

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

MARIA DE LOURDES CUSTÓDIO DUARTE

**SABERES E FAZERES DOS ENFERMEIROS EM UMA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Porto Alegre, 2005

MARIA DE LOURDES CUSTÓDIO DUARTE

**SABERES E FAZERES DOS ENFERMEIROS EM UMA UNIDADE DE
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para aprovação na Disciplina ENF99004 – Trabalho de Conclusão de Curso II.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Professora Dr^a Agnes Olschowsky

Porto Alegre, 2005

"Na vida é preciso ter coragem para correr riscos, para aventurar-se no espaço desconhecido. É preciso também garra, ousadia, determinação, cautela para enfrentar os momentos de tristeza, competição, confusão, solidão e raiva.

O importante é não desistir"

Maria Tereza Maldonado

Dedicatória

Á minha mãe Maria Ana e ao meu irmão João Batista, pelo exemplo, pelo carinho, pela confiança e pelo estímulo, sobretudo pelo apoio e incentivo constantes.

Vocês representam o meu porto seguro em todos os momentos de minha vida.

O amor por vocês tem sido o meu principal estímulo para estudar, buscar novos conhecimentos e viver feliz.

Este amor sustenta e dá asas aos meus sonhos, me enchendo de esperança, na busca de um futuro melhor!

Obrigada por tudo...

Agradecimentos

À todas as pessoas que contribuíram direta e indiretamente, para a realização deste trabalho, os meus mais sinceros agradecimentos.

Em especial....

À minha orientadora Prof^a Dr^o Agnes Olschowsky pela franca acolhida. Pelo interesse, carinho e respeito, e ainda pelas idéias, críticas e sugestões em todas as etapas deste estudo. Sua valiosa, competente e objetiva orientação foi responsável por me fazer acreditar que este estudo era possível.

À Prof^o Dr^a Christine Wetzel chefe da enfermagem psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelo apoio e estímulo diário.

À professora Regina Barbisan por me mostrar o caminho da pesquisa.

Aos oito enfermeiros da unidade de internação psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por terem concordado em participar deste estudo, pela inspiração e também pelas palavras de incentivo.

À enfermeira Monica Tabajara pelo acolhimento sincero.

À equipe de técnicos de enfermagem da unidade de internação psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela atenção e receptividade.

Aos meus familiares que emanaram energia positiva durante toda a minha graduação.

A todas as pessoas que emprestaram-me os seus computadores para que eu pudesse concluir este trabalho.

Obrigada por fazerem parte da minha caminhada.....

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS	10
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
4 REFERENCIAL METODOLÓGICO	15
4.1 Tipo de estudo	15
4.2 Local	15
4.3 Participantes do estudo	16
4.4 Coleta de dados	16
4.5 Análise dos dados	17
4.6 Aspectos éticos	17
5 SABERES DOS ENFERMEIROS	19
6 FAZERES DOS ENFERMEIROS	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e informado.....	41
APÊNCIDE B – Instrumento para coleta de dados	42
ANEXO- Termo de aprovação pelo Comitê de Ética	43

RESUMO

A assistência de enfermagem em saúde mental vem passando por um processo desafiador, o de vivenciar uma mudança de paradigma do modelo asilar para o modelo psicossocial, direcionando o cuidado da área para uma intervenção que considera o indivíduo, a família e a sociedade. Este estudo tem o objetivo de identificar os saberes e os fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica em um hospital universitário. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semi-estruturada com 8 (oito) enfermeiros que compõem a equipe de enfermagem da unidade psiquiátrica. Os enfermeiros apontam como saberes: acolhimento, escuta, vínculo e relacionamento interpessoal. Referem, ainda, conhecimento sobre as concepções do modo psicossocial a partir de sua prática assistencial no modelo asilar. Os fazeres dos entrevistados são caracterizados como complexos e individuais. Este fazer caracteriza-se em cuidado direto e indireto, indo além do sintoma. Fazer e saberes caracterizam um compromisso dos profissionais com o cotidiano de trabalho, identificando capacidade técnica e científica dos enfermeiros.

Palavras-chave: Saúde Mental- Enfermagem Psiquiátrica

1 INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem em saúde mental vem passando por um processo desafiador, o de vivenciar uma mudança de paradigma do modelo asilar para o modelo psicossocial. Essa transformação teve início no Brasil na década de 70, e surgiu em meio a um movimento político chamado de Reforma Psiquiátrica, que visa à implementação de serviços extra-hospitalares, tendo como ênfase a assistência do sujeito no território, objetivando a superação do manicômio enquanto espaço de segregação, tutela e de isolamento.

Para Birman, o movimento da Reforma Psiquiátrica expressa “uma maturidade teórica e política” (1992, p. 71), podendo ser entendido como estratégias de transformações em psiquiatria, que transcendem a busca de soluções exclusivamente técnicas ou administrativas, para remontar a questões a um só tempo teóricas, políticas, culturais e sociais. Nessa dimensão, encontram-se novos conceitos até então negados pela psiquiatria clássica, fundamentando uma nova concepção de ciência, que envolve acolhimento, cuidado, inclusão social e desinstitucionalização do sujeito.

Nesse novo contexto, o modelo psicossocial, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, direciona seu olhar para o sujeito como um ser pleno de subjetividades, preocupando-se com o cotidiano deste indivíduo, sua família, escola, igreja, clube e outros. Essa forma de aproximação com o sujeito vai de encontro às idéias do modelo asilar, que não considera a cidadania e os direitos sociais do indivíduo, excluindo-o da sociedade.

Nessa perspectiva de intervenção ampliada de assistência, as ações dos enfermeiros devem constituir-se, possibilitando um cuidado que vise à totalidade do indivíduo, ou seja, uma pessoa com sentimentos, com uma família, inserida em um contexto social que não pode ser descartado, e sim utilizado em prol do seu tratamento.

Através dessa nova concepção ampliada de assistência, preconizado pela reforma psiquiátrica, interessei-me pela saúde mental e, conseqüentemente, pelos saberes e fazeres dos

enfermeiros psiquiátricos. Entende-se por saberes o conhecimento e as concepções que os enfermeiros têm sobre o seu trabalho, e por fazeres as atividades que realizam no seu cotidiano assistencial.

Tal interesse foi aguçado a partir de um estágio curricular da graduação em Enfermagem realizado na unidade de internação psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Nessa minha experiência no hospital universitário, confrontei-me com sentimentos até então desconhecidos por mim, como medo, angústia e subestimação de minhas capacidades. Sentia medo, pois tinha uma visão estereotipada do “louco”, como uma pessoa maltrapilha, agressiva e de atitudes imprevistas. Essa visão era o reflexo da imagem que a sociedade tem sobre os transtornos mentais, juntamente com a imagem do manicômio como um lugar apropriado para os “loucos” terem seus devaneios. Goffman (1987) refere que o manicômio é uma instituição que impõe uma barreira ao intercâmbio social com o mundo exterior.

Subestimei minhas capacidades, pois me via como uma estudante despreparada para lidar com a loucura. Essa sensação foi superada durante o decorrer do estágio, através: dos conteúdos teóricos/práticos, fui adquirindo conhecimento, o que me deu segurança nas minhas intervenções.

O sentimento de angústia relacionava-se também com a minha falta de experiência, pois percebia que os meus cuidados pareciam ineficazes. Travelbee (1979) afirma que o sentimento de angústia afeta a essência do próprio ser, oferecendo uma oportunidade única de conhecer a si próprio, e proporcionando a capacidade de uma pessoa desenvolver-se e adaptar-se melhor a uma situação. Foi justamente o que aconteceu comigo: nessa disciplina, fui adquirindo confiança em relação aos pacientes e à equipe, ao perceber que minhas observações e idéias eram importantes e valorizadas pelo grupo.

No transcorrer do estágio, observei que as ações do enfermeiro têm um papel determinante no cuidado em saúde mental, orientando, assistindo, ajudando, ensinando o paciente e a equipe em um trabalho profissional e em conjunto e buscando a promoção da

saúde através da relação e do crescimento mútuo. Após essa experiência, descobri que gosto dessa área, realizando um estágio voluntário nessa mesma unidade e introduzindo-me na pesquisa, como bolsista de iniciação científica.

Percebi, durante o estágio, que a enfermeira realizava atividades assistenciais, gerenciais, ensino, pesquisa, servindo como facilitador do cuidado desse indivíduo em sua subjetividade e integrando-o ao meio social. Laraia e Stuart (2001) afirmam que a prática atual da enfermagem psiquiátrica exige maior sensibilidade para o ambiente social e para as necessidades dos pacientes e de suas famílias. Resta saber como esses profissionais vivenciam essas atividades no dia-a-dia.

Ao refletir sobre a complexidade de cuidados em enfermagem em saúde mental, passei-me a questionar o porquê de muitos colegas afirmarem que “enfermeiro psiquiátrico é um louco também” ou que “ganha um salário para não fazer nada”. Essas afirmações ouvidas referem-se ao desconhecimento sobre a enfermagem, especificamente sobre a saúde mental, motivando-me a realizar este estudo para, desse modo, contribuir para a reflexão do trabalho do enfermeiro na área de Saúde Mental.

2 OBJETIVOS

Identificar os saberes e os fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O tema a ser abordado neste estudo, saberes e fazeres do enfermeiro em uma unidade psiquiátrica, requer uma visão do processo de reestruturação das ações em Saúde Mental e, junto com ele, das ações do enfermeiro, a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil, introduzida em 1970.

Convencionou-se chamar de movimento pela Reforma Psiquiátrica um conjunto de ações políticas, sociais e culturais que visam restituir a cidadania ao portador de sofrimento psíquico, substituindo assim os manicômios por uma rede de atenção psicossocial cujo objetivo é o de incluir e acolher o sujeito.

Para Olschowsky, a Reforma Psiquiátrica “é uma ação compromissada para romper barreiras, propondo que o louco tenha espaços de liberdade, sem a perda das condições do exercício da própria subjetividade e cidadania” (2001, p. 7). Essas idéias também aparecem na obra de Rotelli, Leonardis e Mauri, quando afirmam que, no modelo psicossocial preconizado na Reforma Psiquiátrica, a ênfase não é mais colocada no processo de “cura” mas no projeto de “intervenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” (1990, p. 30). Todos os atos que superem o caráter de controle, contenção e segregação social do indivíduo reconstituem o direito à palavra, abrindo portas para o diálogo e para a inclusão social do sujeito.

Os manicômios, que faziam parte do modelo pré-reforma psiquiátrica, passaram a ser substituídos pelos hospitais gerais e por outras alternativas comunitárias, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) que visam à inclusão social e à desinstitucionalização do indivíduo portador de sofrimento psíquico. Para Amarante,

na medida que o manicômio vai sendo desativado vão também sendo construídas novas estruturas assistenciais, como centros de saúde mental territoriais, onde todas as funções básicas de um serviço assistencial psiquiátrico podem ser cumpridas, até mesmo a internação em período de crise (1996, p. 101).

Essa desinstitucionalização do “louco” implica a mobilização de todos os integrantes da sociedade para que se possa buscar formas diferentes de assistência, utilizando todos os papéis sociais existentes.

No contexto do manicômio, o papel do enfermeiro restringia-se, simplesmente ao de assistente, observando e registrando o comportamento dos pacientes. Essas idéias vão ao encontro do referido por Rocha (1992) sobre a enfermagem psiquiátrica brasileira, salientando que a vigilância dos “loucos” cabia aos enfermeiros que vigiavam e repreendiam os doentes mentais. A autora ainda diz que é necessário que o enfermeiro evolua para um papel terapêutico e não opressor, se desprendendo do modelo médico que visa apenas à doença e não ao sujeito em seu contexto social.

A reforma psiquiátrica possibilitou uma reflexão sobre as reais necessidades dos indivíduos em sofrimento mental, propondo que este tenha uma vida digna a despeito da doença, sendo necessário profissionais que tenham responsabilidade social para inserir este indivíduo novamente na sua realidade. Através da desmistificação da loucura na sociedade, pretende-se promover a inclusão do doente mental considerando sua subjetividade, a família, o trabalho o lazer entre outros.

De acordo com Laraia e Stuart (2001), a reforma da saúde, as necessidades dos pacientes e dos familiares, os avanços científicos, a realidade econômica e as expectativas da sociedade moldarão os papéis e as funções futuras dos enfermeiros psiquiátricos. No campo da saúde mental e da psiquiatria, o enfermeiro utiliza a formação do vínculo terapêutico como principal ferramenta de trabalho. É através do relacionamento enfermeiro-paciente que a prática de enfermagem em saúde mental se constitui-se. Esse processo de ajuda ao cliente psiquiátrico implica o conhecimento teórico associado à capacidade de comunicação, de autoconhecimento do enfermeiro. Essa capacidade de ajuda exige alguns requisitos básicos, como capacidade para amar, empatia pelo outro, capacidade técnica, científica e de consciência crítica (OLSCHOWSKY, 2001).

Duarte Junior afirma que “a idéia chave para a antipsiquiatria é a de relação. Não existem seres humanos isolados, mas apenas em relação com os outros [...] por isso, tudo o que se passa com uma pessoa não se passa apenas com ela, mas se estende àqueles aos quais ele está relacionada” (1986, p. 30). Desse modo, entendo que o relacionamento é um dos eixos das diretrizes atuais da assistência psiquiátrica, visando à promoção da saúde mental. Penso que as funções do enfermeiro devem ser embasadas em acolhimento, interdisciplinaridade, responsabilidade, vínculo em oposição à vigilância e opressão propostos nos manicômios.

Fundamentada em várias premissas ou convicções básicas, a enfermagem psiquiátrica atualmente tem como objetivo gerar o bem-estar, maximizar o funcionamento integrado e promover a auto-realização das pessoas. Os cuidados de enfermagem estão baseados em necessidades de preservação da saúde e em resultados esperados do tratamento com indivíduos, famílias, grupos e comunidades (LARAIA; STUART, 2001).

Na atualidade, Rodrigues (1996) refere que as funções do enfermeiro psiquiátrico mudaram, e junto, mudou também a demanda da população, o que levou o enfermeiro a assumir novos papéis e a impor-se como profissional gabaritado para o desempenho das funções de mais alto nível assistencial e científico. A função do enfermeiro psiquiátrico implica, a busca e a análise contínua de novas formas de lidar com o paciente, construindo o cuidado através de suas intervenções, possibilitando assim um autoconhecimento de seus saberes e fazeres.

Silva (1986) refere que a assistência de enfermagem de qualidade dependeria de um processo de qualificação dos enfermeiros. No entanto, esse profissional, segundo Rocha (1994), tem dificuldades no desempenho de seus saberes e fazeres: na sua formação acadêmica, não foi preparado para atuar na área, necessitando realizar cursos de especialização para implementar sua capacitação profissional. Identifico que alguns profissionais da área e estudantes têm dificuldades em definir as atividades do enfermeiro. Isso se relaciona com a visão abstrata e idealizada que os enfermeiros têm da sua profissão,

pois entendendo a enfermagem como uma prática social (SILVA, 1986), que se transforma constantemente por meio da ação de seus atores nos respectivos contextos políticos, econômicos e sociais. Estes profissionais poderão, assim, fazer uma reflexão crítica sobre seus saberes e fazeres, aprofundando seus conhecimentos, adaptando-se às mudanças e possibilitando maior segurança profissional.

Assim, o presente estudo justifica-se na busca de contribuir com os conhecimentos e concepções dos saberes e fazeres dos enfermeiros, articulando teorias e práticas, propondo uma reflexão sobre a atuação deste profissional nos diferentes serviços da área.

O enfermeiro, inserido na realidade da assistência em saúde mental, deve estar sempre atualizando-se e acompanhando as transformações da área, considerando o novo modelo de intervenção orientado pela desinstitucionalização e reabilitação do doente mental. As novas modalidades terapêuticas propostas pela Reforma Psiquiátrica apontam para o direcionamento da assistência, incluindo conceitos como criatividade, interpretação e aproximação, levando em conta a subjetividade do indivíduo.

Olschowsky (2001) contribui nessa reflexão, apontando que o reconhecimento da enfermagem como prática social representa um dos espaços de desalienação e politização da área, articulando e questionando idéias e tendências, tendo presente o movimento constante do fazer/refazer de seus processos de trabalho.

4 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A seguir será apresentado o referencial metodológico do presente trabalho.

4.1 Tipo De Estudo

Este estudo tem caráter exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

4.2 Local

A pesquisa foi realizada na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esta unidade possui 36 leitos, sendo 26 leitos do SUS e 10 leitos privativos. A equipe profissional é composta por médicos, residentes de psiquiatria, enfermeiros, técnicos de enfermagem, recreacionista, nutricionista, assistente social, psicóloga, atendente de nutrição, funcionários de higienização e auxiliar administrativo. A unidade psiquiátrica do HCPA atende a indivíduos com doença mental em sua fase aguda e visa restabelecer as condições mentais desde indivíduo, através do estímulo para o autocuidado, da aproximação dos familiares e de uma equipe multidisciplinar.

4.3 Participantes Do Estudo

Compreenderam os 8 (oito) enfermeiros que compõem a equipe de enfermagem da unidade de internação psiquiátrica do HCPA, que concordaram em participar e assinar o termo de Consentimento Livre e Informado (apêndice A) e que estiveram exercendo suas atividades no período da coleta de dados. O tipo da amostra foi intencional por convite. A pesquisa teve como critério de exclusão aqueles enfermeiros que estiveram em licença saúde ou em férias.

4.4 Coleta De Dados

O instrumento utilizado na coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas sobre as atividades do enfermeiro (APÊNDICE B), possibilitando que o entrevistado discorresse sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 1994).

As entrevistas ocorreram nos meses de agosto a outubro, na Unidade de Internação, Psiquiátrica do HCPA, e foram gravadas, levando em consideração os aspectos éticos de consentimento e o caráter sigiloso dos entrevistados.

4.5 Análise Dos Dados

A pesquisa foi realizada através da análise de dados proposta por Minayo (1994), dividida em três etapas:

- a) **ordenação dos dados:** consistiu no mapeamento dos dados obtidos nas entrevistas de campo, ou seja, transcrição, leitura e releitura do material, e organização dos relatos;
- b) **classificação dos dados:** foi realizada através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo interrogações com base na fundamentação teórica, buscando identificar o que aparece de relevante e as idéias centrais das falas dos participantes;
- c) **análise final:** nesta fase procurou-se estabelecer articulações entre os dados e referenciais teóricos de pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base no objetivos.

4.6 Aspectos Éticos

Este estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, tendo sua aprovação em 25 de agosto de 2005 (ANEXO).

Foi utilizado o termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE A) em duas vias, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Atendendo à Lei 961/98 (Lei dos Direitos Autorais), as fitas cassete serão inutilizadas, transcorridos cinco (5) anos (BRASIL, 1998). As transcrições serão destruídas após a utilização para análise e discussão dos resultados.

A pesquisa foi devidamente esclarecida aos seus participantes, e as informações obtidas foram utilizadas somente ao fim deste estudo, preservando o sigilo das informações e assegurando a integridade física e psicológica dos participantes do estudo. Estes assinaram o

Termo de Consentimento Livre e Informado em duas (2) vias, sendo que uma (1) cópia ficou com o participante e a outra com o pesquisador. Ficou assegurado, também, o direito de desistência dos participantes em qualquer momento da pesquisa. Cabe salientar que os participantes do estudo não terão sua avaliação de desempenho afetada na instituição (HCPA) por participarem deste estudo.

5 SABERES DOS ENFERMEIROS

Saber é definido como conhecer, ser instruído, ter informações e possuir conhecimento (AURÉLIO, 1986).

Neste capítulo, apresentaremos os saberes dos enfermeiros, buscando apreender os conceitos teóricos que orientam o seu fazer profissional. Para Kuenzer (1991), o saber é produzido pelos homens no conjunto das relações sociais, através do trabalho, por meio do qual eles adquirem o conhecimento para desenvolvê-lo em sua prática diária de trabalho.

Os saberes apontados pelos enfermeiros entrevistados expressam suas concepções sobre o cuidado em saúde mental. Parte-se do pressuposto de que o conhecimento de cada pessoa no caso, do enfermeiro ajuda-o a compreender as relações entre o saber e o fazer, no âmbito do seu cotidiano de trabalho. O saber constrói-se a partir da inserção do enfermeiro no seu trabalho e, conseqüentemente, na construção de sua identidade pessoal e profissional.

O que é ser enfermeiro? O que os enfermeiros devem saber, ter conhecimento? Essas questões podem ser entendidas na história da enfermagem, nas transformações da assistência em saúde mental, contribuindo desse modo para análise deste estudo.

A enfermagem consolida-se como uma prática feminina, marcada pela obediência às normas e pela vocação de cuidar. A função do enfermeiro, no contexto do manicômio, era a de vigiar, punir e obedecer às ordens da instituição e da equipe médica, que centralizava o tratamento. É marcada pela divisão técnica e social do trabalho, composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros com curso superior apropriam-se do trabalho de coordenação, supervisão e planejamento, assumindo o papel de intelectual e de detentores do saber que orientará a prática assistencial (MELO, 1986; SILVA, 1986; OLSCHOWSKY, 2001).

Desse modo, os enfermeiros nas universidades têm acesso aos diferentes saberes, ou seja, podem adquirir conhecimentos teóricos e históricos de sua profissão que lhes possibilitam reflexão da prática assistencial e sua implementação.

Considerando que os saberes são transmitidos nas escolas, a pesquisa de Fernandes (1982) mostra que os conteúdos de enfermagem psiquiátrica refletem a realidade histórica social, marcadas pelas transformações assistenciais do modelo médico, psicológico e preventivo, privilegiando a assistência hospitalar, centrando suas ações em curativas e individuais, legitimando a exclusão e segregação do doente mental.

Campos e Barros (2000) colocam também que as transformações no papel do enfermeiro psiquiátrico ocorreram concomitantemente à evolução da assistência prestada no asilo, isto é, acompanharam as transformações ocorridas na prática assistencial e, paralelamente, às novas técnicas de tratamento do doente mental.

Dentro dessa perspectiva de transformação, na atualidade, observam-se importantes modificações nos conceitos de saúde mental e psiquiátrica, preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, propondo a mudança no foco de atendimento hospitalocêntrico para um sistema de equipamentos diversos na comunidade para atender aos indivíduos em sofrimento psíquico.

Nesse novo cenário, os saberes dos enfermeiros da área apontam para o conhecimento do modelo psicossocial em oposição ao modelo asilar (COSTA-ROSA, 2000). O modelo psicossocial preconizado, pela reforma psiquiátrica, surgiu no cenário de um país em processo de reformulação no seu sistema de saúde, questionando saberes e fazeres psiquiátricos, ou seja, questionando o modelo asilar. Este modelo arcaico visava à segregação do doente mental, ao seu aprisionamento em manicômios e, conseqüentemente, à cronificação da doença.

Costa-Rosa (2000) coloca que o modelo psicossocial propõe a ampliação do conceito de loucura, percebendo a pessoa/sujeito em sua individualidade e subjetividade inserido no

contexto social, em que deve ser valorizado como cidadão com direitos e deveres na sociedade.

Refere que, no modelo asilar, o direito do paciente não era respeitado e tampouco atendido, sendo excluído do convívio social. Os manicômios eram espaços de alienação e isolamento, sem nenhum compromisso com a inclusão social. O seu tratamento era concentrado na medicalização da doença, reduzindo o ser humano a um objeto.

O modelo psicossocial aponta, então, que o indivíduo é o principal participante do seu tratamento, trazendo a interlocução com equipe, família, usuários e comunidades, como um dos meios para a mudança no tratamento. A desospitalização é proposta como modalidade de atendimento substitutivo à hospitalização, propondo serviços de saúde alternativos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de saúde mental, internações em hospitais gerais entre outros (COSTA-ROSA, 2000).

Referente à mudança de paradigma, os entrevistados visualizam os conhecimentos dessa transformação, relacionando com sua experiência assistencial no modelo asilar, como pode ser apontado na fala a seguir.

“Eu tive experiências anteriores que o direito do paciente não eram tão atendidos. Ele era visto como aquele coisa antiga do doente mental, do paciente louco. E que aqui, o paciente psiquiátrico, é um paciente que está em sofrimento psíquico. E que precisa de cuidados e de auxílio. Então, eu acho aqui é bem tranquilo”. (E1)

Observa-se a transformação do foco da doença mental, considerando a existência do sofrimento do paciente, na qual o indivíduo deve ser entendido em sua subjetividade, singularidade, como sujeito que merece acolhida dos profissionais, familiares e comunidade.

A forma como estão organizadas as intervenções na instituição é relatada na fala abaixo.

“Antigamente tinham os hospitais psiquiátricos e não hospitais gerais. Então, ainda tinha aquela institucionalização do paciente. Era uma condição totalmente diferente do que a gente vê aqui. Era uma visão antiga de antes da reforma psiquiátrica. Então, era muito difícil de fazer um bom

trabalho. A gente não era respeitada por toda a estrutura, pela instituição, pela área médica e a área de enfermagem. Acabava não conseguindo ter uma assistência adequada para isso” (E1).

Identifica-se uma comparação na forma de participar, em que as decisões e a execução no modelo asilar acontecem somente em um sentido, do ápice para a base, em uma relação de mando, sendo “muito difícil fazer um bom trabalho”, o que evidencia a importância das decisões coletivas, em que participação e interdisciplinaridade são metas necessárias para a construção do cuidado integral. Nesse cenário interdisciplinar, é de extrema importância que o enfermeiro trabalhe inserido em uma equipe multiprofissional, visando uma maior resolutividade e na utilização de múltiplos recursos e conhecimentos.

Penso que os enfermeiros questionam o modelo asilar marcado pela divisão que normatiza a assistência em saúde mental, mostrando um saber que aponta para o redirecionamento do modelo de intervenção em que a interlocução possibilita um cuidado que considera a singularidade e particularidade dos atores da saúde mental.

“A gente sempre tenta fazer o melhor para o paciente. Tenta sempre ajudá-lo, trazê-lo para atividades que possam deixá-lo melhor, que possam tornar eles mais dignos. Mais autônomos, que eles possam entender o que esta acontecendo com eles. Mostrar que aqui é uma internação temporária, que só esta tentando tirar ele da crise [...] Então, ele tem mais que voltar para a família, para a sociedade. Tentar fazer uma coisa que vai deixar ele inteirado, que ele esteja convivendo com grupos, com outras pessoas, tentando sempre se socializar mais, se reorganizar. E isso, a gente tem na enfermagem psiquiátrica, a gente pode ver o paciente em vários momentos: quando ele chega muito mal, durante os primeiros dias que ele esta tentando se organizar. E a gente esta ajudando e na hora que ele vai embora ou depois encontrando ele, ou no CAPS, ou no ambulatório, ou nas dependências do hospital ou fora do hospital e vendo como ele esta melhor”. (E5)

“O meu papel como enfermeira é o cuidar do paciente, sabendo que a gente vai estar preparando ele para viver em sociedade, para viver mais próximo possível de uma vida sadia, conseguir fazer as atividades lá fora, conseguir participar de grupos, tentar cuidar para que isso aconteça da melhor forma, que eles possam viver entre pessoas, que possam participar da sociedade” (E8).

Nos depoimentos, transparecem conhecimentos sobre acolhimento, vínculo, responsabilidade e contrato de cuidados, que são diretrizes da atenção integral em Saúde Mental, resgatando,

um conceito mais positivo sobre saúde mental, ou seja, um sujeito que é capaz de agir, decidir, opinar, sofrer, alegar e assim por diante, confrontando-se com o estigma de incapacidade imputado ao louco, desvalorizando-o como cidadão. Busca-se entender saúde como uma condição global, resultante de um funcionamento individual e de relações sociais (OLSCHOWSKY, 2001, p. 199).

Essas idéias vão ao encontro da essência da enfermagem como profissão, o cuidar do indivíduo em todas as suas dimensões (social, política, cultural, espiritual, física, emocional), como também em todas as suas inserções (família, comunidade, sociedade) (MACEDO e MONTEIRO, 2004).

Outra questão referente aos saberes do enfermeiro relaciona-se com o papel e função das enfermeiras psiquiátricas, na qual a área é definida como uma prática que emprega teorias de comportamento humano e o uso intencional de si, em um processo interpessoal que se esforça por promover e manter o comportamento do paciente, contribuindo para o funcionamento integrado (TAYLOR, 1992; STUART e LARAIA, 2002; TOWNSED, 2002).

“Aqui, a gente é mais enfermeiro, mais cuidador. A gente participa mais do tratamento do paciente em todos os sentidos. Conversa com a família, tem troca de informações, discussões com a equipe médica, têm reunião também de equipe fixa. Então, acho que é isso. A principal ferramenta da enfermagem psiquiátrica, acho que é a comunicação, a empatia. Então, acho que nesse ponto eu trabalho bem”. (E2)

“Acho que é a melhor coisa que a gente tem é estar junto. Podendo dizer alguma palavra que ele se sinta melhor, podendo mostrar para ele que a gente está entendendo o que ele está sentindo. Claro que esse é um sentimento só dele, mas pelo mesmo ser empática com ele naquele momento”.(E5)

“O meu trabalho acho é um trabalho incentivador, acolhedor, de estimular. E poder auxiliar nas interações, tanto entre os paciente quanto com a família. Acho que nós somos os facilitadores, pois no momento a gente está ajudando [...] Acho que o nosso papel é de acolher, de educar, de estimular, e a pessoa conseguir ela mesma, entender o que ela está

passando e poder ajudar ela a sair bem. Acho que isso é o melhor que a gente pode fazer”.(E3)

Os relatos mostram um saber que reconhece que são necessárias ações que requerem disponibilidade para atendimento e escuta. O paciente é considerado no todo, um ser holístico; ou seja, o ser humano é um sistema complexo de partes inter-relacionadas, e o seu todo é maior do que a soma de suas partes (TAYLOR, 1992). Assim, a história de vida e as relações consigo e com outros, considerando o sujeito, a família, o serviço e a comunidade, são determinantes nos papéis e nas funções do enfermeiro psiquiátrico.

A idéia de estar junto com o paciente, da acolhida e da comunicação, mencionado nas entrevistas, traz à tona a importância do relacionamento terapêutico para a prática assistencial da enfermagem, preconizado pelo modelo psicossocial.

O relacionamento terapêutico surge no cotidiano da enfermeira, como um instrumento de aproximação enfermeira-cliente, fazendo com que o diálogo tenha um objetivo terapêutico definido: fazer com que o paciente sintam-se aceito e livre para expressar seus sentimentos. Pitta (1994) colabora com essa reflexão, mostrando que terapêutico pode ser entendido como a construção de um rol de possibilidades a serem exploradas para que se criem vínculos, relações interpessoais e chances de vivenciar, criar, expressar e comunicar.

Nessa concepção de relacionamento, nota-se através do discurso das enfermeiras a consciência de seu papel de acolhedoras tanto com o paciente quanto com a família, e de incentivadoras da autonomia e, conseqüentemente, de sua reabilitação. O cuidado em saúde deve pautar-se por novas concepções e, assim, os profissionais efetivam suas ações orientadas por uma ideologia de cidadania, ética, humanização e uma assistência integral (VILLELA e SACARTENA, 2004).

Escuta, vínculo aparecem como condição para a compreensão das questões que afetem as ações da enfermeira psiquiátrica, requerendo dos profissionais auto-conhecimento. Os entrevistados preocupam-se no que diz respeito ao seu próprio eu, como uma ferramenta de trabalho: a partir desse conhecimento, o profissional conhecerá suas possibilidades e limites.

“Um conhecimento importante para a nossa profissão é o conhecimento de si próprio. Se a gente não se conhece totalmente, procurar se conhecer. Pois, a ferramenta que a gente usa é basicamente nós, conhecimento de si próprio”. (E 1)

“Sinto o que todo mundo sente. Pena, medo, às vezes irritação. O importante é eu conseguir identificar essas coisas em mim, para poder continuar cuidando dele”. (E6)

Travelbee (1982) refere-se ao uso terapêutico do eu, exigindo que a enfermeira tenha autoconsciência e capacidade de usar sua personalidade para estabelecer um relacionamento e estruturar as intervenções de enfermagem. Este conhecimento facilitaria a comunicação e a capacidade de estar aberto ao sofrimento e necessidades dos pacientes. Essas idéias vão ao encontro do que Rocha et al (2003) diz ao referir-se que o conhecimento do eu, cuidador, é a primeira etapa para melhor compreender este outro. Perceber os próprios sentimentos, sensações, emoções, implica dar-se conta de que as mazelas do outro também podem estar em si e, a partir desta descoberta do próprio eu, utilizar este recurso a mais para o tratamento do outro. A empatia, a autenticidade, o respeito aparecem como saberes essenciais no estabelecimento do processo interpessoal entre enfermeiro e paciente.

Outra questão apresentada pelos enfermeiros entrevistados refere-se ao conhecimento das síndromes psiquiátricas, sua assistência e tratamento, dando ênfase nos quadros psicopatológicos que habilitaram o enfermeiro a uma assistência qualificada.

“Conhecimentos teórico então, de doenças, dos transtornos, de cada transtorno, das medicações usadas, dos efeitos das medicações, das reações que os pacientes podem apresentar, das doenças, dos sintomas”. (E8)

“Ficar por dentro das medicações que os pacientes tomam, dos efeitos que essas medicações podem causar. Então, a gente tem que conhecer principalmente os sinais e sintomas que o paciente apresenta. A gente tem que ter conhecimento teórico, ter um conhecimento de que é um alucinação, do que é um delírio. Porque que o paciente está desconfiado, porque ele está com a boca seca, porque ele está constipado, porque esta retendo líquido, a gente tem que ter esse conhecimento para poder ajuda-los e não causar um sofrimento ainda maior”.(E3)

“Conhecimentos de patologia, de sintomatologia, de tratamento, de medicação, de efeitos adversos. Acho que de sintomatologia, que guia bem o cuidado”. (E6)

Essas falas reproduzem a visão hegemônica da área marcada pela visão organicista, centrada na cura da doença. Esse modelo centra-se na idéia de normal e patológico, tendo foco de ação o sintoma, o que explica a importância desse conhecimento enquanto um saber necessário e valorizado, uma vez que a formação do enfermeiro é predominada pelo enfoque biológico. Os autores Rodrigues e Zanetti (2000) fazem uma crítica em relação ao ensino do enfermeiro, dizendo que este encontra-se voltado para a cura da doença de seu cliente, esquecendo-se muitas vezes da importância do relacionamento enfermeira-paciente. É preciso que este profissional consiga efetuar um entrelaçamento de conhecimentos entre a importância da patologia que acomete o sujeito.

Os enfermeiros entrevistados apontam a importância do saber, em que o conhecimento é dinâmico, transforma-se na realidade da prática assistencial. Ocorre em uma interação permanente entre teoria e prática, em que uma supõe a outra, pois é na experiência profissional que qualificam a sua formação, os seus conhecimentos questionando, refletindo e buscando novos saberes.

“Estar se atualizando, estar adquirindo novos conhecimentos, isso é fundamental. Na área de psiquiatria, a gente tem muito que se dispor e se despir de coisas. A gente não conhece tudo sempre, acho que o saber é fundamental, com o saber se agrega o cotidiano de trabalho”. (E5)

“Procuro me manter atualizada, estudando [...]. A gente tem que tentar manter-se atualizada na teoria, com novos conhecimentos, muita leitura. Ficar por dentro das novidades, para poder estar auxiliando o paciente”. (E3)

“A gente acaba aprendendo muito na prática mesmo, porque a gente tem a teoria. E quando tu vais para a prática, tem coisas que tu não vê na teoria que tu acaba aprendendo”. (E3)

Os entrevistados fazem uma reflexão do seu aprendizado na sua prática profissional, alegando que muito do seu conhecimento deu-se no exercício de sua profissão. Buscar um conhecimento teórico através do estudo, de leituras para embasar o conhecimento prático são

apontados por esses profissionais como de extrema importância para o seu saber, orientando sua prática profissional.

Nos relatos apresentados, percebemos que os enfermeiros apontam que é seu saber ter conhecimento sobre o processo de saúde/doença mental, tendo o relacionamento interpessoal como um direcionamento de suas ações. Apresentam, também, concepções sobre a transformação do modo asilar, trazendo concepções em que a pessoa deve ser considerada como participante principal do seu tratamento, pertencendo ao grupo familiar e social em que a interlocução aparece como um fator que direciona o fazer, o que caracteriza um conhecimento psicossocial.

6 FAZERES DOS ENFERMEIROS

O fazer em enfermagem caracteriza-se pela atividade de cuidar, distinguindo-se em cuidado direto que se centra nos aspectos assistenciais (cuidar do doente), e cuidado indireto centrado nas atividades de gerência do cuidado (atividades administrativas).

Podemos dizer que a observação de enfermagem, o levantamento de dados, o planeamento, a evolução, a avaliação dos pacientes, os sistemas de assistência, os procedimentos técnicos, de comunicação e interação entre os pacientes são alguns dos instrumentos do fazer dos enfermeiros (SILVA, 1986 e CASTELLANOS et al, 1989).

Stuart e Laraia (2002) apontam três domínios de prática de enfermagem psiquiátrica: cuidados diretos, comunicação e atividades de gerenciamento, tendo as funções de ensino, coordenação, delegação e colaboração sobrepostas nessas ações.

Dentro da proposta do modelo psicossocial vigente, as atividades dos enfermeiros devem estar pautadas no acolhimento e na integralidade do paciente, possibilitando uma melhoria no cuidado e na resolutividade da assistência. O acolhimento trás à tona a idéia de relação, de ouvir e dialogar, e a integralidade aponta para uma visão mais abrangente das necessidades dos sujeitos de que cuidamos. Essas idéias devem nortear os fazeres desses profissionais para que possam cuidar, buscando transformar os modos de viver e sentir dos indivíduos em sofrimento psíquico no seu cotidiano.

Os enfermeiros entrevistados trazem o conceito de integralidade da assistência e o relacionamento terapêutico como concepções norteadoras do seu fazer; propõem que, ao cuidar, cada pessoa é um todo indivisível, parte da sociedade e que as ações de saúde devem configurar-se em um sistema capaz de prestar assistência integral.

“Cuidar do todo, não uma parte do corpo que está doente. A cabeça e o corpo que adoecem junto, cuidar de tudo: é a visão do todo. É o cuidar do todo, é ter a visão ampla. Não tem como cuidar de uma coisa só do paciente psiquiátrico, tu acaba te envolvendo e cuidando dele inteiro, do corpo, da cabeça, do sentimento, da família. (E6)”

“Eu gosto de estar com o paciente. Acho que é a melhor coisa que a gente tem é estar junto, podendo dizer alguma palavra que ele se sinta melhor, podendo mostrar para ele que a gente esta entendendo o que ele esta sentindo. Claro que esse é um sentimento só dele, mas pelo mesmo ser empática com ele naquele momento (E5).”

Nos depoimentos, transparece uma visão ampliada do fazer, não cuidando apenas da parte que está doente, mas explorando, considerando a pessoa na sua subjetividade, na sua história e suas relações com família e rede de apoio.

Outra característica do fazer apontado pelos enfermeiros refere-se que as ações de enfermagem que devem ser individualizadas, buscando atender às necessidades terapêuticas de cada um, tendo como pressuposto que cada indivíduo é um ser único.

“O plano terapêutico é tu poder avaliar os sinais e sintomas que o paciente está apresentando e poder traçar um cuidado para ele. Poder estimular atividades recreativas, poder dar dados de realidade. É traçar um cuidado para ele que seja individualizado, porque cada paciente vai ter um plano terapêutico diferente, apesar de muitas vezes os sintomas parecerem muito. Ter um cuidado individualizado, visando o todo, o clínico e o psiquiátrico (E3).”

O plano de atendimento é uma forma de individualizar o cuidado, mas para que isso aconteça é preciso que a enfermeira esteja atenta às necessidades de seu cliente, sendo necessário que este profissional observe e auxilie seu cliente. É preciso salientar que o plano terapêutico é uma ferramenta de trabalho que está em constante mudança juntamente com as necessidades do paciente, por isso o enfermeiro deve estar apto e atento às mudanças diárias, assim como mostra a fala abaixo.

“A gente faz o plano de atendimento de enfermagem. A partir daí faz o contato com o médico que assiste o paciente, basicamente é isso. Se o paciente não vem se higienizando vamos fazer um plano de atendimento de conversar com o paciente sobre a importância da higienização, auxiliando na higienização. E aí, também entra outras coisas: como alimentação, quanto ao pensamento, o que a gente pode ajudar no pensamento. Fazer com que o paciente converse, auxiliar na ansiedade. A medicação também, como está a medicação, se o paciente vem tomando, se ele não vem tomando. Para cada paciente a gente faz um plano, o que é naquele momento, naquele dia, naquele turno, o que é preciso intervir (E1).”

Observa-se a importância de um projeto individual de cuidado, implicando em uma constante avaliação para direcionar os fazeres dos enfermeiros. Para tanto, deve-se ter claro que essa ação é contínua, requer compromisso diário para não se caracterizar como um processo normativo do fazer.

O fazer também é relacionado com a interdisciplinaridade, conceito surgido no século XX com o objetivo de superar o individualismo do conhecimento, propondo-se a transcender e ampliar a visão de um mundo fragmentado (VIRELA e MENDES, 2003).

Na interdisciplinaridade, o fazer não fica exclusivamente limitado ao campo biológico ou dentro da área de atuação de cada profissional. Desse modo, caracteriza-se pelo envolvimento com todos os profissionais, reconhecendo diferentes olhares, buscando ampliar as ações da equipe de enfermagem e de saúde.

Para Virela e Mendes (2003), a interdisciplinaridade propõe troca de idéias e pressupõe uma atitude diferente a ser assumida pelos profissionais, substituindo uma visão fragmentada do conhecimento para uma visão ampliada, transcendendo o saber unitário de um profissional específico.

Nas falas dos enfermeiros, pode-se observar que o profissional enfermeiro mostra-se disponível para uma prática profissional interdisciplinar, estando disponível para discutir, debater, aprender com outras equipes, trocando informações e compartilhando pensamentos em prol do bem-estar do paciente.

“Vejo junto com a equipe médica, alguns cuidados que a gente possa vir a fazer, conforme a necessidade que ele apresenta. E poder discutir em equipe também, às vezes o que é melhor para o paciente naquele momento, para aquela situação. Acho que é de extrema importância tu sentar e discutir sobre a melhor forma de cuidar. Dividir quando tu não sabe algo com o colega (E3).”

“Inicio as atividades de avaliação, supervisão, acolhimento, encaminhamento de pacientes, troca de idéias, de informações com as demais equipes de trabalho: equipe médica, de nutrição, serviço social, psicologia [...] mesmo por telefone, recebo outras equipes que aqui vem, para participar das atividades da unidade (E5).”

“Também faz parte, o trabalho em equipe: conversar com outras equipes, discutir o caso dos pacientes e o que a gente pode fazer para ajudá-lo. Não só o paciente, mas também a família. Acho que basicamente é isso (E5).”

Nota-se que os entrevistados estão desprovidos de preconceitos e que estão receptivos a trabalhar e a aprender com outros profissionais. Apontam que a interdisciplinaridade implica a troca, o compartilhamento, a integração das diferentes áreas. Requer do profissional interlocução e disponibilidade para repensar suas ações. A interdisciplinaridade é um desafio, pois reconhece a necessidade de diferentes olhares sobre um mesmo fazer que se caracteriza como coletivo.

A complexidade do cuidado direto também transparece nos depoimentos dos enfermeiros, na qual o seu fazer caracteriza-se como amplo, abrangente, implementando ações para atenção individual que considera o sujeito em sua potencialidade e fragilidade para com sociedade, ou seja, trabalho, lazer, moradia são questões consideradas na promoção da saúde mental.

As falas abaixo, evidenciam a preocupação dos entrevistados em ajudar seu cliente a realizar atividades simples do dia a dia, como alimentação, higiene e vestimenta, atividades da vida diária que o constituem como pessoa reconhecida na sociedade.

“Auxiliar na alimentação, na vestimenta, organizar o material, o material de banho, de quarto, a cama, porque quando eles forem para casa eles terão que fazer isso. Então, a gente deve estimular que eles continuem fazer aqui dentro, ou se eles não estavam fazendo lá que voltem a fazer aqui dentro. (E3)”

“A gente sempre tenta fazer o melhor para o paciente. Tenta sempre ajudá-lo, trazê-lo para atividades que possam deixá-lo melhor, que possam tornar eles mais dignos. Mais autônomos, que eles possam entender o que está acontecendo com eles. Mostrar que aqui é uma internação temporária, que só estamos tentando tirar ele da crise. (E5)”

“É participar da recreação, se socializar, interagir, poder organizar suas roupas. A gente estimula o paciente a participar e fazer parte do cotidiano dele. São atividades como, jogar sinuca, tomar chimarrão, montar quebra cabeça, mexer no computador, fazer trabalhos manuais, fazer um roda de conversa, fazer as unhas. Isso tudo ajuda na reabilitação. (E3)”

Transparece nos relatos dos entrevistados a idéia do fazer indo além do sintoma, na qual autonomia, cidadania e reabilitação são objetivos desse cuidado.

Reabilitação acontece no cotidiano, desde hábitos para o cuidado pessoal até as questões de trabalho; é um fazer que acolhe, buscando formas singulares de intervir, resgatando a cidadania do paciente psiquiátrico não a simples restituição dos direitos formais, mas a construção dos direitos substanciais, como afetos, relações, habilitação, trabalho e recursos materiais (SARACENO,2001).

A reabilitação é um processo que aumenta a capacidade do usuário de estabelecer trocas sociais, resgatando sua autonomia em casa e no seu contexto social. Esse conceito visa trabalhar com o sofrimento e com a fragilidade, e não com a incapacidade, valorizando o vínculo,a escuta e o acolhimento.

Oliveira e Silva (2000) afirmam que a noção de autonomia é um conceito-chave para as práticas calcadas na reabilitação psicossocial, preconizadas pela reforma psiquiátrica.

Outra característica apontada no fazer dos entrevistados é o processo de enfermagem, uma metodologia de trabalho que busca dinamizar o cuidado. Trazem a importância do registro de suas intervenções e avaliações diárias, contribuindo com um cuidado terapêutico e orientando o trabalho em equipe. Os diferentes registros como padrões de sono, auto cuidado e hábitos pessoais servem para que a equipe, juntamente com a família, possibilitem uma assistência mais abrangente, dando um caminho para uma ação conjunta, que procura ser ampla.

“Fazer os nossos diagnósticos, rever os nossos diagnósticos todos os dias para ver se os nossos cuidados se mantêm ou se a gente tem que alterar esses cuidados de acordo como o paciente se apresenta, porque pode se apresentar de diversas maneiras. Todos os dias a gente vivencia ele de forma diferente. Então, a gente está constantemente avaliando isso (E3).”

“Todo o processo que o enfermeiro tem que fazer, colocando todas as informações, registrando tudo isso na pasta, através da evolução, fazendo a prescrição de enfermagem, [...] a gente vai colocar todas as possíveis alterações que podem ocorrer diante daquilo que a gente avaliou durante a manhã, reavaliando os diagnósticos de enfermagem, retirando e apresentando outros (E5).”

“Fazer as evoluções nas pastas, as condutas que as gente tomou, a avaliação que a gente fez, conforme o paciente está, conforme a gente vê (E3).”

Entre os fazeres apontados pelos enfermeiros, a passagem de plantão aparece como a primeira atividade realizada no cotidiano de trabalho. É um momento de troca de informações, caracterizado de extrema importância para organizar os seus fazeres, organizando o cuidado direto e o cotidiano de trabalho.

Nessas atividades, a equipe de enfermagem troca as informações das ações realizada nas 24 horas de cuidado da área: relatam verbalmente o que ocorreu, o que foi feito ou não, checam os cuidados prescritos. Ou seja, é um espaço/momento em que o fazer é avaliado, planejado, orientando as ações da equipe de enfermagem.

“O meu cotidiano de trabalho começa então com a passagem de plantão, vendo como foi o turno anterior, como estavam os pacientes. Após a passagem de plantão, a gente vai nos quartos para ver como estão os pacientes e ver aqueles que estão mais difíceis, que precisam de uma maior atenção (E1).”

“Eu chego na unidade, recebo o plantão, confiro o prontuário, verifico se está tudo em ordem, se está tudo checado, se está registrado os sinais vitais e se foi dada a medicação. Depois volto para o ambiente, recebo algum recado que não foi passado no plantão. Depois vou ver os pacientes. (E2)”

“Recebo o plantão de enfermagem de todos os pacientes, da equipe que está saindo. Depois coeto os exames, visualizando no computador, os exames que os pacientes vão ter que coletar, se vai ter algum “NPO”, jejum. (E8)”

“Na passagem de plantão, no qual eu recebo os pacientes, do pessoal do turno da manhã, para dar a continuidade no trabalho. (E3)”

Nestas falas, observa-se a importância dada pelos entrevistados para a passagem de plantão, para dar continuidade ao trabalho e implicitamente para a troca de informações mais relevantes de cada paciente. O termo passagem de plantão tem sido utilizado para referir-se ao momento em que a equipe de enfermagem transmite informações na troca de turnos de trabalho (LIMA, 1998).

Magalhães, Pires e Keretzhy (1997) afirmam que esse momento de troca de informações funciona como um plano diário de trabalho, priorizando ações que devem ser realizadas no decorrer do trabalho, proporcionando a identificação de problemas singulares a cada paciente, com o objetivo de planejar e executar medidas de enfermagem que possibilitem a eficácia do tratamento do paciente.

Desse modo, entendemos que os entrevistados percebem a passagem de plantão como um fazer que organiza, que dá continuidade ao trabalho, que considera a subjetividade e a particularidade das ações para cada paciente, que aproxima e esclarece a equipe, possibilitando que os diferentes fazeres específicos para cada um se relacionem ao todo da unidade e das ações de cuidado.

Além do cuidado direto, os enfermeiros realizam atividades gerenciais, ou seja, cuidado indireto. A supervisão requer atributos do supervisor, como humildade, coragem, perseverança e capacidade para inspirar confiança aos outros. A enfermeira, como supervisora da equipe de enfermagem, orienta estes, a desenvolverem suas capacidades para reconhecer e interpretar informações, com o objetivo de melhorar sua prática assistencial (TRAVELBBE, 1979).

Nas falas dos entrevistados, percebe-se que a supervisão da equipe enfoca as atividades administrativas como escalas, folgas, férias entre outros, associadas à observação, orientação e organização do trabalho em equipe de enfermagem (técnicos de enfermagem e enfermeiros).

“Supervisiono os técnicos e fico muito presente no ambiente tanto para os técnicos quanto para os pacientes. Acho que é a melhor forma de trabalhar (E2).”

“Na parte administrativa, observo as horas extras, as escalas dos técnicos, vejo as folgas que estão vencendo e que podem se tornar em horas extras. Então, a gente tem que administrar isso também. (E2)”

“As administrativas tem todas as questões dos técnicos de enfermagem. Verificar a escala diária de trabalho. Verificar a escala mensal dos funcionários. Encaminhar os funcionários, se for necessário, para algum tipo de atendimento. [...] prover as escalas de outros turnos, caso o funcionário me telefone ou venha aqui e me diga que está doente. Eu

vou ter que pensar como eu vou organizar o próximo turno de trabalho para manter esse turno organizado, tanto tarde quanto à noite. (E5)”

“Não tem como fugir da administração. A assistência também deve ser administrada, e muito bem administrada. Tem que estar muito claro que a gente tem que ver além, para tentar ajudar mais. Ela está sempre junto, eu tenho que me preocupar com aquilo que não está funcionando na unidade. Por trás dessa assistência, tem todo um funcionamento muito prático, muito organizado, para ser administrado. Não só dos pacientes, mas com o pessoal também. [...] que eu não posso me esquecer que eu tenho técnicos e os outros enfermeiros. Isso tudo está muito junto, muito interligado”. (E5)

Cunha (1991) descreve que a supervisão vem sendo caracterizada como uma função administrativa que envolve um processo dinâmico e democrático de integração e coordenação dos recursos humanos e materiais. Esse processo administrativo envolve planejamento, execução e avaliação.

A supervisão é um dos recursos para desenvolver e melhorar a prática assistencial. O supervisor deve ter atributos, como humildade, coragem, perseverança e capacidade para inspirar confiança aos outros (TRAVELBEE, 1979).

Assim, a supervisão na equipe de enfermagem deve procurar articular o fazer com o saber, sendo um espaço para discussão/reflexão sobre o cuidado, no qual sentimentos, limites e dificuldades são considerados condicionantes das ações.

Através dos relatos, percebe-se que os entrevistados referem que suas atividades concentram-se em cuidados diretos e cuidados indiretos. O cuidado direto é orientado pelos conceitos de integralidade, interdisciplinaridade e relacionamento terapêutico. O cuidado indireto é focado como atividade gerencial necessário para gerir a assistência de forma qualificada e eficaz, trazendo a supervisão como um dos recursos que organiza e facilita o trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo tem como tema os saberes e os fazeres dos enfermeiros em uma unidade psiquiátrica, surgindo do interesse em aprender e compreender o que sabem sobre seu trabalho e quais são as atividades executadas por eles.

A pesquisa foi desenvolvida junto aos enfermeiros de uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário, realizando entrevista semi-estruturada para coleta de dados.

Os enfermeiros entrevistados referem a partir de sua experiência no modo asilar uma transformação no cuidado assistencial, fazendo referências às concepções do modo psicossocial: integralidade, acolhimento, interdisciplinaridade, interlocução e existência de sofrimento do sujeito singular.

Apontam também como seus saberes o relacionamento terapêutico, caracterizado como processo interpessoal com o paciente, na qual o autoconhecimento aparece como necessário para promover a aproximação do enfermeiro-cliente. Esse processo facilita a comunicação e a capacidade de estar aberto ao sofrimento psíquico.

O conhecimento das síndromes psiquiátricas, sua assistência e tratamento é outro saber valorizado pelos enfermeiros. Aparece nos discursos a ênfase nessa visão organicista, caracterizando este conhecimento como uma assistência qualificada.

Os enfermeiros entrevistados apontam a importância do saber em sua prática profissional, tendo a percepção de que é preciso a busca pelo conhecimento, pois este é dinâmico e encontra-se em constantes transformações.

Em relação aos fazeres, os entrevistados referem que suas atividades concentram-se em cuidados diretos e cuidados indiretos.

O cuidado direto é orientado pelos conceitos de integralidade, interdisciplinaridade e relacionamento terapêutico.

Trazem também a complexidade do fazer: estimular e ajudar o paciente a fazer a transição de papel de doente para um membro ativo no seu tratamento, oferecendo subsídios para que ele possa realizar atividades que possam inseri-lo na sociedade.

O cuidado aparece como individualizado, caracterizando-se em um fazer que considera a pessoa, sua história e suas relações. Fazer cuidado direto é ir além do sintoma.

O processo de enfermagem aparece como uma metodologia de trabalho que orienta o fazer dos enfermeiros, possibilitando um cuidado mais abrangente.

O cuidado indireto é focado como atividade gerencial necessária para gerir a assistência de forma qualificada e eficaz, trazendo a supervisão como um dos recursos que organiza e facilita o trabalho.

Nesse sentido, este estudo possibilitou visualizar os saberes e os fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica, evidenciando um compromisso destes profissionais com o seu cotidiano de trabalho.

Observa-se a apreensão dos enfermeiros de novos conceitos que orientam a assistência em saúde mental na qual acolhimento, cuidado integral e individual e consideração da subjetividade do indivíduo em sofrimento psíquico norteiam essa prática. O “novo” e o “velho” convivem no discurso das enfermeiras e em novas práticas. Ou seja, o modo psicossocial se define a partir do modo asilar.

O estudo contribuiu na reflexão sobre a enfermagem em Saúde Mental, evidenciando saberes e fazeres desta profissão.

Identificou-se que estes saberes e fazeres evidenciam a capacidade técnica e científica dos enfermeiros entrevistados. Porém, a capacidade política ainda deve ser aprimorada: enquanto espaço de participação, a enfermagem deve procurar maior articulação entre os movimentos e as transformações da assistência psiquiátrica. A crítica e o debate possibilitam o pensar e o repensar da enfermagem psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. 141 p.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. *In*: BEZERRA, B; AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. 126 p.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei dos Direitos Autorais nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 1998. Seção 1, p. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. 24 p.

CAMPOS, C.M.S, BARROS S. **Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental**. Rev Esc Enf USP, São Paulo, 2000, set.34(3): 271-76.

CASTELLANOS, B.EP. **O trabalho do enfermeiro a procura e o encontro de um caminho para o seu estudo**: de abordagem mecânica—funcionalista a pesquisa emancipatória. Ribeirão Preto. 395p. Tese (doutorado) Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 1987.

COSTA-ROSA, ABÍLIO. **O modo psicossocial**: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *IN*: Amarante, Paulo (org). Ensaio: Subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio Janeiro: Fiocruz, 2000.

CUNHA, K, CARVALHO. Supervisão em enfermagem. *In*: Kurcgant, Paulina (coord) **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

DICIONÁRIO AURÉLIO eletrônico; século XXI. Rio de Janeiro, Nova Fronteira e Lexicon Informática, 1999, CD-rom, versão 3.0.

DUARTE JUNIOR, J. F. **A política da loucura**: a antipsiquiatria. São Paulo: Papyrus, 1986.
FERNANDES, J.D. **O ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil**. Salvador, 111p. Dissertação (mestrado)—Universidade Federal da Bahia, 1982.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987. 312 p.

KUENZER, A. Z. **Educação e trabalho no Brasil o estado da questão**. Brasília: Instituto Nacional de estudos e Pesquisas educacionais, 1991.

LARAIA, M. T.; STUART, G. W. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática**. Porto Alegre: ARTMED, 2001. 958 p.

LIMA, M.A. D da Silva. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Ribeirão Preto, USP, 1998. Tese doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo 1998.

MACEDO, V.C; MONTEIRO, A, R.M. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, out./dez. 2004, 13(4):585-92.

MAGALHÃES, A, M; PIRES, C.S; KERETZKY, K.B. Opinião de enfermeiros sobre a passagem de plantão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.19, n 1, p 43-53, jan. 1997.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. 269 p.

OLIVEIRA, F.B; SILVA, A .O. Enfermagem em saúde mental no contexto da reabilitação psicossocial e da interdisciplinaridade. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v. 53, n. 4, p. 584-592, out./dez. 2000.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação “Latu Sensu”**. 2001. 233 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PITTA, A. M. F. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 43 (12), 647-654, 1994.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1992. 173 p.

ROCHA, R,M et al. Construindo um conhecimento sensível em Saúde Mental. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília (DF), jul./ago. 2003, 56(4); 378-380.

RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem psiquiátrica e saúde mental: prevenção e intervenção.** São Paulo: EPU, 1996. 81 p.

RODRIGUES, R.M; ZANETT,M.L. Teoria e prática assistencial na enfermagem: o ensino e o mercado de trabalho. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, RP, v.8, n 6, p.102-109, dez. 2000.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. *In:* NICÁCIO, M. F. (Org.). **Desinstitucionalização.** São Paulo: HUCITEC, 1990. 112p.

SARACENO, Benedito. **Libertando identidades da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** 2. ed, Instituto Franco Bassaglia, 2001.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica.** São Paulo: Cortez, 1986. 143 p.

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

TOWSEND,MAY.C. **Enfermagem Psiquiátrica: conceitos e cuidados.** Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiatrica.** Colombia: Carvajal, 1979. 282 p.

VILELA, S. C.; SACRTENA,,M,C,M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília (DF), nov./dez. 2004, 57(6):738-41.

VIRELA E.M, MENDES,I J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino Americana Enfermagem.** jul./agos. 2003, 11(4):525-31.

APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e informado

Você é convidado a participar do estudo “Saberes e fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário” que tem por objetivo identificar os saberes e os fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica. Para a coleta de dados será utilizada a entrevista semi estruturada. Essa entrevista terá duração média de 30 (trinta) minutos e terá questões sobre as atividades dos enfermeiros (a), na unidade de internação 4º Norte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Ela será gravada para análise das informações. Será respeitado o sigilo das informações. Você poderá interromper a entrevista se necessário, como também não responder perguntas e solicitar que o gravador seja desligado. As fitas cassetes serão inutilizadas e desgravadas, transcorridos cinco (5) anos e acordo com o prescrito na Lei 9610/98. As transcrições serão destruídas após a utilização para análise dos resultados. Para manter o sigilo das informações, os participantes serão identificados por números.

Pelo presente consentimento livre e informado, eu _____, declaro que fui esclarecido de forma detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, sobre os objetivos, justificativa, procedimento de coleta de dados deste projeto de pesquisa.

Fui também informado da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvida sobre procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa e destino das fitas após coleta de dados, de liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos de avaliação de desempenho na instituição e do sigilo de minhas informações.

A pesquisadora deste trabalho será Maria de Lourdes Custódio Duarte (51 92650696) e a pesquisadora responsável e orientadora, Prof^a Agnes Olschowsky (51 99848455), tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA em _____.

Porto Alegre, ____/____/____.

Assinatura e telefone do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____

APÊNDICE B- Instrumento para coleta de dados

Questões Norteadoras

1. Descreva seu cotidiano de trabalho.
2. Quais são suas atividades na unidade de internação psiquiátrica?
3. Como você define o seu trabalho na enfermagem psiquiátrica?
4. Quais os conhecimentos que você acha importante para o seu trabalho?

ANEXO- Termo de aprovação pelo Comitê de Ética