

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**OFICINAS DE SENSIBILIZAÇÃO PARA O CUIDADO HUMANIZADO AO PORTADOR
DE SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Gabriela Cardoso

Porto Alegre
2003

Gabriela Cardoso

**OFICINAS DE SENSIBILIZAÇÃO PARA O CUIDADO HUMANIZADO AO PORTADOR
DE SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Relatório de conclusão, requisito parcial para conclusão do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e obtenção do título de Enfermeiro. Prof^a orientadora: Ms. Eglê Kohlrausch

Porto Alegre
2003

↓
2003

Biblioteca
Esc de Enfermagem da JFRGS

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto Cyro Martins, por ter me acolhido e proporcionado o desenvolvimento do meu Estágio Curricular.

Às Enfermeiras Anna Helena e Celina, pelo carinho, confiança e conhecimentos compartilhados.

Aos Técnicos de Enfermagem do Instituto, pela confiança, disponibilidade e aprendizado, sem os quais este trabalho não teria sido realizado.

À Professora Mestre Eglê Kohlrausch, orientadora, pela dedicação, carinho, apoio e ensinamentos.

Ao Professor Mestre Baltazar Lapis, pelos conselhos, incentivo, carinho e conhecimentos transmitidos.

Aos clientes que constituem a base fundamental na elaboração deste trabalho.

À minha família, pelo amor incondicional .

À Deus, por me acompanhar nesta trajetória e me permitir viver.

“Quando tratamos um homem como ele realmente é, nós o tornamos pior do que é. Quando o tratamos como se já tivesse atingido seu potencial, nós o transformamos no que ele deveria ser”.

(Johann Wolfgang Von Goethe)

SUMÁRIO

1 APRESENTANDO A TEMÁTICA.....	6
2 UMA BREVE PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O CUIDADO AO PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO	11
3 UM OLHAR SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	22
4 DESPERTANDO PARA O CUIDADO HUMANIZADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL	25
5 DESCREVENDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	30
6 APRESENTAÇÃO DAS OFICINAS	33
6.1 REFLETINDO SOBRE AS RELAÇÕES INTER E INTRAPESSOAIS NO TRABALHO	33
6.2 COMO ME IMAGINO INTERNADO EM UMA CLÍNICA PSIQUIATRA	34
6.3 HUMANIZANDO O CUIDADO COM O DESCONHECIDO	34
6.4 IDENTIFICAÇÃO DAS ATITUDES INADEQUADAS NO CUIDADO PRESTADO AO CLIENTE	35
7 REFLETINDO SOBRE A VIVÊNCIA DAS OFICINAS	36
7.1 A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO	36
7.2 DIFICULDADES DE ENTENDER OS SINTOMAS E MANEJAR O CLIENTE	38
7.3 DEMANDAS EXCESSIVAS DO AMBIENTE DE TRABALHO DIFICULTANDO A RELAÇÃO DE AJUDA	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE	49
ANEXO	52

1 APRESENTANDO A TEMÁTICA

Durante nossas experiências acadêmicas no curso de graduação em Enfermagem, pudemos observar o quanto a enfermagem, por sua presença constante junto ao cliente, tem posição privilegiada para estabelecer um relacionamento terapêutico. Na área de enfermagem em saúde mental, chegar a esta relação de ajuda, é fundamental. No entanto, nesse relacionamento podem existir sentimentos ambivalentes do cuidador que venham a dificultar ou atrapalhar a relação de cuidado.

Isto pode ser explicado pelo fato de que o portador de sofrimento psíquico¹, em nossa sociedade, pode ser vítima de preconceitos, rotulado e, na maioria das vezes, mal compreendido. Além disso, o sofrimento psíquico afeta o indivíduo em todas as suas funções, sociais, físicas, psicológicas e culturais. Por vezes, comportam-se de maneira não aceita pela sociedade, pois sentem e agem em desacordo com a realidade, parecendo como irrealistas e paradoxais (IRVING, 1979).

A partir do contato com esses clientes podemos percebê-los como seres únicos, com medos e aflições, alegrias e tristezas, iguais a qualquer outro ser humano, embora diferentes no modo de pensar e de agir.

Esta percepção encontra respaldo em Irving (1979), que nos traz a importância da enfermeira aceitar o comportamento do cliente como um sintoma ou expressão de seu sofrimento psíquico. Deve estar atenta para sentimentos de inadequação que possa vir a sentir em relação ao cliente, como, por exemplo, raiva, desapontamento, culpa, recordações dolorosas da vida particular; ou a irritação com o excesso de

solicitações do cliente, bem como a rejeição, medo, angústia e impotência com as situações de vida e morte, para que esses sentimentos não interfiram na relação de cuidado.

Para Taylor (1992), a enfermeira deve ser capaz de distinguir a realidade do mundo psiquiátrico de seus próprios preconceitos, além de compreender o comportamento do cliente, e as necessidades emocionais expressas por este comportamento.

Mesmo assim, no ambiente de trabalho nos vemos diante de sentimentos que interferem na promoção de uma prática humanizadora em saúde mental. Em muitas destas situações, se o cuidador não consegue identificá-los, a possibilidade de agir inadequadamente com este cliente é alta, e isso pode não levar a uma ação terapêutica. Portanto, precisamos evitar que estes sentimentos, embora presentes, interfiram na relação com o cliente, que se encontra em crise, e necessita da ajuda do profissional para superá-la.

Além de examinar seus sentimentos em relação ao ser cuidado, o profissional de enfermagem deve reconhecer a importância dos seus sentimentos pessoais, pois isto o ajuda na identificação dos indivíduos com os quais é capaz de estabelecer um relacionamento terapêutico (TAYLOR, 1992).

Isto ocorre pois, no processo de interação humana, cada indivíduo, na presença de outro, não fica indiferente a essa situação de presença. Esta relação é permanente entre as pessoas, sob a forma de comportamentos manifestáveis ou não, verbais ou não verbais, pensamentos, sentimentos, reações mentais e/ou físicas, corporais. Em

¹ Neste trabalho serão usados como sinônimos transtorno mental, doença mental, doente mental, ser em sofrimento psíquico e portador de sofrimento psíquico.

decorrência desse processo, se desenvolvem as relações interpessoais (MOSCOVICI,1985).

Na enfermagem, o trabalho em grupo é uma realidade do dia a dia, desde o período de formação acadêmica até o momento em que somos inseridos no mercado de trabalho, seja na forma de atenção ao cliente ou na relação com a equipe de trabalho.

Nas atividades de trabalho, as relações interpessoais podem produzir diversos efeitos, pois as pessoas são diferentes na sua maneira de pensar, perceber, sentir e agir. Muitas vezes estas diferenças interferem na relação pessoal, repercutindo desfavoravelmente nas atitudes, diminuindo a eficácia do cuidado prestado. Outras vezes essas diferenças trazem benefícios ao grupo e ao indivíduo, podendo levar a uma clima prazeroso e satisfatório no trabalho. Cada um de nós é, em grande parte, resultado das relações interpessoais estabelecidas no decorrer de nossa vida. Entre duas pessoas sempre há relação de causa-efeito, um causa efeito sobre o outro e vice-versa. Sendo assim, a habilidade de lidar com o outro engloba vários fatores como: flexibilidade perceptiva e comportamental, desenvolvimento da capacidade criativa e a dimensão da carga emocional/ afetiva que o indivíduo traz (MOSCOVICI,1985).

Levando em conta estas considerações, acreditamos que trabalhar estas questões com os cuidadores é fundamental para que se construa o cuidado humanizado em enfermagem em saúde mental. Neste sentido, é importante termos em vista que o técnico de enfermagem é o profissional que mais tempo fica junto aos clientes, sendo fundamental sua inclusão em qualquer processo que vise a humanização do cuidado nesta área.

A atuação em diversas instituições que atendem seres portadores de sofrimento psíquico, e nossa preocupação em entender e trabalhar com esses profissionais provêm da percepção, de que, estes também têm dificuldades ao se depararem com as pessoas que padecem de sofrimento psíquico, o que pode atrapalhar o cuidado prestado ao cliente.

A partir dessas observações e abordagens teóricas sobre o relacionamento interpessoal do cuidador/cliente, reforçamos nossa idéia sobre a importância de trabalhar com esses profissionais, oportunizando um espaço de reflexão sobre seus sentimentos, medos e dúvidas em relação ao cliente portador de sofrimento psíquico, para que se compreendam como cuidadores, aprimorando suas capacidades, estabelecendo um relacionamento interpessoal verdadeiro, empático e humano como ação terapêutica. Isto vem ao encontro do que entendemos por enfermagem psiquiátrica, definida por Taylor (1992) como

“... um processo onde o profissional auxilia as pessoas, individualmente ou em grupos, a se desenvolverem um auto-conceito positivo, um padrão mais gratificante de relacionamentos mais interpessoais e um papel mais satisfatório na sociedade.” (Taylor, 1992, p.55)

Por isto, tivemos como objetivo, neste estudo, implantar oficinas de sensibilização, com técnicos de enfermagem, para o cuidado humanizado em saúde mental. Secundariamente, promover um espaço de discussão e reflexão acerca do cuidado prestado ao portador de sofrimento psíquico, levando em consideração sentimentos e pensamentos do cuidador sobre sua forma de cuidar; estimular a conscientização do cuidador sobre seu papel dentro do contexto saúde-doença, na perspectiva humanística; propor formas de abordagem e manejo com o portador de

sofrimento psíquico, respeitando seus direitos; promover a integração dos auxiliares de enfermagem dentro de seu próprio grupo e com os clientes, e aprimorar o conhecimento do cuidador em saúde mental.

2 UMA BREVE PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O CUIDADO AO PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

A psiquiatria traz, ao longo de sua história, ações que foram desenvolvidas para o atendimento ao ser em sofrimento psíquico. Entre elas estão a revolução de Pinel, a criação de leis, o uso da psicoterapia, o desenvolvimento de recursos terapêuticos, a criação de diagnósticos e a introdução de psicofármacos, bastante eficientes para tratar os sintomas dos transtornos psiquiátricos. No decorrer do tempo, vários psiquiatras se destacaram na tarefa de tratar seres em sofrimento psíquico, e, muitas vezes, isso era feito utilizando métodos experimentais sem comprovação científica.

Os romanos, no século I, contribuíram no que diz respeito aos aspectos legais dos transtornos psíquicos, como ilustrado no código chamado *Corpus Juris Civilis*², onde são detalhadas várias perturbações mentais, como insanidade e embriaguez, dentre outras. Essa legislação previa, por exemplo, que, na ocasião de um crime, certas perturbações mentais poderiam atenuar a responsabilidade do criminoso. Também continha leis que definiam a capacidade do ser em sofrimento psíquico, decidir casar-se, divorciar-se, administrar seus bens, testemunhar e fazer testamento. Por volta do

² Coube a Justiniano I (Flavius Petrus Sabbatius Justinianus), imperador bizantino (527 a 563) e unificador do império romano cristão, a transformação da rudimentar atividade tabelioa em profissão regulamentada. Notabilizando-se no plano legislativo, promulgou uma nova coletânea de leis, as *Institutiones* (533), *Novellae Leges* e o *Codex Repetitae Praelectionis* (534), complemento de sua obra legislativa, esse monumento jurídico foi chamado, desde a Idade Média, *Corpus Juris Civilis*. Essa obra influenciou o sistema legal de quase todos os países europeus, repercutindo no mundo (PORTO, 1962).

século VI, as internações dos portadores de sofrimento psíquico eram feitas em instituições para pobres e enfermos.

Na Renascença surgem *Narrenschiff*, navios europeus que levavam portadores de sofrimento psíquico de uma cidade a outra, sendo os marinheiros encarregados de se livrarem destes indivíduos, para que não perambulassem indefinidamente pelas ruas das cidades. Assim ficavam entregues ao mar, aos seus caminhos incertos, prisioneiros no meio do infinito oceano, na maioria das vezes desconhecendo onde iriam parar. Isso fica evidenciado nesta citação de Foucault,

“A água e a navegação têm realmente esse papel. Fechado o navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior do mundo. É prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra a qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. Sua única verdade e sua única pátria são essa extensão estéril entre duas terras que não lhe podem pertencer” (Foucault, 1972, pag.12).

Fica difícil entender o sentido desse costume. É possível se pensar que é uma medida de expurgo destes sujeitos, hipótese que por si só não dá conta dos fatos, já que antes de serem construídas casas especiais para o tratamento de portadores de sofrimento psíquico, estes já eram tratados em sanatórios para leprosos. Possivelmente fossem escoraçados apenas os estrangeiros, fazendo com que cada cidade tomasse conta do seu doente (FOUCAULT, 1972).

Já no século XVII, na Inglaterra, foi criada uma instituição chamada Quakers, que abrigava os portadores de sofrimento psíquico adeptos do grupo religioso de mesmo nome, e que teve importante papel no desenvolvimento do tratamento mais humanitário. O local era localizado em um campo, espaçoso, alegre, com quadras de tênis, espaços para atividades e recreação, arbustos substituíram portões de ferro, e as

formas de repressão utilizadas eram camisa de força e um quarto para confinamento temporário. A filosofia terapêutica era chamada tratamento moral (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Estes autores trazem que, no ano de 1773, na Virgínia, foi aberto o primeiro asilo americano para portadores de sofrimento psíquico aos cuidados do governo. A abordagem terapêutica era humanitária, utilizando métodos como trabalho agrícola e programas recreativos, como música e leitura.

Dizem, ainda, que, em 1774, foi promulgada em Florença, na Itália, a lei que previa o exame mental a todos que eram confinados por algum motivo. Logo depois, em 1778, foi aberto o Hospital Bonifácio, que tinha como regulamento normas do tipo é dever moral, supremo e obrigação médica respeitar o insano como indivíduo, sendo assim não deveriam ser aplicadas força física, métodos cruéis ou constrangedores no tratamentos aos clientes, eventualmente poder-se-ia usar camisa de força, de modo a não causar muita aflição ao portador de sofrimento psíquico.

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) relatam que no final do século XVIII, o Iluminismo influenciou uma nova perspectiva mais otimista do homem, considerado como um ser naturalmente bom e capaz de atingir a perfeição. Na crença iluminista havia a possibilidade de aprimoramento do espírito humano e entendimento da loucura, através da liberdade. Um dos maiores seguidores dessa idéias foi Philippe Pinel.

Philippe Pinel (1745-1826), médico francês, diretor dos hospitais de Bicêtre e de Salpêtrière, foi um dos primeiros a libertar os portadores de sofrimento psíquico, internados nos manicômios, das correntes, propiciando-lhes uma liberdade de movimentos, por si só terapêutica. Esta ação permitiu a criação de seu mito de "libertador dos loucos ". Isto ocorreu por volta de 1800. Pinel aboliu tratamentos como

sangria, purgações e vesicatórios, em favor de uma terapia que incluía contato próximo e amigável com o paciente, discussão de dificuldades pessoais, atenção às necessidades psicológicas e físicas e um programa de atividades dirigidas, estabelecendo uma relação humanitária entre o cliente e aqueles que o cuidam, constituindo então o que se chamou de tratamento moral. Preocupava-se, também, em que o pessoal auxiliar recebesse treinamento adequado e que a administração das instituições fosse competente (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Nesta mesma época, o francês Jean Esquirol (1772-1840) foi responsável pela elaboração da lei de insanidade mental, que delineava os procedimentos de confinamento para portadores de sofrimento psíquico, o que influenciou a criação de leis semelhantes em outros países. No mesmo período em que Pinel iniciou o tratamento moral na França, Benjamin Rush (1745-1813), nos Estados Unidos, introduziu esta mesma abordagem no Hospital da Pensilvânia, com notável êxito. Há, ainda, referências estatísticas do Hospital de Worcester, NY, que, aplicando o tratamento moral, pelo menos no período de 1833-1837, obteve 70 % de recuperação dos seus 300 pacientes (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997).

Percebe-se com isto que, até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade médica. Eram grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados indesejáveis à sociedade, como os leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos. Eram, portanto, lugares de exclusão social da pobreza e da miséria produzidas pelos regimes da época (FOUCAULT, 1972).

Da mesma forma, no Período Imperial, a maneira como o estado lidava com os loucos, em nosso país, era determinada por leis, decretos e resoluções que tratavam o louco como ameaça à segurança. Em decorrência disto, eram colocados em asilos, sob

cuidados das religiosas, onde ficavam em porões, sem assistência médica, e conviviam com a fome, o frio, a sujeira e as correntes, não diferindo, portanto, do tratamento que se via no resto do mundo. Segundo Santos (1994), no Brasil, em 1852, foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, na cidade do Rio de Janeiro. O Hospício de Pedro II foi criado para atender às pressões que o Estado Imperial recebia para o isolamento do louco do convívio social. Paulatinamente, o número de hospícios foram aumentando, criando-se, assim, mais espaços para a reclusão dos mesmos. Em 1890, o Hospital de Pedro II saiu da esfera de influência da Santa Casa, para tornar-se o Hospital Nacional de Alienados.

Em 1903, surgiram hospitais-colônia onde os portadores de sofrimento psíquico crônicos tinham a oportunidade de viver em um ambiente rural, onde pudessem se interessar novamente pelo trabalho, e assim se tornarem mão de obra para o Estado, diminuindo os gastos. Quando esses clientes eram devolvidos para as suas comunidades, se deparavam com uma realidade muito mais urbana que rural, fazendo com que a eficiência do tratamento se perdesse (SANTOS, 1994).

De acordo com Puel, Ramison, Brum et all. (1997) as primeiras instituições hospitalares no Brasil, que atendiam portadores de sofrimento psíquico, surgiram devido às ameaças à paz que eles significavam, quando perambulavam pelas ruas das cidades. A relação entre a doença mental e a determinação de uma exclusão social em uma instituição hospitalar levou à separação do indivíduo da sociedade, passando a serem excluídos não só do convívio social, mas, também, como cidadãos.

Ressaltam que, já no final do século XIX, nos hospitais particulares americanos e em algumas instituições públicas, continuou a predominar, por algum tempo, a filosofia

do tratamento moral, mas a maioria dos hospitais públicos ficou abarrotada de indigentes, criminosos, alcoólicos e vadios, como no restante do mundo.

Esta realidade esteve presente até que outras formas de tratamento começassem a surgir. Os fármacos utilizados para controlar os sintomas das pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos são descobertos a partir da década de 1950. Neste sentido, tanto a insulinoaterapia, quanto a psicocirurgia e a eletroconvulsoterapia (ECT) supriram uma lacuna no tratamento aos portadores de sofrimento psíquico.

Na década de 20, Manfred Sakel (1900-1957) observou que o uso diário de pequenas doses de insulina estimulava o apetite e o ânimo das pessoas. Preocupado com o estado geral dos esquizofrênicos institucionalizados, começou a utilizar este hormônio em seus pacientes. A verificação de sistemáticas melhoras no quadro mental destes levou-o a criar a técnica de insulinoaterapia, na qual o doente é submetido a uma série de 20-30 comas, o que, empiricamente, se revelou de grande sucesso na involução dos quadros, principalmente nos quadros mais precoces (IRVING, 1979).

Uma outra forma de tratamento que foi muito usada chama-se de psicocirurgia, mais conhecida como lobotomia. Suas origens se dão no final do século XIX, quando se começou a realizar experimentos com cães (ablação do neocórtex) e chimpanzés (retirada dos lobos frontais e temporais). O que se observou foi que esses animais ficavam mais tranquilos, e se obtinha o controle de seu comportamento. Muitos neurologistas fizeram inúmeras experiências durante as décadas seguintes, mas a lobotomia tomou força a partir de 1930. Os neurologistas Walter Freeman e Egas Maniz se destacaram por aperfeiçoarem uma técnica mais rápida e simples usando um quebra gelo, apoiado no teto da órbita ocular, com uma leve pancada de um martelo, que atravessa a pele, o tecido subcutâneo , o tecido ósseo e meninges, chegando ao

lobo frontal. Então era feito um movimento lateral fazendo com que as fibras fossem desconectadas. Era usado anestesia local, mas não era necessária internação. Nas duas décadas seguintes foram feitas mais de dezoito mil lobotomias nos Estados Unidos e dezenas em outros países. Foi amplamente abusada, na forma de um instrumento para controlar comportamentos indesejáveis e esvaziar hospitais superlotados. No começo dos anos cinquenta se começou a ouvir as primeiras vozes discordantes contra a psicocirurgia. Não eram apresentadas evidências científicas sérias sobre sua eficácia real. As objeções éticas começaram a se acumular devido aos danos irreversíveis causados nos cérebro e também aos sérios efeitos colaterais sobre a personalidade e a vida emocional dos pacientes. Além disso, com o surgimento das drogas antipsicóticas no início da referida década, a psicocirurgia foi abandonada a favor de outras de tratamento mais humanas. A operação original de lobotomia não é mais realizada, embora muitos países ainda aceitem a psicocirurgia como uma forma de controle radical do comportamento violento patológico, entre os quais, Austrália, a Suécia e a Índia (SABBATINI, 1997).

Já a eletroconvulsoterapia foi criada em 1937, na Itália. Utilizando-se de corrente elétrica, de intensidade variável, aplicada nas regiões temporais, uni ou bilateral, durante segundos, leva-se o cliente a uma crise convulsiva tipo tônico-clônica generalizada, e após estabiliza. Portanto, ele ajuda a regular a liberação dos neurotransmissores que estão em desequilíbrio e são responsáveis pela transmissão de impulsos de informações de um neurônio para o outro. Kaplan, Sadock e Grebb (1997) relatam que teve muita aplicação antes da era dos psicofármacos, sendo uma das poucas alternativas para o tratamento das psicoses. Muitas vezes foi usada erroneamente, sem anestesia, para castigar ou torturar os clientes. Após o advento dos

psicofármacos, seu uso decaiu bastante. Hoje é indicada nos casos de depressões graves, esquizofrenia catatônica e intensa agitação psicomotora, e, geralmente, é feita quando outras formas de tratamento não obtiveram sucesso, e se mostra muito eficaz quando o tratamento é realizado de maneira correta, ou seja, com indicação médica adequada, anestesia e relaxantes musculares. Como resultado, aparece a melhora do paciente. Sabe-se, atualmente, que após o uso da eletroconvulsoterapia, os clientes ficam com leves dores de cabeça e podem ter prejuízo temporário da memória .

Por volta de 1950, surge na Inglaterra o que se chama de comunidade terapêutica³. Inspirada nos trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman, se caracteriza como um processo de reformas institucionais de um hospital psiquiátrico com medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, com objetivo de transformar a dinâmica institucional asilar. Maxwell Jones tornou-se o mais importante autor e operador das práticas das comunidades terapêuticas³, organizando grupos de discussão, operativos e de atividades, com objetivo de envolver o sujeito com sua própria terapia e com os demais. Uma das propostas para reformulação do espaço asilar surgiu no ano de 1920, por Simon, e se chamava terapia ativa ou terapia ocupacional. A necessidade fez com que Simon lançasse mão de alguns clientes crônicos para realizar a reforma de um hospital, e ele observou benefícios na iniciativa. O trabalho desses clientes foi proveitoso, e foi retomada a idéia de que o trabalho seria uma das formas de transformação dos portadores de sofrimento psíquicos (AMARANTE, 1995).

³ Comunidade terapêutica foi a proposta do psiquiátrica Inglaterra que tem por objetivo a transformação do hospital psiquiátrico em um local de cura, pois promove o envolvimento da equipe, médicos , pacientes e pessoal de apoio no tratamento terapêutico da instituição (AMARANTE, 1996).

Este autor traz, ainda, uma outra proposta que surgiu neste período. Trata-se da experiência de Sullivan trabalhando com enfoque terapêutico nos sistemas grupais, com clientes psicóticos, objetivando a integração dos participantes. Menninger, na década de 40, contribuiu significativamente para o tratamento dos portadores de sofrimento psíquico, trabalhando com grupos menores, onde as dificuldades, problemas e soluções dos clientes são compartilhados e debatidos para facilitar a ressocialização.

Já os movimentos precursores da reforma psiquiátrica brasileira surgiram na Europa e Estados Unidos a partir do século XX, e apontavam críticas no atendimento ao portador de sofrimento psíquico, quando estes eram excluídos e segregados da sociedade, demandando ações que levassem a uma atenção mais humanizada, de forma que garantisse a dignidade do portador de sofrimento psíquico enquanto cidadão.

Dentro deste contexto, observa-se que os avanços ocorridos no campo da psicologia, da psicanálise e da psiquiatria possibilitaram um novo olhar sobre o indivíduo portador de sofrimento psíquico, com suas diferenças e limitações, mas apto a conviver com os demais sujeitos da sociedade. Assim, a partir da década de 80, no Brasil, ocorreram mobilizações de segmentos da sociedade civil e dos trabalhadores em saúde mental que possibilitaram a reflexão sobre este tema, e propostas de mudanças relativas ao tratamento desses indivíduos (PUEL, RAMISON, BRUM et al., 1997).

De acordo com Oliveira e Saldanha⁴, citado por Kantorski e Silva (2001), o espaço inadequado destinado ao portador de sofrimento psíquico pela sociedade, propiciou a criação do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) em 1884. A idéia era

⁴ OLVEIRA, D.C. e SALDANHA, L. Da instituição a sociedade: A trajetória da saúde mental coletiva, 40-55, 1993.

que fosse construído um hospital regional que recebesse pessoas de todo o Rio Grande do Sul. Iniciou com 25 pacientes e não parou de crescer até a década de 70, quando teve 5000 internados. Para diminuir a grande população assistida pelo HPSP, nesta mesma década foram instalados serviços de saúde mental junto aos centros de saúde e as unidades sanitárias de Porto Alegre. Muitos pacientes eram levados para o seu local de origem ou iam para a Colônia Agrícola de Itapoã.

Paralelamente a isto, como resultado de movimentos sociais, aconteceu, no Brasil, a 1ª Conferência de Saúde Mental, em 1987, na cidade do Rio de Janeiro, que propôs o estabelecimento, em lei, do direito ao portador de transtorno psiquiátrico realizar sua internação e discutir sobre ela, extensivo aos seus familiares ou entidades civis. No âmbito internacional, foi realizada a Declaração de Caracas, em 1990, que apresentou como diretrizes que a assistência em saúde mental deve salvaguardar a dignidade pessoal e os direitos humanos e sociais, e que os países devem-se ajustar-se de modo que assegurem o respeito dos direitos humanos e civis aos portadores de sofrimento psíquico. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1991, adotou princípios para a proteção e assistência a portadores de sofrimento psíquico, explicitando o Princípio da Liberdade Fundamental e Direitos Básicos, onde qualquer indivíduo portador de uma enfermidade mental terá o direito de exercer todos os seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais (PUEL, RAMISON, BRUM et al., 1997).

Bezerra (1992) lembra que, nesta mesma década, foi implantado um sistema de atenção primária, com a criação de cursos de especialização, na modalidade de residências multiprofissionais, na Unidade Sanitária São José do Murialdo, em Porto

Alegre, iniciando o atendimento de serviços públicos aos alcoolistas, a instalação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, e criação de unidades psiquiátricas em hospitais universitários. Também foi criado na mesma cidade, pelo Ministério da Previdência, um serviço ambulatorial de psiquiatria centralizado, com a expansão do credenciamento de profissionais e convênios com hospitais psiquiátricos no estado. Este processo de expansão de atendimento ao portador de sofrimento psíquico se deu no setor privado, para reduzir a população do HPSP, processando-se o aumento de convênios e contratos no setor privado.

Em decorrência destes movimentos, de acordo com Bezerra (1992), o público do Hospital Psiquiátrico São Pedro começou a diminuir, e chegou a 1400 clientes dez anos depois. Mas isso não resolveu o problema para o Estado, pois suas famílias não se comprometiam com os clientes, e a comunidade não estava disponível e preparada para recebê-los, reproduzindo a cronificação e a exclusão.

Com isto, vê-se que o importante é que essas novas possibilidades assistenciais, por parte de grupos ou poderes locais, precisam interferir positivamente na resolução deste processo de mudança na prática asilar. Isso nos diz que mais relevantes que planos nacionais e leis, são os trabalhos práticos de implantação de novas experiências nas formas de cuidar, entre estas, atenção psiquiátrica diferenciada, sem necessidade de asilo, do hospital, da violência, da discriminação, da segregação, novas práticas que criem novas dimensões que produzam vida e não morte (BEZERRA, 1992).

3 UM OLHAR SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA

O médico psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980) foi o precursor do movimento da reforma psiquiátrica italiana ou Psiquiatria Democrática. Em 1961, Basaglia assumiu a direção de um hospital em Gorizia, com objetivo de transformá-lo em uma comunidade terapêutica, e observou que não seria suficiente apenas a humanização do hospital para mudar a relação da sociedade com os portadores de sofrimento psíquico, mas uma desconstrução do modelo hospitalar psiquiátrico para outras formas de tratamento. Basaglia criticava a postura médica hospitalar e psiquiátrica, pois transformavam o indivíduo em objetos de intervenção clínica e excluía, isolando os portadores de sofrimento psíquico para tratamento, resultando no processo de institucionalização. Na institucionalização os indivíduos perdem significativamente sua individualidade, e suas vidas passam a serem marcadas por um ambiente cheio de regras e relacionamentos impessoais (AMARANTE, 1996).

Por isto, em Trieste, no ano de 1970, Basaglia, ao ser nomeado diretor do Hospital Provincial, iniciou um processo de fechamento do mesmo, substituindo a rede hospitalar e manicomial por serviços de atenção em saúde mental em diversas regiões da cidade, onde os usuários eram atendidos em suas cidades. Faziam parte destes serviços emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas (AMARANTE, 1996).

Acredita-se que a concepção destes serviços se faz necessária, mas é através da implantação de uma infra-estrutura que possibilite a comunicação entre hospital e

comunidade, que será possível tratar e cuidar do cliente e da sua família. Em 1934 foi decretada a lei que criou a assistência aos doentes mentais e a profilaxia mental. Em 1941 foi criado o Serviço Nacional dos Doentes Mentais (BEZERRA, 1992).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi organizada a partir dos pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira e da Psiquiatria Democrática Italiana, que tinha como objetivo a desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico. O Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do Deputado Paulo Delgado, propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades de tratamento, e foi o marco político de maior importância para o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, mas só foi aprovado em 2001.

Por isto, o Rio Grande do Sul foi pioneiro ao aprovar a Lei da Reforma Psiquiátrica, em 1992, prevendo uma reestruturação da assistência psiquiátrica no estado, com a substituição progressiva dos manicômios por novas formas de tratamento e acolhimento. A reforma procurava a reestruturação da atenção em saúde mental, e o resgate da cidadania dos portadores de sofrimento psíquicos, acabando com a exclusão.

De acordo com Kantorski e Silva (2001), a Portaria 224/1992 do Ministério da Saúde prevê uma rede de serviços alternativos de atenção em saúde mental, composta por diferentes modelos de assistência, como por exemplo: unidade básica; centro de saúde e ambulatório; núcleos/centros de atenção psicossocial; hospital dia; serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral; leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital psiquiátrico. Essas modalidades de assistência são consideradas suplementares ao hospital psiquiátrico, mas acreditamos que são

necessária para a transformação que deve ser feita no espaço de atendimento ao portador de sofrimento psíquico.

Sabe-se que, durante muito tempo, os hospitais funcionaram como depósitos de pessoas que eram abandonadas pela famílias, pessoas que possuíam algum transtorno mental, e necessitavam de cuidados, mas eram tratadas desumanamente, e detinham o estigma de "doente mental" o que dificultava a sua reinserção na sociedade. Muitos desses indivíduos ficavam nesses manicômios até o resto de suas vidas (FOUCAULT, 1972).

Também é público que o século XX foi marcado pelo aumento da contribuição das ciências humanas, no sentido de entender a loucura como também uma categoria social, com diferentes sentidos em diferentes culturas e períodos da história. Esses avanços fazem repensar acerca da problemática do atendimento psiquiátrico oferecido aos clientes portadores de sofrimento psíquico, e a respeito de formas mais humanizadas de cuidar.

Neste sentido, os pressupostos da Reforma Psiquiátrica poderiam possibilitar a humanização do cuidado em enfermagem em saúde mental e psiquiatria, por objetivar promover a saúde, resgatando a autonomia pessoal e o desenvolvimento do indivíduo, dentro do alcance dos seus conhecimentos e habilidades, e de acordo com princípios científicos e éticos. Estas idéias respaldam a necessidade do homem ser compreendido em relação ao seu potencial, a influência que recebe da família, do meio ambiente e dos fatores físicos, psíquicos, econômicos e sociais (AMARANTE, 1996).

4 DESPERTANDO PARA O CUIDADO HUMANIZADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

Vivemos um momento de transição, no qual se questiona o paradigma mecanicista e o surgimento de correntes humanistas, possibilitando uma outra forma de visão do mundo e do ser humano. O processo de repensar a prática da assistência em enfermagem psiquiátrica nos levam ao encontro do mundo do cuidado humano que é a essência da enfermagem (VIANNA, 2000).

Watson^{5 6}, citada por George (2000), nos traz que o cuidado humano é o valor humano e se relaciona com a resposta humana não subjetiva, envolvendo a interação do indivíduo com o ambiente, seu auto-conhecimento e o conhecimento de suas limitações.

De acordo com Travelbee⁷, citada por Furegato (1999), a enfermeira é um agente ativo que, unindo-se ao cliente, o ajuda a desvendar e ter a compreensão da sua experiência, oportunizando-lhe analisar-se, reconhecer-se e expressar-se com outras pessoas.

Para cuidarmos expressivamente é necessário o conhecimento de si mesmo, valorização dos próprios sentimentos, conhecimentos nas diversas dimensões do ser humano, valorização do ser humano e empatia (VIANNA,2000).

⁵ WATSON, M. J., New Dimensions of Human caring Theory. Nursing Science Quarterly, 1, 175-181, 1988

⁶ WATSON, M. J., New Dimensions of Human caring Theory. Nursing Science Quarterly, 1, 175-181, 1988

⁷ TRAVELBEE, J Intervention en enfermeria psiquiátrica. Colômbia, Carvajal S.A, 1992

A enfermeira deve ter a capacidade de examinar seus sentimentos, ações e relações pessoais. Compreender e aceitar a si mesmo, permite ao profissional reconhecer as diferenças e singularidades de seus clientes (STUART e LARAIA,2001).

O cliente, antes de tudo, é um ser humano único, e não pode ser definido como um tipo de doença ou um conjunto de sintomas. É uma pessoa, está com medo, se sentindo sozinho e cheio de dificuldades. Muitas vezes, não tem controle sobre sua doença, e se tem, é pouco. Precisa de alívio, e pessoas preparadas para ajudá-lo (IRVING, 1979).

Um dos princípios da enfermagem psiquiátrica que Taylor (1992) nos aponta, é o de ver o cliente como um ser holístico, com necessidades inter-relacionadas e interdependente. O indivíduo deve ser visto como parte integral do meio onde vive, afetando e sendo afetado por ele simultaneamente. Portanto, o cliente não poderia ser cuidado separado de sua família, comunidade e grupo a qual pertence. Logo, a enfermeira deve possuir habilidades interpessoais, conhecimentos científicos sobre sofrimento psíquico e conhecimentos e práticas de várias culturas e regiões.

Percebemos então, que, para o cuidado ocorrer em sua plenitude, o cuidador precisa demonstrar conhecimento e experiência no desenvolvimento de suas habilidades técnicas, na prestação de informação, e na educação ao cliente e sua família. Deve ter consideração, respeito e sensibilidade que se demonstram na forma de palavras, tom de voz. Para tornar-se esse tipo de profissional, precisamos estar conscientes de nossos sentimentos e pensamentos em relação ao ser em sofrimento psíquico, e com eles trabalhar numa perspectiva positiva, auxiliando na sua recuperação.

O conhecimento científico é importante, mas não o único que proporciona bem-estar e conforto ao ser humano. Ele é parte de um todo dinâmico e interrelacionado, que evolui em prol da consciência do ser bio-psico-social. Este todo estrutura o cuidado de enfermagem, pois é fator preponderante no processo de cuidar, curar, promover e preservar a integridade do que é total ao ser, o seu ser (WATSON apud GEORGE, 2000).

Devemos observar o que o cliente diz, o que pensa, como se comporta e o que leva ele a querer nossa atenção, e se de alguma maneira isso lhe causa sofrimento. Só então podemos ajudá-lo a encontrar seu próprio caminho. Enquanto ele vai aprendendo a ouvir-se, se aceitando mais conforme expressa seus defeitos, percebendo na enfermeira confiança e aceitação, vai mostrando quem realmente é, e passa a crescer (FUREGATO, 1999).

O cuidado, então, envolve uma ação interativa nem sempre previsível. Essa ação e comportamento estão calcados em valores, experiências e no conhecimento do cuidador para com o ser que é cuidado, e que passa também a ser cuidador, responsável em certa medida pelo seu próprio cuidado. Na relação de cuidado deve haver voz, postura, gestos e toques. Essa é a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado (WALDOW, 1998).

Neste sentido, Watson, citada por George (2000), salienta que ao cuidar não podemos deixar de interagir e de se relacionar com as emoções humanas. Não existe um cuidado humano sem o envolvimento de um ser com outro ser, pois é a partir deste vínculo que o cuidado evolui para um processo humanizado, e, não, mecânico, onde as pessoas possam ser respeitadas em suas diferenças.

Taylor (1992) enfatiza que o fundamento da assistência de enfermagem psiquiátrica é o relacionamento interpessoal. É necessário que se humanizem as ações, e que sejam desenvolvidas de forma individualizada, olhando cada cliente como único, com suas vivências e experiências de vida.

O vínculo afetivo é um cuidado adicional que pode e deve ser desenvolvido de maneira que o cliente e a equipe de saúde possam interagir no processo de recuperação. Deve existir o respeito para com o sofrimento, solidariedade e compreensão, comprometimento moral, ético e humano, e afetividade. Os cuidadores devem expressar empatia em relação ao cliente, o que fortalecerá a relação interpessoal, e trará benefícios que serão somados ao tratamento(WALDOW,1998).

Para ela, no processo de cuidar é necessário conhecer o outro ser. O cuidador deve ser capaz de entender as necessidades do cliente, e responder a elas de forma adequada. Também deve ter a capacidade de modificar seu comportamento frente às necessidades do outro ser, cliente, deixando que o outro cresça na sua maneira, no seu próprio ritmo. É necessário que aceite o outro como ele é, e não como gostaria que fosse.

Aceitar a pessoa do cliente, não significa aceitar todo comportamento que manifeste. Se nos posicionarmos em ajudar o cliente a crescer, se transformar, amadurecer, isto significa que algumas coisas podem estar em desequilíbrio, distorcidas, em desordem, e por isso precisamos ajudá-lo. Quando consideramos o ser humano como um ser que erra e em crescimento, a atitude mais adequada é fazer com que ele encontre caminhos que o conduza à uma direção mais positiva de vida. Se aceitarmos tudo que ele pensa ou tudo que ele manifesta, não temos nada a fazer e nem como ajudá-lo (FUREGATO,1993).

Entendemos que o cuidado humano requer fatores inerentes a quem cuida e a quem recebe o cuidado. O cuidado é único, pois depende do momento em que é prestado, envolvendo o cuidador e o ser cuidado. Dentro desta visão, o significado do cuidado é pessoal e único, pois depende da evolução interior, das experiências de vida, da carga psicológica e emocional do cuidador, estando esses fatores relacionados o seu modo de cuidar e as formas criativas do seu cuidado.

Portanto, acreditamos que este movimento em torno da humanização da assistência de enfermagem psiquiátrica faz com que o enfermeiro repense e amplie sua visão a respeito do trabalho que presta, tendo objetivos definidos e ações planejadas, de acordo com um referencial teórico, seguindo um modelo assistencial centrado na pessoa, tendo uma visão de ser humano total, sem deixar de lado sua cultura, mente, corpo e família. Só assim se fortalece como profissional e põe em prática o cuidado humanizado ao portador de sofrimento psíquico.

5 DESECREVENDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este estudo foi desenvolvido a partir do referencial da pesquisa convergente-assistencial, conforme proposta por Trentini e Paim (1999), sob forma de projeto assistencial.

Esta metodologia permite, durante todo seu desenvolvimento, manter uma estreita relação com a situação social, procurando encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir coisas novas no contexto social (TRENTINI e PAIM, 1999).

Este projeto assistencial foi desenvolvido no Instituto Psiquiátrico Cyro Martins. Foi implantado na forma de oficinas de sensibilização para o cuidado humanizado ao portador de sofrimento psíquico. As oficinas se configuram como um espaço para revisão e reflexão no processo de trabalho em saúde.

Segundo Kohlrausch (1999), as oficinas proporcionam um espaço para manifestação de sentimentos e emoções, dado seu caráter não diretivo, oportunizando a ênfase nas relações e na comunicação. Em nosso entendimento, elas possibilitam a reunião e a aproximação dos cuidadores para a promoção do diálogo acerca de suas angústias, sentimentos e questionamentos decorrentes de suas vivências, e posterior reflexão sobre as mesmas. Possibilitam o aprimoramento de capacidades, facilitando o estabelecimento de um relacionamento interpessoal mais verdadeiro, entre o cuidador/cliente e cuidador/cuidador.

Foram quatro oficinas realizadas ao todo, uma vez por semana, durante quatro semanas, duas no mês de junho e duas no mês de julho, pela tarde, com duração de uma hora. Cada uma das oficinas teve técnicas diferentes objetivando a sensibilização para o cuidado humanizado ao portador de sofrimento psíquico.

Participaram do estudo quatro técnicos de enfermagem, sendo que três trabalham pela manhã e um, à tarde, e todos concordaram em realizar as oficinas.

Para a coleta de informações foi utilizada a gravação do conteúdo das oficinas, com o auxílio de um microgravador, e, posteriormente, foram transcritas na íntegra, e analisadas. As fitas foram desgravadas após a transcrição.

Para a análise dos achados, optamos pela análise de conteúdo. De acordo com Bardin (1977), a Análise de Conteúdo pode ser definida como:

“um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.” (Bardin 1977, p. 42)

Entre as diversas formas de análise de conteúdo propostas por Bardin (1977), escolhemos a Análise de Enunciação, cuja concepção de discurso o considera como um processo, e não como um fenômeno dado, ou um fato isolado. A análise de enunciação leva em conta os processos inconscientes, que se manifestam na própria produção discursiva, "palavra em ato", com suas falhas, lapsos, contradições e repetições, onde se manifestam os temas emergentes. Esta é uma técnica de análise particularmente útil dentro da área de saúde mental, por possibilitar o trabalho com técnicas não diretivas, com as oficinas.

Como se trata de um estudo com seres humanos, os mesmos foram informados a respeito do caráter deste trabalho e devem concordaram em participar. Dando

atenção ao decreto nº 93933/1987, do Conselho Nacional de Saúde, em seu Capítulo II Art. 4 e Art. 5, que legisla sobre os aspectos éticos da pesquisa em seres humanos, os sujeitos participaram de forma voluntária, tendo o direito de retirarem sua colaboração ao estudo a qualquer momento, assim como de solicitarem quaisquer novos esclarecimentos.

Para preservar os aspectos éticos, foi elaborado um consentimento livre e esclarecido informando os objetivos e finalidades deste trabalho (Apêndice). Este consentimento foi emitido em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora. Foi preservada a identidade do participante, através do anonimato. As informações obtidas durante a execução deste estudo são sigilosas, mas os participantes concordaram com a apresentação e publicação dos resultados, desde que não fossem identificados. Além disto, os achados deste trabalho não poderiam servir para avaliação de desempenho, nem a recusa em participar como critério para punir o técnico em enfermagem.

Além disto, com o objetivo de garantir os aspectos éticos, antes de iniciar a implantação das oficinas, este projeto foi avaliado pela Comissão de Estágio Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e, depois de aprovado, foi apreciado pela Comissão de Ética do Instituto Cyro Martins (Parecer em Anexo).

Na análise das informações coletadas, os temas emergentes foram interpretados à luz da literatura psiquiátrica e de enfermagem, permitindo estabelecer uma relação entre o que é preconizado pela literatura e o que se encontra no cotidiano do trabalho.

6 APRESENTAÇÃO DAS OFICINAS

Cada uma das quatro oficinas teve uma técnica diferente, com metas distintas, visando ao final dos quatro encontros a sensibilização dos técnicos de enfermagem para o cuidado humanizado ao portador de sofrimento psíquico. A primeira oficina visava a reflexão sobre as relações intra e interpessoais no trabalho; na segunda, foram abordados os sentimentos que surgiram na experiência fictícia dos participantes possuírem um transtorno psiquiátrico, e estarem internados em uma clínica psiquiátrica; na terceira foi trabalhada a humanização do cuidado com o desconhecido, e a quarta teve por finalidade a identificação de atitudes inadequadas no cuidado prestado ao portador de sofrimento psíquico.

6.1 REFLETINDO SOBRE AS RELAÇÕES INTER E INTRAPESOAIS NO TRABALHO

A primeira oficina iniciou com a entrega dos termos de consentimento livre e esclarecido a cada um dos participantes. Foi explicado o objetivo e a justificativa pela escolha do tema e o uso do microgravador. Foi colocada uma música suave para facilitar a realização da atividade.

A dinâmica desenvolvida na primeira oficina é chamada de “um objeto intermediário”. No primeiro momento, foram distribuídas folhas em branco, uma para cada participante, e foi proposto que desenhassem três objetos. Um primeiro, que definisse como cada se percebe consigo mesmo; o segundo, que indicasse como se

percebem na relação de trabalho; e o terceiro para simbolizar como se viam na relação de cuidado.

Nesta oficina tivemos por meta conhecer como cada um dos participantes se relaciona com ele próprio, com seu grupo de trabalho e com o ser que é cuidado. Isso se reflete diretamente na relação de cuidados que os técnicos têm com seus clientes.

6.2 COMO ME IMAGINO INTERNADO EM UMA CLÍNICA PSIQUIATRA

Na segunda oficina foi utilizada a dinâmica chamada “a carta”. Foi solicitado aos participantes que se imaginassem passando por uma crise muito grave, não a superando, desenvolvendo um transtorno psiquiátrico. Em decorrência disto, estariam internados na clínica onde trabalham, mas o grupo de funcionários era composto por pessoas que eles não conheciam. Após quinze dias de internação, foi permitido que escrevessem uma carta a alguém muito próximo, descrevendo como estão sendo cuidados pelos funcionários (técnicos de enfermagem, enfermeiros , médicos e outros) desde a internação até este dia.

O propósito desta técnica foi fazer com que os técnicos de enfermagem se colocassem no lugar dos clientes recebidos por eles, oportunizando um momento de reflexão e avaliação .

6.3 HUMANIZANDO O CUIDADO COM O DESCONHECIDO

Esta oficina foi realizada a partir da “técnica dos símbolos”. Foi entregue a cada participante um símbolo diferente, que representava transtornos psíquicos que eles não

sabiam qual era. Após, cada participante deveria encenar o transtorno que achava que o símbolo representava.

Os símbolos escolhidos por nós foram a estrela, que representava a dependência química; o círculo, a depressão; o quadrado, a esquizofrenia; o triângulo, o transtorno de humor bipolar.

Por vezes no cotidiano do trabalho, os técnicos se deparam com clientes internando sem saber seu diagnóstico médico. Tivemos o propósito de aprimorar conhecimentos em relação ao sofrimento psíquico, e debater a dificuldade que possuem em tratar um cliente sem saber seu diagnóstico.

6.4 IDENTIFICAÇÃO DAS ATITUDES INADEQUADAS NO CUIDADO PRESTADO AO CLIENTE

Nesta oficina foi usada a técnica chamada “lata de lixo”. Os participantes sentaram em círculo, e foi posta uma lata de lixo no meio. Cada um dos técnicos recebeu três pedaços de papel em branco, onde escreveram três atitudes que identificaram, durante as oficinas, serem inadequadas em relação ao cuidado que prestavam aos clientes. Em ordem de maior importância (mais inadequado, mais ou menos inadequado e menos inadequado) colocaram na lata do lixo.

Através desta técnica, foi proporcionado aos técnicos a reflexão de atitudes que consideravam inadequadas no cuidado prestado ao cliente. Colocando-as fora na lata do lixo, tiveram a intenção de não repeti-las mais.

7 REFLETINDO SOBRE A VIVÊNCIA DAS OFICINAS

Durante as quatro oficinas que realizamos com os técnicos de enfermagem, procuramos, através de técnicas distintas, sensibilizar para o cuidado humanizado ao portador de sofrimento psíquico.

Os temas emergentes foram: a importância do acolhimento; dificuldades de entender os sintomas para manejar o cliente; demandas excessivas no trabalho dificultando a relação de ajuda.

7.1 A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO

O momento que os técnicos consideram de extrema importância no acolhimento é o momento de internação do cliente. Trazem que o cliente chega em um ambiente estranho com pessoas estranhas, se sente muito sozinho, então é necessário acolhê-lo, tratando-o bem e orientando-o sobre as rotinas na unidade.

“A primeira coisa que marca o paciente é aqueles primeiros cinco minutos da internação dele. Para nós funcionários é normal eles internarem, para eles é sempre difícil. Por isso o primeiro momento que tu tem com o paciente, acho que é a parte que tu tem que te dedicar mais, tratar ele bem. Ter respeito e explicar as rotinas da clínica. A primeira visão é sempre difícil para eles..”(Oficina 2)

Esta percepção é tem apoio em Kyes e Hofling (1985), que dizem que os clientes, quando são internados, podem se ver em uma situação estranha e perturbadora. Muitas vezes não conseguem controlar fatos de sua própria vida, e

também não se sentem capazes de satisfazer suas necessidades básicas, levando-os a depender de outras pessoas. Percebem que o espaço de internação é cheio de regras, restrito e controlado.

Essa idéia é compartilhada por Irving (1979), que nos traz que os clientes são pessoas com dificuldades, que se submetem aos cuidados de enfermagem. Com freqüência, já perderam sua habilidade de se auto cuidarem, de atender suas próprias necessidades.

Portanto é importante estabelecer um vínculo no momento que o cliente chega, e este vínculo só ocorre no instante que o profissional demonstra atenção, respeito, confiança, carinho e empatia com o cliente.

No momento em que os técnicos de enfermagem entendem os primeiros momentos do cliente na internação como de extrema importância para estabelecer um vínculo, estão com o olhar voltado para o cuidado humanizado.

No entanto, foi trazido, que durante a internação, algumas vezes não é dado o acolhimento que o cliente necessita.

"...o paciente fala, fala contigo, tu maneja, não adianta, ai tu pega e diz assim, acabou a tua cota até o final do plantão tu não fala mais comigo, eles vêm incomodar, sabe tu fica quieto". (Oficina 4)

Percebemos, nesta fala, que nem sempre a equipe está atenta e disposta para acolher seus clientes. De acordo com Merhy (1997), o acolhimento compreende a humanização da relação entre cuidador e ser cuidado. Muitas vezes isto ocorre, pois, no cotidiano de trabalho, os técnicos se sentem por vezes cansados e sem paciência para ouvir a reclamação ou solicitação do cliente e entender seu sofrimento.

Segundo Irving (1979), para interagir com o cliente solicitante, o profissional deve ser capaz de ouvir o que ele está dizendo e tentar determinar o que está por trás deste comportamento, procurando aliviar sua ansiedade ou descontentamento. Nunca deve ignorá-lo ou rejeitá-lo, pois isto pode acentuar seu sofrimento, desta forma, não é estabelecida uma relação de cuidado.

Para tornar-se capaz de acolher o cliente, o técnico precisa perceber o que o mesmo está demonstrando, ou dizendo, e entender sua fragilidade em situações que podem lhe trazer sofrimento, sendo capaz, desta maneira, de estabelecer uma relação de ajuda a partir do acolhimento.

7.2 DIFICULDADES DE ENTENDER OS SINTOMAS E MANEJAR O CLIENTE

Para cuidarmos de forma humanizada o portador de sofrimento psíquico, devemos aprender a aceitar o seu comportamento como um sintoma ou expressão de sua doença (IRVING,1979). Ter conhecimento científico sobre características dos transtornos mentais é primordial para a prática do cuidado. Surgiu a dificuldade dos técnicos em entender os sintomas psicóticos que o cliente apresentava.

“ouvir vozes é um tipo de imaginação. Tu imagina que tu tá ouvindo, o que ocasiona um problema psicológico”.(Oficina 3)

Para Oliveira e Lima (2000), nas alucinações o indivíduo percebe como real algo que não existe na realidade, ou seja, existe a formação de uma percepção, quer seja ela visual, auditiva ou referente a outras modalidades sensoriais, sendo que não há estimulação sensorial que a justifique . Nas alucinações auditivas, o sujeito ouve vozes,

ruídos, músicas que, de fato, inexistem, mas que são reais para ele. As vozes podem conversar entre si, comentar atos ou pensamentos do cliente, e dar-lhe ordens.

Essa dificuldade de entender o sintoma atrapalha no cuidado que é prestado. Nestas situações, muitas vezes esse cuidado pode ser feito de forma inadequada.

“... dizia que tinha um bicho no armário, onde? Eu não to vendo nada? Ali no armário. Tá meu, então vou tirar ele daqui, onde tá? Tá ali. Aí eu peguei um travesseiro e comecei a bater no guarda roupa, tá saiu? Saiu. Aí ele ficou mais tranqüilo”. (Oficina 3)

O cliente, quando está psicótico, apresenta uma grande interferência no seu funcionamento, o que envolve seus pensamentos, sentimentos e ações. Há uma grande ruptura na organização de sua personalidade, dificuldades de avaliar a realidade externa e seu próprio comportamento em relação ao ambiente e as outras pessoas (IRVING,1979).

Esta mesma autora traz, que primeiramente deve-se aliviar a ansiedade do cliente, mostrando segurança para poder recuperar a saúde e combater sua doença. Comportar-se de maneira a colaborar com a crença do cliente é estar reforçando a existência de um mundo irreal. Devemos ajudá-lo a voltar-se para a realidade, e não para a fantasia.

O desconhecimento dos técnicos de enfermagem, acerca das características e sintomas do sofrimento psíquico, leva os mesmos a objetivar a cura desse indivíduos.

“Tenho o objetivo de por no paciente a cura e que eu seja o alvo dele para buscar a cura, sabe. Vou fazer tudo que eu puder”. (Oficina 1)

Taylor (1992) alerta que a maioria dos transtornos psíquicos são de natureza crônica e não possuem cura, neste sentido esses indivíduos sempre precisarão de atendimento e cuidados quer seja ambulatorial ou hospitalar.

Percebemos que essa deficiência em conhecimentos científicos, atrapalha a prática do cuidado de enfermagem em saúde mental. Muitas vezes, os técnicos de enfermagem possuem lacunas no conhecimento que não são supridas em seus cursos técnicos.

Isto pode ser exemplificado, também, pela dificuldade manifestada para lidar com o cliente agressivo. Sentem-se ameaçados, e um tanto impotentes perante eles, agindo inadequadamente.

"No momento que eu via que ele estava com comportamento meio agressivo, eu pegava passava por ele, fazia de conta que não era comigo." (Oficina 2)

"Fugi, porque uma coisa assim ó, eu tava vendo que a coisa, apesar de ter conversado com ele, ter dito que eu era casada e coisa, que não poderia ter um relacionamento que eu era uma profissional e ele um paciente, fiquei com medo, porque ele é uma pessoa que me avisaram que não era para mim me aproximar.....o cara vai me agredir, aí eu fui recuando....." (Oficina 4)

Para Taylor (1992) o medo é uma resposta natural a um agente estressor real que ameaça à própria existência. Quando esse estressor é identificado, é possível lidar com ele lutando ou fugindo. Essas adaptações oferecem uma saída direta para a tensão psicológica e fisiológica do medo que se está sentindo.

É muito comum a equipe de enfermagem se deparar com o cliente agressivo. Estes, muitas vezes, apresentam riscos para si mesmo, para outros clientes e até para a equipe de trabalho. Portanto, a prevenção e o manejo do comportamento agressivo é uma habilidade para o profissional que cuida. Deve-se tentar compreender os

eventos que causam no cliente mais agitação, e, conseqüentemente, o que o leva a ser agressivo (STUART e LARAIA,2001).

Entendemos que sentir medo é uma reação muito comum, experienciada pelos técnicos de enfermagem que se sentem fragilizados em determinadas situações, dificultando as ações terapêuticas.

Acreditamos que a supervisão em serviço seja a melhor forma de se trabalhar estes sentimentos, que, muitas vezes, são despertados, e dificultam a relação de cuidado. A partir do momento que o profissional começa a analisar-se, refletindo sobre seus sentimentos e ações, começa a assumir novos comportamentos, que o direciona para uma transformação pessoal e profissional, facilitando o cuidado humanizado.

Além disto, é muito importante para a enfermagem a educação em serviço como um apoio para a assistência eficaz ao cliente. A educação do funcionário no seu próprio local de trabalho pode propiciar novos conhecimentos, que o torne capaz para a execução de atitudes adequadas no trabalho, objetivando seu crescimento pessoal como profissional (DILLY e DE JESUS,1995).

O conhecimento permite que os técnicos de enfermagem conheçam sinais e sintomas dos diversos transtornos psíquicos que lidam no dia-dia. E isso possibilita o estabelecimento de uma relação de cuidado verdadeiramente eficaz.

7.3 DEMANDAS EXCESSIVAS DO AMBIENTE DE TRABALHO DIFICULTANDO A RELAÇÃO DE AJUDA

Foi trazido pelos técnicos que, em alguns momentos, não há a possibilidade de dar muita atenção ao cliente, pois estão com muitas tarefas a realizar. Não se sentem

bem agindo desta forma, e têm a consciência que o cliente sai perdendo com esta atitude.

" É que é assim , é uma correria, as vezes, as vezes tu quer dar atenção, aí surge uma coisa e outra, as vezes tu não consegue não porque a gente não quer, a gente quer dar atenção especial para aquela pessoa..."(Oficina 2)

"...as vezes era para dar mais orientação e eu passava a milhão por hora.."(Oficina 4).

As demandas e as necessidades trazidas pelo trabalho podem dificultar o estabelecimento de um vínculo terapêutico. Na interação dos técnicos de enfermagem com as pessoas que cuidam, os mínimos detalhes precisam observados, pois podem definir a qualidade do cuidado. Segundo Furegatto(1999), se durante a interação com o cliente ocorre algo que modifica ou desvia a atenção que precisa ser dada, é prudente avaliar, para evitar interferências prejudiciais.

Mesmo que os técnicos de enfermagem tenham a impressão de que ficam menos tempo com o cliente do que ele precisa, percebemos, durante o estágio, que a maior parte do tempo de trabalho realizado pelos técnicos é dedicado à interação com os clientes. Isto poderia ser compreendido sob dois enfoques: ou os técnicos de enfermagem não conseguem avaliar a noção de sua presença junto aos clientes, ou a exigência que têm em relação às demandas do cliente é muito alta, impedindo-os de avaliar de forma adequada sua presença junto a eles.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que foi exposto neste estudo acena para a compreensão do portador de sofrimento psíquico como um ser único, com medos e aflições, alegrias e tristezas, igual a qualquer outro ser humano, embora diferente no modo de pensar e de agir, devendo, então, ser respeitado e compreendido nesta perspectiva.

Durante alguns séculos foram retirados do seu convívio social, abrigados juntamente com outras pessoas marginalizados, e recebiam tratamento desumano, como falta de alimentação e higiene. Os estereótipos relativos ao portador de sofrimento psíquico acentuam a idéia de que estes são facilmente identificáveis porque são muito diferentes das outras pessoas. São perigosos, violentos, imprevisíveis, irresponsáveis, indignos de confiança e incapazes.

Ao longo da evolução da psiquiatria, muitas correntes surgiram para questionar o modo como eram tratados. Observa-se que a institucionalização, a exclusão do convívio com suas famílias e com a comunidade foi dando lugar para uma prática mais humanizadora de cuidar.

Atualmente o sofrimento psíquico é visto como tratável por meio de várias abordagens terapêuticas, que respeitam os direitos do indivíduo bem como sua dignidade e condição de cidadão.

Por meio deste projeto assistencial, procuramos sensibilizar para a prática humanizadora em enfermagem em saúde mental, com a implementação de oficinas de sensibilização para o cuidado humanizado ao portador de sofrimento psíquico.

Os temas que emergiram durante a vivência das oficinas foram: a importância do acolhimento, dificuldade de entender os sintomas e manejar o cliente, demandas excessivas no ambiente de trabalho dificultando a relação de ajuda.

Foi identificado, durante as oficinas, que os técnicos de enfermagem têm como o momento mais importante para o cliente a internação. Percebem a importância de acolher no instante que o cliente chega, pois este encontra-se em um ambiente estranho, restrito e com regras.

Dão-se conta que, algumas vezes, durante a internação do cliente, não agem de forma acolhedora, pois estão, por vezes, cansados e sem paciência para perceber o sofrimento do ser cuidado.

A capacidade de cuidar requer conhecimentos acerca do sofrimento psíquico, e esta dificuldade de entender os sintomas e manejar o cliente foi exposta durante as oficinas. O discurso dos técnicos de enfermagem sobre a sua prática evidencia que muitas vezes estão despreparados para lidar com o sofrimento do outro. Reconhecem que essas dificuldades que possuem não levam à atitudes terapêuticas. Demonstram dificuldade em lidar com o cliente agressivo, o que leva-os a fugirem e se afastarem do mesmo. Não compreendem que esta é a maneira dele expressar seu sofrimento. Acreditamos que para trabalhar com estas dificuldades, é necessário que se realizem supervisões no espaço de trabalho. Deste modo, os técnicos podem expressar e refletir sobre sentimentos que são despertados perante aquele cliente.

Neste sentido aparece a importância da educação continuada, por proporcionar ao funcionário o aprendizado, esclarecimento de dúvidas e atualização de conhecimentos. Isso permite à equipe de técnicos de enfermagem a possibilidade de

conhecer e reconhecer os sintomas que o cliente apresenta no dia a dia, permitindo assim o estabelecimento de uma relação de ajuda mais eficaz.

Foi exposto, que devido à sobrecarga de atividades no trabalho, o técnico de enfermagem, muitas vezes, não consegue dar a atenção que o cliente precisa. Aham que as muitas atividades no dia a dia do trabalho podem atrapalhar o cuidado.

Acreditamos ter atingido nosso objetivo com a implantação das oficinas de sensibilização para o cuidado humanizado ao portador de sofrimento psíquico. Foi possível trazer informações atuais e desenvolver um trabalho em conjunto com esses profissionais, com a intenção de contribuir para a humanização do cuidado ao cliente psiquiátrico.

Constatamos a importância que o preparo dos profissionais de saúde precisam ter para atender esses clientes, além da sensibilidade para lidar com o sofrimento do outro. No entanto, sabemos que muitos são os caminhos a serem percorridos, ainda, e muitas são as barreiras a serem transpostas, para se alcançar o cuidado humanizado ao portador de sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2ed. Fio Cruz. Rio de Janeiro, 1998.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Fio Cruz, Rio de Janeiro, 1996.

BARDIM, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3 ed. Edições 70, Lisboa, 1977.

BEZERRA, Benilton. J.; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício: Contribuições o Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Relume-Dumara, Rio de Janeiro, 1992.

DILLY, Cirlene. M. L.; DE JESUS, Maria. C. P. **Processo Educativo em Enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional**. Robe Editorial, São Paulo, 1995.

FOUCAULT, Michael. **A história da loucura na Idade Clássica**. Perspectiva, São Paulo, 1972.

FUREGATTO, Antonia. R.F. **Relações Interpessoais Terapêutica na Enfermagem**. Scala, Ribeirão Preto, 1999.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4 ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1998.

IRVING, Susan. **Enfermagem Psiquiátrica Básica**. 2 ed. Interamericana, Rio de Janeiro, 1979.

KANTORSKI, Luciane. P.; DA SILVA, Graciette. B. **Ensino de Enfermagem e Reforma Psiquiátrica**. Editora Universitária /UFPEL, Pelotas, 2001.

KAPLAN, H.; Sadock, B.; Grebb, J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7 ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1997.

KOHLRAUSCH, Eglê. **Sensibilizando as enfermeiras para o cuidado transpessoal no atendimento aos portadores de HIV e doentes de AIDS: Relato de Experiência**. REVISTA GAÚCHA ENFERMAGEM., v.20, p.120-131, Porto Alegre, 1999.

KYES, J.; HOFLING, C. K. **Conceitos básicos em enfermagem**. 4 ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1985.

MERHY, Emerson.; ONOCKO, Rosana. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. **Agir em saúde em busca da mudança: um desafio para o público**. Hucitec, São Paulo, 1997.

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento Interpessoal**. 3 ed. LTC, Rio de Janeiro, 1958

OLIVEIRA, José.M.; LIMA, Roberto. P. **O Exame do estado Mental**. Ed. Universitária/UFPEL, Pelotas, 2000.

PÔRTO, Vicente S. **Direito romano; comentários a textos do livro I das Institutas de Justiniano**. 2. ed., Freitas Bastos, Rio de Janeiro 1962.

PUEL, Elisa.; RAMISON, Magda. D.; BRUN, Maria. C. F .M. *et all*. **Saúde Mental: Transpondo Fronteiras Hospitalares**. Da Casa, Porto alegre, 1997.

SABBATINI, Renato M. E. **A história da psicocirurgia**. Revista cérebro e mente. Revista eletrônica de divulgação científica em neurociências(online), São Paulo, junho.1997. Disponível em: <http://www.epub.org.br/home.htm>; acesso em; 19/06/2003

SANTOS, Nelson. G. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Letras contemporâneas, Florianópolis, 1994.

STUART, Gail. W.; LARAIA, Michele. T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e práticas**. 6 ed. Artmed, Porto Alegre, 2001.

TAYLOR, Cecelia. M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. 13 ed. Artes Médicas, Porto Alegre 1992.

TRENTINI, Mercedes.; PAIM, L. **Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. UFSC, Florianópolis, 1999.

VIANNA, Ana. C. **Sensibilização: Uma forma de educação para o cuidado**. REVISTA GAÚCHA ENFERMAGEM., v.21, nº especial, p. 113-120, Porto Alegre, 2000.

WALDOW, Vera R. **Cuidado Humano: O resgate necessário**. 1 ed. Sagra Luzatto, Porto Alegre, 1998.

WWW.UFRGS.BR. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos**: disponível em: <http://www.ufrgs/hcpa/gppg/res19696.htm>; acesso em 23/04/2003.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto Assistencial: Oficinas de sensibilização com técnicos de enfermagem para o cuidado humanizado ao ser em sofrimento psíquico.

Pesquisadora: Gabriela Cardoso Fone: 91441231

Professora Orientadora: Eglê Kohlrausch Fone: 99571956

Este projeto tem por objetivo implantar Oficinas de Sensibilização com os técnicos de Enfermagem para o Cuidado Humanizado em Saúde Mental no Instituto Psiquiátrico Cyro Martins.

Contando com sua colaboração, dirijo-me, no intuito de obter seu consentimento formal para participar destas Oficinas de Sensibilização. Os registros desta atividade serão feitos com a utilização de um microgravador, cuja fita será desgravada assim que seja transcrito o conteúdo das mesmas. Sua participação se dará por livre e espontânea vontade. A qualquer momento, você poderá interromper suas atividades neste trabalho. A não participação, ou a interrupção desta, não lhe trará nenhum prejuízo em seu processo de trabalho, avaliação e desempenho no cargo que desenvolve nessa instituição.

Informo que os registros farão parte do Relatório do Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da UFRGS, intitulado Projeto Assistencial: oficinas de sensibilização para o cuidado humanizado ao ser em sofrimento psíquico. Este trabalho de conclusão, que está sob orientação da Professora Eglê Kohlrausch, é exigido pela disciplina Estágio Curricular do referido curso, sendo requisito parcial para obtenção do grau de Enfermeiro.

Assumo que as informações colhidas e descritas no relatório seguirão a condição ética de manter, de minha parte, total anonimato e sigilo em relação à identificação dos participantes em qualquer momento em que sejam apresentadas em seminários ou outros eventos científicos. Este mesmo tratamento será dado caso os achados deste trabalho venham a ser publicados.

O presente termo vai assinado por ambas as partes envolvidas em duas vias.

Por fim, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários à luz do exposto acima.

Nome do participante:

assinatura:

Nome do responsável: Gabriela Cardoso

assinatura:

ANEXO

PARECER ÉTICO

A Comissão Ética deste Instituto, aprova em seus aspectos éticos e metodológicas o projeto *Sensibilizando auxiliares de enfermagem para o cuidado humanizado ao ser em sofrimento psíquico*, inclusive o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, da pesquisadora Gabriela Cardoso, aluna da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Professora Mestre Eglê Kohlrausch.

3 de junho de 2003.



José Blaya Perez Filho
Diretor Técnico



Anna Helena Espellet Menezes da Luz Fernandes
Enfermeira Chefe