segundo os profissionais que participaram dessa pesquisa que norteia este estudo, é fundamental que se implantem dentro da instituição hospitalar, ações preventivas, com o intuito de procurar resolver, da melhor forma possível, o problema da depressão entre os enfermeiros atuantes na psiquiatria.

Dessa forma, os entrevistados acreditam que o próprio hospital poderá organizar o seu pessoal, de maneira que todos possam ter acesso a essas alternativas. Para tanto, faz-se necessário que a equipe de trabalho da unidade psiquiátrica seja unida, para que assim, colegas possam debater, discutir e trocar conhecimento sobre o assunto.

Outro fator importante para que a depressão no trabalho seja combatida, diz respeito a diminuição do tempo de internação dos pacientes. Faz-se necessário que o doente mental fique o menor tempo possível dentro do hospital, para que ele não canse de fazer o tratamento, e para que o enfermeiro não se envolva tanto, emocionalmente, com o seu doente mental.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ALVES, Alberto. *Indivíduo e trabalho*. Vozes. Rio de Janeiro. 1992
- BACHRACH, L.L. *A conceptual approach to deinstitutionalization*. Hospital and Community Psychiatry 29(9): 169-82. 1978.
- BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Edições 70. São Paulo. 1977
- _____. *Análise de Conteúdo*. Edições 70. São Paulo. 1988
- BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Graal, Rio de Janeiro, 1985.
- BERSELSON, George. *Evolution at the Interactive*. Monumentus Press. Liverpool. 1992
- BROADBCK apud BECKER. *Personal und organisation*. Kategorie. Londres. 1983
- BASSUK, E.L. Gerson. *Deinstitutionalization and mental health services*. Scientific American 238(2): 46-53. 1978.
- BOTEGA, N.J. *Interconsulta psiquiátrica no Brasil*. Jornal Brasileiro da Psiquiatria 40(8): 419-22. 1991.
- BOTEGA, N.J. *A Palavra do médico e seus sentidos: um estudo qualitativo de Alguns Termos psiquiátricos utilizados na prática médica*. Revista da ABPAPAL 14 (1): 33-8.
- CAPLAAN, G. *Princípios de Psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

- CASSORLA, R.M.S. *A psicologia e a morte*. Rio de Janeiro: Getúlio Vargas, 1983.
- CHIAVENATI, I. *Teoria Geral da Administração*. V. 2. São Paulo: McGraw-Hill. Do Brasil, 1979.
- CLARO, Izaias. *Depressão: causas, conseqüências e tratamento*. São Paulo: Clarin, 1999.
- CERQUEIRA, L. *Perspectivas do hospital psiquiátrico brasileiro*. São Paulo: Atheneu, 1991.
- CSIKSZENTMIHALY, Mihaly. *A descoberta do fluxo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999
- DEJOURS, C. *Uma Visão do sofrimento humano nas organizações*. In: CHANLAT, J. F. (Org). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 2. Ed., São Paulo: Atlas, 1993, v. I.
- DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E., JAYET, C., *Psicodinâmica do Trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEJOURS, Christophe. *O Fator Humano*. Ed. Rio de Janeiro; Fundação. Getulio Vargas, 1997.
- DEJOURS, Christophe. *A loucura do Trabalho*. Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez. 1998.
- ELKELES, T. *Arbeitsorganisation in der Krankenpflege-zur Kritik der funktionspflege* Mabuse Verlag: Frankfurt na Main, 1990.
- FITH – COZENS, J. *Emotional Distress in House Officers*. Br. Med. 1987.
- FOUCAULT, M. *História de la locura em la época clásica* México: Fondo de

Cultura Econômica, 1967.

FOUCAULT, M. *A casa dos loucos*. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 6. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1999

GOLDBERG, D. *Cost-effectiveness studies in the treatment of schizophrenia*. British Medical Journal, 1991

GOLDMAN, H.H. *Psychiatric epidemiology and mental health services research*. Baltimore. Lange Medical Book, 1988.

GONZALES, Rosa Maria B. *Cenários de Cuidado: aplicação de Teorias de Enfermagem*. Santa Maria- RS: Pallotti, 1999.

GOUREVITCH, Ladiaslau. *Crises Depressivas e Risco de Suicídio*. Revista de Educação Permanente em Clínica Geral. UPDATE. São Paulo. Jan.1999.

GUZ, Eugeniusz. *Disturbances in psychological functions*. Who. Genebra. 1990

HEIMANN, Denis. *Manifestações Depressivas*. Revista de Educação Permanente em Clínica Geral. UPDATE. Fev. 1999.

HOOD, G. & DINCHER, J. R. *Fundamentos e Prática da Enfermagem: atendimento completo ao paciente*. 8. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

HYMAN, H. *Pesquisas: princípios, casos e processos*. Rio de Janeiro: Lidor, 1967.

KAPUR, N., C., Stride, C. *Psychological Morbidity and Job Satisfaction in Hospital Consultants and Junior Officers: a multicentre, cross sectional Survey*. Ed. Br. Med. 1998.

KATZ, S.E. *Hospitalization and mileu therapy*. Williams and Wilkins.
Baltimore,1985.

KIENTZ, Deibel. *Para analizar los mass-media. La Torre. Valência. 1973*

LEMOS, A. M., MAZZILLI, C., KLERING, L.R. et al . *Análise do Trabalho
Prisional: Um estudo exploratório*. UFRGS. Pesquisa em Administração.
Rio Grande do Sul, 1996.

LOPES, Leonardo Pereira. *Prática de Psicologia Moderna*.
Rio de Janeiro: Guanabara Koogan , 1996.

LUCENA, José. *Depressão Endógena e Depressão Reativa*. Revista Brasil. Leira de
Psiquiatria. São Paulo. Set. 1990.

LUNARDI, Wilson Danilo Filho. *Prazer e sofrimento: Contribuições à organização do
Processo de Trabalho da Enfermagem*. Dissertação de Mestrado.
UFRGS. Porto Alegre. 1995.

OCHONISKY, J. *De la destructivité institutionenelle. L'Évolution Psychiatrique*.
1988

MANZOLLI, M.C. *Viver Adulto em Enfermagem* . Brasília: Rumus, 1994.

MAZZILLI, C., LUNARDI FILHO, W, D. *A visão Dejouriana do Sofrimento
Humano das Organizações*. Exec. Porto Alegre, v.17, n.1, p. 17-24, out. /nov. 1995.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Investigacion cualitativa en salud*. Madrid. Paidós.
1994

MORAES, R. *Análise de Conteúdo*. Porto Alegre: PUC. 993.

PESSOTTI, Isaias. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996

PITTA, Ana. *Hospital dor e morte como ofício*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

RESENDE, H. *Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*. In cidadania e loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

ROESCH, Sylvia Maria A., *Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas, 1999.

TAYLOR, Cecília M. *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVIÑOS, Martines. *Consenso en investigacion*. El Economista. Buenos Aires. 1992

VANZIN, A. S & NERY, M. E. da S. *Consulta de Enfermagem: uma necessidade social*. 1. Ed. Porto Alegre: RM & L Gráfica, 1996.

YIN, R. *Case study research: design and methods*. Londres: Sage, 1994.

ANEXOS

ANEXO 1

DECISÃO COREM - RS N. 005/91

ANEXO 1
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL
 Av. Borges de Medeiros, nº 549 - Conj. 401 - Cep. 90020 - Telefone (051) 26.8733 - Porto Alegre - RS

DECISÃO COREN/RS Nº 0005/91

Define os trabalhos de Enfermagem de maior complexidade e dá outras providências.

O Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul - COREN/RS, no uso da competência que lhe confere o art. 15 inciso II da Lei 5.905, de 12 de julho de 1973, dando cumprimento à deliberação do Plenário em sua 336ª Reunião Ordinária, realizada em 14.01.91 e tendo em vista o Parecer Fiscalização nº 28/90, DECIDE:

Considerando que a Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87 não especificam, claramente, todas as atividades técnicas do Enfermeiro, abrangendo-as apenas como "cuidados de maior complexidade técnica", na forma do art. 8º alínea "h" do Decreto número 94.406/87;

Considerando que há diversidade de condutas relativamente a esse assunto, entre os vários hospitais e entre unidades de uma mesma instituição;

Considerando, finalmente, que cabe aos Conselhos Regionais disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observando as diretrizes gerais adotadas pelo COFEN, na forma do art. 15º, II da Lei nº 5.905/73;

Art. 1º) São considerados cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica:

- I. preparo e administração de quimioterápicos;
- II. preparo de nutrição parenteral total na ausência do farmacêutico/bioquímico responsável;
- III. troca de cadarço da cânula externa de traqueostomia e aspiração.
- IV. troca de adesivo/cadarço de cânula endotraqueais;
- V. punção arterial quando necessário;
- VI. preparo e administração de Sulfato de Magnésio;
- VII. instalação do sistema de diálise peritoneal;
- VIII. instalação de bolsa de "CAPD";
- IX. curativos com cavidades abertas e queimados;
- X. curativos de "shunt" arteriovenoso;
- XI. curativo de catere de Diálise Peritoneal;
- XII. curativo de "intracath" e flebotomia;
- XIII. cateterização vesical;
- XIV. entubação nasogastrica e nasoenteral;
- XV. lavagem e aspiração gastrica;
- XVI. lavagem e sonda vesical;
- XVII. curativo de cistotomia;
- XVIII. instalação de PVC e PAM;
- XIX. instalação e aspiração contínua em dreno de torax;
- XX. realização de sangue, na ausência do médico;
- XXI. realização de hemoglicoteste;
- XXII. montagem de respiradores mecânicos;
- XXIII. punição venosa por abocath;

Art. 2º) Esta decisão passa a vigorar na data de sua aprovação revogando-se as disposições em contrário.

Porto Alegre 14 de janeiro de 1991.

ANEXO 2

REGULAMENTAÇÃO DO EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - São Parteras:

I - a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - a titular do diploma ou certificado de Parreira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parreira.

Art. 10 - (VETADO).

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde pública e privada, e chefia de serviço e da unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;

d) (VETADO);

e) (VETADO);

f) (VETADO);

g) (VETADO);

h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição de assistência de enfermagem;

l) cuidados diretos de enfermagem e pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;

f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;

g) assistência de enfermagem a gestante, parturiente e puerpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distócia;

j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único - Às profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta Lei incumbe, ainda:

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assis-

tência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observando o disposto no parágrafo único do art. 11 desta Lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 13 - O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 14 - (VETADO).

Art. 15 - As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 16 - (VETADO).

Art. 17 - (VETADO).

Art. 18 - (VETADO).

Parágrafo único (VETADO).

Art. 19 - (VETADO).

Art. 20 - Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções na contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta Lei.

Parágrafo único - Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 21 - (VETADO).

Art. 22 - (VETADO).

Art. 23 - O pessoal que se encontra executando tarefa de enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de enfermagem, observado o disposto no art. 15 desta Lei.

Parágrafo único - A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta lei.

Art. 24 - (VETADO).

Parágrafo único - (VETADO).

Art. 25 - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 26 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27 - Revogam-se (VETADO) as demais disposições em contrário.

Brasília, em 25 de junho de 1986; 165º da Independência e 98º da República.

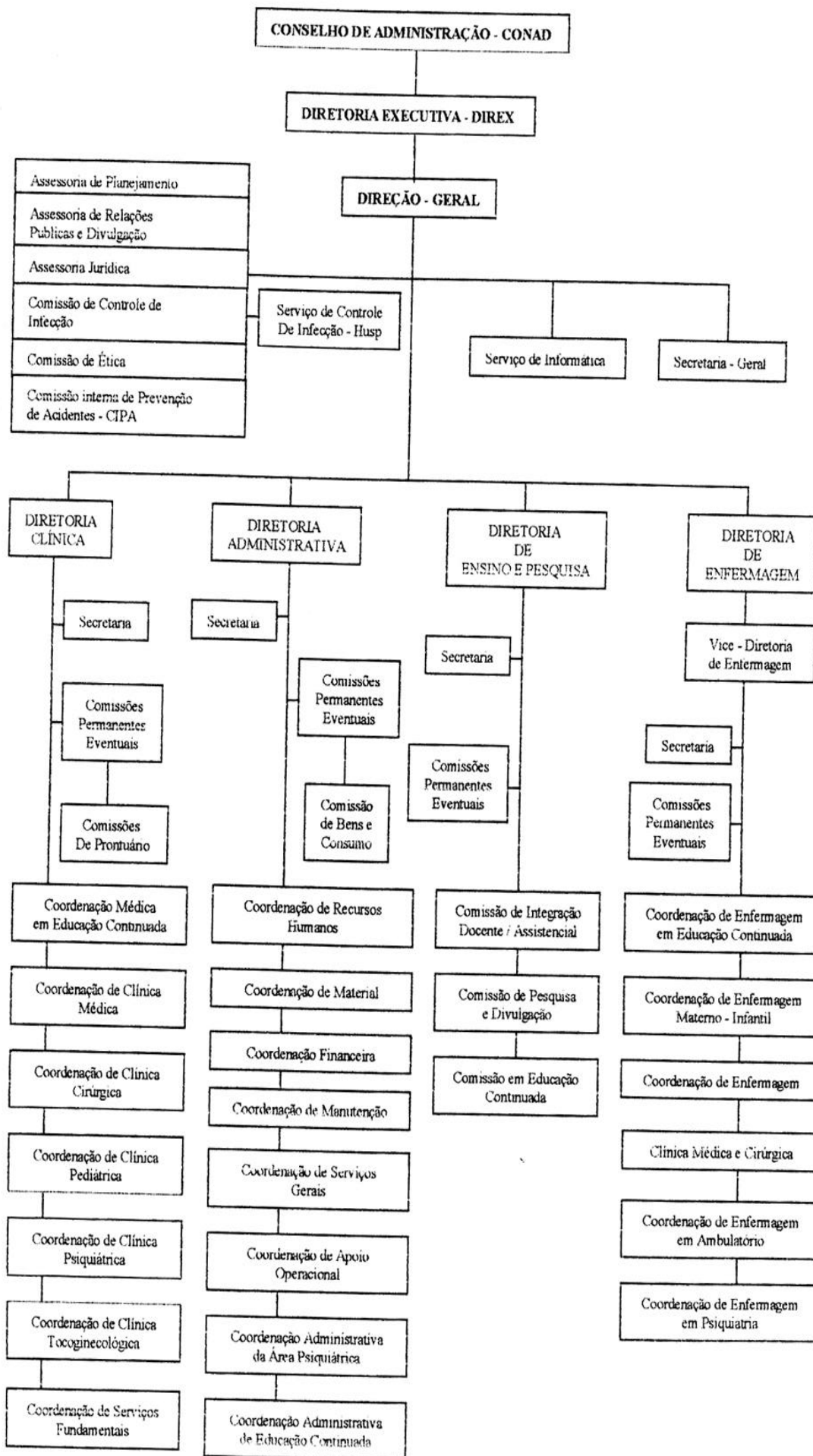
José Sarney

Aimír Pazzianotto Pinto

ANEXO 3

ORGANOGRAMAS DA INSTITUIÇÃO EM ESTUDO

Fig. 1 - Organograma Geral do Hospital



GLOSSÁRIO

Afeto - condição de sentimento caracterizada pela inervação perceptível do corpo e por alteração

Alcoolismo - transtorno crônico do comportamento, manifestado pela ingestão repetida e excessiva de bebidas alcoólicas, capaz de comprometer a saúde e a função social ou econômica do indivíduo.

Alucinação - percepção errônea dos sentidos, sem fundamento objetivo; o paciente tem convicção íntima da sensação, embora nenhum estímulo tenha excitado seus sentidos.

Anestesia - privação total ou parcial da sensibilidade em geral.

Angústia - sensação de medo ante perigo imaginário, acompanhado de impressão somática de mal-estar intenso. Distingue-se da ansiedade pela existência de manifestações psíquicas.

Ansiedade - distímia penosa e global, em que se associam transtornos afetivos, intelectuais e dinâmicos, com sensação injustificada de perigo eminente, insegurança e incerteza.

Apatia - reação deficiente aos estímulos exteriores, por indiferença ou desinteresse.

Astenia - redução da força física e intelectual.

Auto-estima - sentimento do indivíduo de que ele é um ser humano digno de consideração.

Cognitivo - relativo aos processos mentais de compreensão, julgamento, memória e raciocínio, quando confrontados com os processos emocionais e da vontade.

Comportamento - conjunto de reações individuais acessíveis ao observador.

Comunidade Terapêutica - termo de origem britânica, agora amplamente utilizado, para um ambiente hospitalar especialmente estruturado que encoraja os clientes a funcionarem no âmbito das normas sociais.

Compulsão - impulso insistente, repetitivo, inconveniente e indesejável de fazer algo contrário aos padrões ou desejos conscientes comuns; um substituto usado como defesa para esconder idéias ou desejos inaceitáveis. Ao não conseguir concretizar o ato compulsivo o indivíduo sentirá ansiedade.

Conflito - luta mental que surge da operação simultânea de impulsos, pulsões e demandas internas ou externas (ambientais) opostos; chamado de intrapsíquico, quando o conflito é entre as forças internas da personalidade; extrapsíquico, quando é entre o self e o ambiente.

Confusão - orientação perturbada com relação ao tempo, lugar ou pessoa; às vezes acompanhada por perturbações da consciência.

Convulsão contração involuntária e violenta dos músculos voluntários.

Convulsoterapia - qualquer dos processos terapêuticos baseados em crises convulsivas provocadas (por eletricidade, insulina, etc.).

Crise - estado de desequilíbrio resultante da interação de um fato com os mecanismos de manejo de um indivíduo ou sua família que são inadequados para atender às demandas da situação, combinado com a percepção do significado do evento pelo indivíduo ou por sua família.

Crônico - que persiste por um longo tempo.

Déficit - o que falta para completar.

Desejo - vontade de possuir, anseio, aspiração.

Delírio - falsa crença fora de compasso com o nível de conhecimento do indivíduo e seu grupo cultural; a crença é mantida contra os argumentos lógicos e apesar de evidências contraditórias objetivas.

Demência - transtorno mental orgânico no qual há uma deterioração de habilidades intelectuais adquiridas anteriormente, graves o suficiente para interferir no funcionamento social ou ocupacional. A perturbação da memória é o sintoma mais proeminente.

Dependência - condicionamento da sensação de bem-estar à ingestão de certas drogas.

Depressão - estado caracterizado pela baixa do tono psicológico, com desalento, desinteresse, tristeza e estado penoso de consciência, que se acompanha de fatigabilidade, insônia e anorexia.

Diagnóstico - determinação da natureza de uma doença.

Distímias - variação do estado afetivo, tanto no sentido de exaltação como no de depressão.

Distócia - parto difícil.

Doença - toda a condição em que as funções fisiológicas ou psicológicas do corpo desviam-se daquilo que é considerado normal.

Doente mental - qualquer doença de caráter psíquico, identificadas por várias autoridades reconhecidas. Condição em que a pessoa sente excessiva dor psíquica para ocasionar interferência no bom funcionamento da vida.

Drogadição - dependência de: hábito, abuso e/ou adição a uma substância química.

Ego - o ego representa a soma de certos mecanismos mentais, tais como percepção e memória, e mecanismos de defesa específicos. Serve para mediar entre as demandas das pulsões instintivas (o id), das proibições parenterais e sociais internalizadas (o superego) e da realidade. Os acordos feitos entre essas forças pelo ego tendem a resolver o conflito intrapsíquico e servir a uma função adaptativa e executiva. O uso psiquiátrico do termo não deve ser confundido com o uso comum que tem a conotação de amor-próprio ou egoísmo.

Ego-ideal - parte da personalidade que compreende os objetivos e metas do self, geralmente refere-se à imitação consciente ou inconsciente de pessoas significativas com as quais a pessoa identificou-se.

Eletroconvulsoterapia - processo terapêutico baseado na provocação de crises convulsivas através de eletricidade.

Emergência - situação crítica.

Emoção - estado de excitação determinado por um conjunto de sentimentos subjetivos (medo, raiva, tristeza, alegria, amor) freqüentemente acompanhado por alterações fisiológicas que impelem a pessoa para ação.

Encefalite - conjunto de sintomas iniciando-se com febre elevada; sonolência de grau variável que pode chegar até a letargia; alterações psíquicas diversas compreendendo confusão mental, de delírios, alucinações, alterações oculares, paralisias motoras dos membros. Trata-se de sintomatologia não característica, indicando apenas um processo que está atuando no encéfalo.

Endógeno - de dentro

Epilepsia - descarga neuronais excessivas e anormais, imediatamente baseadas em disritmias cerebrais, e freqüentemente exteriorizadas por ataques que variam desde os espasmos e convulsões febris na infância até os acessos psicomotores.

Episiotomia - abertura exterior do canal vaginal.

Epistemológico - hipóteses e resultados das ciências já constituídas; teoria das ciências.

Ergonomia - estudo científico dos problemas relativos ao trabalho humano, e que devem ser levados em conta na projeção de máquinas, equipamentos e ambiente de trabalho.

Esquizofrenia - comportamento psicótico em que há uma variedade de subgrupos; consiste em alterações na associação, no afeto, na atenção, ambivalência, e autismo na atenção.

Esterilização - destruição de todas as formas de bactérias, esporos, fungos e vírus através do calor ou de substâncias químicas.

Exógeno - do exterior do corpo.

Fantasia - atividade criadora do espírito, não controlada pelo juízo.

Gastrointestinal - sistema gástrico e intestinal

Hábito - repetição de atos que se tornam pouco a pouco inconscientes.

Hepatite - inflamação das células do fígado; dois tipos - hepatite A e hepatite B.

Hiperatividade - atividade motora excessiva, em geral vigorosa, deliberada. Frequentemente, mas não necessariamente, está associada com tensão interna ou transtorno neurológico. Geralmente, os movimentos são mais rápidos do que os observados normalmente na pessoa.

Hipocondria - transtorno psiconeurótico, caracterizado pela ansiedade mórbida do paciente com respeito a sua própria saúde, tendo a exagerar sofrimentos reais ou imaginários.

Holístico - enfoque no estudo do indivíduo em sua totalidade, em vez de como um agregado de características fisiológicas, psicológicas e sociais distintas.

Humor - disposição afetiva fundamental, rica em todas as formas de instâncias emocionais e afetivas, que dá a cada um de nossos estados anímicos uma tonalidade agradável ou desagradável, que oscila entre o prazer e a dor.

Hospital - instituição cuja principal finalidade é fornecer serviços de internação para o atendimento de pessoas com problemas de saúde.

Id - na teoria de Freud, à parte da estrutura da personalidade que abriga os desejos instintivos inconscientes e os ímpetos do indivíduo.

Ideação - atividade mental em geral: formação, associação e combinação de idéias.

Idéia - representação que se forma no espírito de alguma coisa, seja de existência exterior, seja meramente intelectual.

Idéia delirante - idéia falsa, em franca e evidente oposição à realidade, acompanhada de convicção inquebrantável por parte do paciente; traduz alteração profunda do psiquismo e da personalidade.

Identificação - mecanismo psicológico inconsciente, que consiste em adotar características próprias de outro indivíduo.

Ilusão - identificação anormal: percepção desnaturalizada e deformada de um objeto ou pessoa real (destinguir da alucinação, que é uma percepção sem objeto).

Impulsos - ímpeto psíquico. Geralmente refere-se a um anseio instintivo.

Inconsciente - parte da mente que raramente é parte do estado de alerta de um indivíduo. Contém experiências ou dados que podem ser muito dolorosos de serem recordados.

Infecção - entrada ou multiplicação de um agente infeccioso no corpo do homem ou animal. Pode causar doença infecciosa ou não.

Insight - autoconhecimento; um importante objetivo da psicoterapia; a extensão da compreensão do indivíduo quanto à origem, natureza e mecanismos de suas atitudes e comportamentos.

Insatisfação - falta de satisfação; descontentamento.

Inteligência - faculdade de compreender e aptidão para captar as relações. Conjunto de todas as funções que tem por objetivo o conhecimento, no sentido mais amplo da palavra.

Internar - colocar dentro; introduzir. Pôr em asilo, colégio, hospital, etc.

Interpessoal - natureza e qualidade dos relacionamentos com outras pessoas significativas como o fator mais crítico no desenvolvimento da personalidade.

Intoxicação - efeito provocado no organismo por substâncias venenosas ou tóxicas ingeridas ou produzidas no próprio corpo, capazes de lesar tecidos ou órgãos ou perturbar suas funções específicas.

Intrapsíquico - situado, originado ou ocorrendo na psique.

Isolamento - mecanismo neurótico de defesa, que consiste em reduzir ao máximo as estimulações exteriores; acompanha-se de irritabilidade, ansiedade, diminuição temporária da eficiência intelectual e, com freqüência, de alucinações visuais.

Juízo - operação intelectual que consiste em emitir uma apreciação de valor, sentido e discernimento.

Letargia - sonolência anormal; estado de ficar preguiçoso ou indiferente.

Loucura - termo arcaico aplicado a todas as desordens mentais.

Ludoterapia - terapia através de jogos.

Mania - transtorno do humor caracterizado por excitação excessiva, hiperatividade, agitação e pensamento / fala acelerados.

Mecanismo de defesa - processo intrapsíquico inconsciente que serve para proporcionar alívio do conflito emocional e da ansiedade.

Melancolia - abatimento patológico geralmente de grau psicótico.

Millieu, terapia de terapia sócio ambiental na qual as atitudes e comportamento da equipe de tratamento e as atividades prescritas para o cliente são determinados por suas necessidades emocionais e interpessoais. Essa terapia é uma parte essencial em todo o tratamento para clientes internados.

Menopausa - fase da vida sexual feminina caracterizada pela interrupção definitiva das menstruações, por exaustão da função ovariana.

Menstruação - fenômeno fisiológico cíclico que ocorre na mulher durante a fase fecundada, caracterizado por fluxos sangüíneos periódicos dos órgãos genitais.

Mórbido - relativo à doença, ou que causa doença.

Narcisismo - convergência de todas as energias afetivas para si mesmo, como objeto de amor.

Negação - mecanismo de defesa, operando inconscientemente, usado para a resolução do conflito emocional e para afastar a ansiedade, desacreditando pensamentos, sentimentos, desejos, necessidades ou fatores da realidade externa que são conscientemente intoleráveis.

Neurose - doenças que afetam a personalidade, sem substrato anatômico conhecido e caracteriza-se por conflitos intrapsíquicos capazes de inibir as condutas sociais.

Obsessão - idéia ou impulso persistente e indesejado que não pode ser eliminado pela lógica ou raciocínio normais.

Pânico - ataque de ansiedade aguda, intensa e esmagadora, acompanhada por um grau considerável de desorganização da personalidade.

Paranóia - transtorno psicótico que se desenvolve lentamente e torna-se crônico. Caracterizado por um sistema internamente lógico e intrincado de delírios de perseguição ou grandiosidade, ou ambos; existe por si mesmo e não interfere com o restante da personalidade, que continua essencialmente normal e aparentemente intacta; deve ser diferenciada das reações esquizofrênicas paranóides e estados paranóicos.

Parto - conjunto de movimentos e ações naturais e provocadas, que permitem ao feto, atingida sua maturação, ser expulso do útero materno, no qual está contido, e se desenvolveu durante a gravidez.

Parturiente - mulher que está prestes a parir.

Patologia - ramo da medicina que estuda as moléstias em geral e em particular.

Percepção - registro mental consciente de um estímulo sensorial.

Pensamento - processo mental humano, em que permite refletir, julgar, realizar abstrações, análise e síntese; em sentido lato, o termo se refere ao conjunto de fatos psíquicos.

Personalidade - somatório de qualidades físicas e mentais do indivíduo, na medida em que essas interagem de modo característico com o ambiente.

Prazer - sentimento de alegria, de satisfação.

Preconceito - idéia pré-concebida; suspeita, intolerância, aversão a outras raças, credos, religião, etc.

Profilaxia - emprego de meios para evitar doenças.

Prognóstico - previsão do médico a respeito da evolução e do êxito da moléstia.

Projeção - mecanismo psicológico compensador, que consiste em atribuir a outros os próprios sentimentos, livrando-se o indivíduo de responsabilidades e de conflitos entre o desejo e o dever.

Psicanálise - método de investigação das estruturas e processos mentais quase inacessíveis a qualquer outro método, considerando-os no conjunto das relações do ser humano com o ambiente e consigo mesmo.

Psicopatía - designação genética das afecções mentais.

Psicopatologia - estudo da descrição, classificação, mecanismos e evolução das psicopatias.

Psicose - desordem grave da conduta, manifestada por alterações perceptivas da realidade e do autocontrole; o paciente não tem consciência do caráter patológico dos transtornos que apresenta, havendo uma verdadeira cisão entre ele e a sociedade.

Psicose puerperal - designação genérica das psicoses relacionadas à gravidez e ao parto.

Psicossomático - relativo às afecções viscerais, orgânicas ou funcionais, total ou parcialmente condicionadas por fatores psíquicos de fundo afetivo.

Psicoterapia - conjunto de meios e de técnicas capazes de influir benéficamente sobre o psiquismo, quando suas manifestações são consideradas anormais.

Psique - mente, distintamente de soma, ou corpo.

Psiquiatria - ramo da medicina destinado ao estudo e tratamento das doenças mentais.

Puerpério - período que se segue imediatamente após o parto, durante o qual o aparelho genital feminino sofre transformações, retornado às condições anteriores à gravidez.

Raciocínio - operação mental que consiste em equacionar um problema e resolve-lo.

Recidivas - aparecimento de uma doença-temoo, após a convalescença de um primeiro acometimento; reincidência.

Sadismo - perversão sexual que consiste em obter prazer provocando lesões corporais no seu parceiro ou em outra pessoa. A busca do prazer se efetua através do sofrimento dos demais.

Saúde mental - estado relativo em vez de absoluto. Os melhores indicadores de saúde mental o sucesso simultâneo no trabalho, amor e criatividade, com uma capacidade para a resolução madura e flexível dos conflitos entre instintos, consciência, outras pessoas importantes e a realidade.

Sentimento - estado afetivo.

Síndrome - conjunto de sintomas que caracterizam um quadro clínico.

Sintomas manifestação clínica de alteração orgânica ou funcional; é através do conjunto ou da sucessão de sintomas que a doença pode ser reconhecida.

Sufrimento - dor física ou moral.

Somatização - conversão dos estados mentais em sintomas orgânicos ou somáticos.

Superego - parte da mente que conscientemente identifica-se co pessoas importantes e estimadas do início da vida, particularmente com os pais; os desejos

supostos ou reais dessas pessoas significativas são assumidos como parte dos próprios critérios pessoais para ajudar a formar a consciência.

Temperamento - conjunto de características orgânicas, constitucionais e hereditárias que diferenciam o indivíduo e atuam sobre seu caráter.

Terapia ou Terapêutica - ramo da medicina que estuda o tratamento das doenças.

Torpor - estado de lentidão e obnubilação da consciência.

Traumatismo - lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, psíquicos, etc.).

Transtorno Bipolar - transtorno afetivo grave no qual existem episódios tanto de mania quanto de depressão.

Urgência - que urge; deve ser feito com rapidez.