



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
FACULDADE DE MEDICINA  
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

---

**Raquel Mori Pires de Camargo**

**Transtornos Mentais no Hospital Geral: percepções  
elaboradas por enfermeiros**

Botucatu

2011

**Raquel Mori Pires de Camargo**

**Transtornos Mentais no Hospital Geral: percepções  
elaboradas por enfermeiros**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, para obtenção do título de mestre, pelo Programa de Pós-graduação – Mestrado Profissional em Enfermagem.

Área de atuação: práticas de enfermagem.

Orientação: Prof<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup> Maria Alice Ornellas Pereira

Botucatu

**2011**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: *ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE*

Camargo, Raquel Mori Pires de.

Transtornos mentais no hospital gera : percepções elaboradas por enfermeiros / Raquel Mori Pires de Camargo. – Botucatu : [s.n.], 2011

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Maria Alice Ornellas Pereira

Capes: 40404005

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Cuidado; Enfermagem; Reabilitação psicossocial; Transtorno mental.

**Raquel Mori Pires de Camargo**

**Transtornos Mentais no Hospital Geral: percepções  
elaboradas por enfermeiros**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, como requisito para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Aprovada em Botucatu, \_\_\_\_ de agosto de 2011.

**BANCA EXAMINADORA**

Profº Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profº Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Profº Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os enfermeiros que atuaram e compartilharam comigo todas as angústias e aprendizado durante esses anos no Hospital das Clínicas de Marília, em especial àqueles que fizeram a gentileza de participar desta pesquisa;

Dedico também aos meus avós Neide e Carlos Mori, que faleceram durante a realização deste trabalho, mas que deixaram memórias eternas;

Por fim, a minha sobrinha Luana, que nasceu no dia da minha inscrição no Mestrado e que, juntamente com o Indy, são a grande alegria da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelo dom da vida e sabedoria oferecida a mim;

A meus pais, Paulo e Carol, pelo amor e apoio incondicional em todos os momentos de minha vida, além da revisão tão cuidadosa das questões ortográficas e gramaticais desse trabalho;

As minhas irmãs, Marina e Paola, que compartilharam o exercício da pós-graduação comigo, pela amizade e apoio;

Ao Francisco, pela companhia, diversão, conversas e carinho oferecidos a mim com tanto amor;

À Prof. Dra. Maria Alice Ornellas Pereira, que me apresentou outro significado à palavra orientação, ensinando-me sobre pesquisa, saúde mental, cuidado, serenidade e dedicação;

À enfermeira Luciana Vieira da Costa, amiga e profissional exemplar, pelos ensinamentos de vida;

À Maria do Carmo, pela ajuda em buscar o equilíbrio no trabalho, no ensino e nos relacionamentos;

A todos os professores do Mestrado Profissional em Enfermagem da FMB, por terem me ensinado tanto, em especial às professoras doutoras Magda Dell'Acqua e Eliana Mara Braga, cujos ensinamentos fizeram-me ser uma pessoa e profissional melhor;

Ao prof. Dr. Pedro Marco Karan Barbosa, por tudo que me ensinou, pelo apoio para a realização do Mestrado e pela torcida para o meu futuro profissional;

Ao enfermeiro Ms. Luiz Carlos de Paula e Silva, por ter me ajudado e estimulado a ingressar no Mestrado;

A todos os funcionários da Unidade de Moléstias Infecciosas do HC de Marília, pois me ensinaram grande parte do que eu sei hoje;

À bibliotecária Lourdes, pela revisão primorosa das minhas referências;

Aos meus alunos da FEMA (Assis – SP), por me ensinarem tanto, pela compreensão deste momento da minha vida e por me proporcionarem tanta alegria e satisfação em ensinar;

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desse trabalho.

## EPÍGRAFE

*“É melhor tentar e falhar que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar que em dias tristes em casa me esconder. Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade viver...”*

*(Martin Luther King)*



## RESUMO

**Camargo RMP. Transtornos mentais no hospital geral: percepções elaboradas por enfermeiros. [dissertação]. Botucatu – SP: Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista – UNESP; 2011.**

Considerando que, além do sofrimento psíquico, as pessoas portadoras de transtorno mental também podem padecer de doenças físicas, e, portanto, podem ser atendidas em serviços não específicos, como o hospital geral, este trabalho teve como objetivo Identificar as percepções dos enfermeiros de um hospital geral acerca dos transtornos mentais ao lidarem com os pacientes psiquiátricos em seu cotidiano de trabalho. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, as narrativas foram analisadas embasadas na análise temática e o referencial teórico de Benedetto Saraceno e Emerson Elias Merhy, autores que abordam a reabilitação psicossocial e o processo de cuidar, respectivamente. Foram entrevistados dez enfermeiros e da análise dos discursos produzidos emergiram três temas: o preconceito, a carência de conhecimento na área de saúde mental e a deficiência no cuidado. A discussão dos temas demonstrou que o preconceito sobre os portadores de transtorno mentais ainda é presente na percepção dos enfermeiros, aparecendo de diversas maneiras, como mecanismos de defesa, formas de poder e atitudes de exclusão e discriminação. A carência de conhecimento foi evidenciada, tendo como fatores importantes a formação acadêmica e as condições pessoais internas dos sujeitos. Já a deficiência no cuidado apontou a prevalência do modelo biologicista, pautado na medicalização, que tem como consequência a dicotomia no cuidado. A partir destas reflexões, vê-se a importância de haver uma cultura institucional de valorização do cuidado e das pessoas, evidencia-se a necessidade de modificar conceitos antigos, como também, torna-se necessário a articulação da rede de atenção à saúde mental, da qual faz parte o hospital geral, como ferramenta fundamental para uma assistência completa à pessoa portadora de transtorno mental.

Palavras-chave: Cuidado; Enfermagem; Reabilitação Psicossocial; Transtorno mental.

## ABSTRACT

**Camargo RMP. Mental disorders in general hospital: elaborated perceptions by nurses. [Dissertation]. Botucatu - SP: Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista - UNESP, 2011.**

Considering that besides the psychological distress, people with mental disorders may also suffer from physical illnesses, and therefore, they can be treated in not specific services, such as the general hospital. This study aimed to identify the perceptions of nurses in a general hospital about mental disorders when dealing with psychiatric patients in their daily work. It is a qualitative approach and the narratives were analyzed based on thematic analysis and theoretical of Benedetto Saraceno and Emerson Elias Merhy, authors who address the psychosocial rehabilitation and care process, respectively. Ten nurses were interviewed and the analysis of their speeches came across three themes: prejudice, lack of knowledge on mental health and deficiencies in care. The discussion of the issues showed that prejudice on people with mental disorder is still present in the perception of nurses, appearing in several ways, such as mechanisms of defense, forms of power and attitudes of exclusion and discrimination. The lack of knowledge was evident having as important factors the academic and personal internal conditions of the participants of this study. The deficiency in care, however, showed the prevalence of biological model, ruled by medicalization, which causes the dichotomy in the care. From these reflections, we see the importance of having an institutional culture of appreciation of care and people, showing the need to change old concepts. The articulation of the network of mental health care, witch the general hospital is part of it, is also important, and works as a fundamental tool for expanded and complete assistance to people with mental disorders as well.

Keywords: Care; Mental Disorder; Nursing; Psychosocial Rehabilitation.

## RESUMEN

**Camargo RMP. Los trastornos mentales en el hospital general: la percepción producidas por enfermeras. [Disertación]. Botucatu - SP: Facultad de Medicina de Botucatu. Universidad Estadual Paulista - UNESP, 2011.**

Considerando que, además de los trastornos psicológicos, las personas con trastornos mentales también pueden sufrir de enfermedades físicas, y por lo tanto pueden ser atendidas en servicios no específicos, tales como los hospitales generales, este estudio tuvo como objetivo identificar las percepciones de las enfermeras en un hospital general sobre los trastornos mentales en el tratamiento de pacientes psiquiátricos en su trabajo diario. Se trata de un enfoque cualitativo e las narraciones se analizaron con base en el análisis temática e contenido teórico de Benedetto Saraceno y Emerson Elias Merhy, autores que se dirigen a la rehabilitación psicosocial y el proceso de atención, respectivamente. Fueron entrevistados diez enfermeras y el análisis de sus discursos hecho surgir tres temas: los prejuicios, la falta de conocimientos sobre salud mental y deficiencias en la atención. La discusión de los temas demostraron que el prejuicios en las personas con trastorno mental está aún presente en la percepción de las enfermeras, que aparece en varias formas, tales como mecanismos de defensa, las formas de poder y las actitudes de exclusión y discriminación. La falta de conocimiento fue evidente, teniendo como los factores más importantes los académicos y las condiciones internas personales de los sujetos. La deficiencia en la atención se demostró con la prevalencia de un modelo biológico, fundada en la medicalización, que tiene como consecuencia la dicotomía de la atención. De estas reflexiones, puede se ver la importancia de tener una cultura institucional de reconocimiento del cuidado y de las personas. También, es importante la articulación de la red de atención de salud mental, que forma parte el hospital general, como una herramienta fundamental para una asistencia integral a las personas con trastorno mental.

Palabras clave: Atención; Enfermería; Rehabilitación Psicosocial; Trastorno mental.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA : ALGUNS ASPECTOS INERENTES AO CUIDADO AMPLIADO</b>	
2.1 O cuidado .....	<b>28</b>
2.2 O cuidado ao portador de transtorno mental e a reabilitação psicossocial como estratégia de transformação .....	<b>33</b>
2.3 A exclusão .....	<b>36</b>
2.4 A saúde mental no contexto das desigualdades sociais .....	<b>39</b>
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>41</b>
3.1 Contexto da Pesquisa .....	<b>43</b>
3.2 Sujeitos da Pesquisa .....	<b>43</b>
3.3 Procedimentos de coleta de dados .....	<b>43</b>
3.4 Análise dos Dados .....	<b>44</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b>	
4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa .....	<b>46</b>
4.2 Temas emergentes	
4.2.1 O preconceito .....	<b>47</b>
4.2.2 A carência de conhecimento na área de saúde mental ..	<b>62</b>
4.2.3 A deficiência no cuidado .....	<b>80</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>99</b>
<b>ANEXOS E APÊNDICES</b>	
Apêndice I – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	<b>108</b>
Apêndice II – Roteiro para as entrevistas .....	<b>109</b>
Anexo I – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....	<b>110</b>



## *Apresentação*

---

---

## APRESENTAÇÃO

A Enfermagem para mim não foi apenas uma opção profissional, mesmo que, aos 17 anos, assim parecesse. Ao iniciar o curso de graduação, sentia-me orgulhosa e corajosa por ter escolhido uma profissão por mim admirada, mesmo já sabendo ser pouco valorizada.

Aos poucos, o que antes era uma opção, tornou-se uma grande paixão, ao identificar em cada área da Enfermagem, um aspecto diferente e intrigante da minha própria personalidade. Pude compreender, então, algumas das razões da admiração pela profissão, sendo uma delas, na minha concepção, o contato com o ser humano nos momentos mais difíceis e emocionantes de sua existência: nascimento, doença, reabilitação, cura, morte, etc.

Em todas as situações vivenciadas na graduação, compreendi que o aspecto emocional sempre estaria presente na relação de cuidado estabelecida entre os profissionais, doentes, familiares e cuidadores. No princípio, fui estabelecendo alguns vínculos de maneira bastante incipiente com as pessoas que estava cuidando, bem como com os outros profissionais. Já no decorrer do curso, as habilidades para o contato interpessoal foram se desenvolvendo e possibilitando a emergência dos sentimentos envolvidos nesta relação de cuidar.

Entretanto, foi durante o conteúdo apresentado na graduação sobre Enfermagem Psiquiátrica que pude me aproximar do entendimento das funções da mente, das patologias associadas, os confrontos emocionais. Nascia aí uma grande paixão dentro da Enfermagem: a Saúde Mental.

Após concluir a faculdade, não tive dúvidas em optar por um curso de Especialização em Saúde Mental, oferecido pela própria universidade. E a escolha por este caminho abriu portas do mercado de trabalho para minha atuação profissional. Tive a experiência de participar de equipes de saúde responsáveis por construir os projetos e colocar em funcionamento dois Centros de Atenção Psicossociais – um no interior do estado do Paraná e outro no interior de São Paulo. Permaneci trabalhando exclusivamente em

---

saúde mental por mais de dois anos, vivendo intensamente as emoções despertadas.

Depois deste período, por motivos de estabilidade profissional, decidi mudar o nível de atenção em que atuava e fui trabalhar em um hospital geral pertencente a uma faculdade de Medicina e Enfermagem. Qual não foi minha surpresa ao saber que seria a enfermeira assistencial da unidade de Psiquiatria, além do setor de Moléstias Infecciosas – setores unidos fisicamente e gerenciados pela mesma enfermeira.

O período de experiência e treinamento me proporcionou uma grande interação com os outros setores do hospital, conhecendo vários profissionais, como enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros e pacientes de diversas clínicas. Os enfermeiros assistenciais são responsáveis pelos plantões noturnos, aos finais de semana e feriados, o que permite uma rotatividade destes profissionais pelos setores do hospital.

Nesse local de trabalho, realizei também funções de supervisão do estágio do 4º ano do curso de graduação em enfermagem, o que possibilitou um contato mais direto com os futuros profissionais enfermeiros. Ao exercer essa função, percebi que os estudantes tem grande preocupação com o aspecto emocional e social dos pacientes atendidos.

Por outro lado, no exercício da assistência, pude observar reações emocionais exacerbadas, tanto de profissionais quanto de pacientes e familiares. Intrigou-me a dificuldade dos profissionais ao lidar com alguns sinais e sintomas psiquiátricos ou qualquer tipo de alteração emocional, como medo, tristeza, ansiedade, somatização, agitação e agressividade.

Devido ao gosto pelas atividades acadêmicas, bem como por fazer e consumir pesquisa, busquei ingressar no Programa de Mestrado Profissional da UNESP (Faculdade de Medicina de Botucatu). O tema para a dissertação só poderia ser a Saúde Mental.

Assim, a partir de um contato maior com a área acadêmica, optei por dedicar-me somente à docência em nível superior, onde, atualmente, ministro as disciplinas de Saúde Mental e Relações Interpessoais para o curso de graduação em Enfermagem de uma faculdade do interior do estado

---

de São Paulo, além de supervisionar o estágio prático na área hospitalar para o 4º ano do mesmo curso. Consegui com essas atividades, me aproximar novamente da saúde mental, com um grande desafio: contribuir para que futuros profissionais de enfermagem sejam sensibilizados para as questões pertinentes à saúde mental, sem a pretensão de formar especialistas na graduação, mas sim, fazê-los refletir acerca das antigas representações ligadas a essa área.





## *Introdução*

---

---

## 1 INTRODUÇÃO

A área de saúde mental é capaz de gerar muito preconceito devido a sua grande incompreensão pela sociedade e, até mesmo, por muitos profissionais da saúde. Falar e lidar com questões inerentes aos transtornos mentais provoca grande resistência, instigando-nos a considerar o quanto é difícil para os profissionais tal enfrentamento. O resgate histórico sobre os conceitos da loucura evidencia que o preconceito e o estigma acompanham esse processo evolutivo.

Antigamente, muitas explicações sobrenaturais eram dadas sobre a loucura. Era um assunto envolto por idéias mágicas e que gerava muito sofrimento àqueles que eram acometidos por ele, devido às concepções religiosas da época. Os transtornos psíquicos eram conhecidos como uma enfermidade da alma, uma lepra moral, que poderiam ser curados através de penitência e de ritos religiosos. As pessoas que apresentavam desvios eram confinadas em hospitais, presas por correntes e expostas à visitação pública, para serem motivo de diversão e, por vezes, até morriam por falta de cuidados e inanição <sup>(1)</sup>.

Desse modo, a loucura passou a ser considerado como doença no século XVIII por Philippe Pinel, que propunha o “tratamento moral” dessas pessoas, o qual consistia em corrigir os excessos passionais e desvios da norma ética.

Nesse contexto, a medicina ocidental iniciou uma busca pelas causas anatomofisiológicas das manifestações psiquiátricas, ou seja, a psiquiatria buscou definir as causas orgânicas cerebrais específicas de cada manifestação. Em 1896, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin, criou uma síntese de aproximadamente cem distúrbios mentais, agrupando-os de acordo com os sintomas apresentados pelos pacientes. Tornava-se prevalente a tendência anatomobiológica <sup>(2)</sup>.

Contraopondo-se ao discurso da psiquiatria na época, surge, no final do século XIX com Sigmund Freud, a psicanálise e com ela, a ideia de que somos movidos pelo inconsciente. A partir dessa concepção, a história de

---

vida e todos os fatos marcantes e traumáticos das pessoas, vivos no inconsciente, começam a ser valorizados como determinantes para o aparecimento de doenças mentais. A influência do social no mental que, até então, não era considerada no modelo organicista. Ainda assim, este modelo prevaleceu até o início do século XX, tanto na psiquiatria, como na ciência em geral <sup>(3)</sup>.

Segundo Foucault <sup>(4)</sup> “a loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições”, sendo que as primeiras instituições psiquiátricas datam do século XVIII.

Os hospitais psiquiátricos se caracterizaram, por muito tempo, como lugares de reclusão de pessoas socialmente inadaptadas, com dificuldade de reintegração no contexto social e no mundo do trabalho, como os próprios doentes mentais, andarilhos, ladrões e leprosos. Também foram destinados aos hospitais psiquiátricos ex-combatentes da segunda guerra mundial, que se encontravam sem condições de convívio social, após muitos anos de experiência com violência e destruição.

Desta forma, as instituições psiquiátricas ficaram superlotadas e sua função primordial de tratamento e reabilitação começou a ser questionada. Iniciava então, a chamada Reforma Psiquiátrica, com transformações ocorridas em nível mundial.

No Brasil, o processo de reflexão e análise destas instituições transcorreu gradativamente, tendo expoentes como Ulisses Pernambucano, que na década de 30, iniciou a ocupação terapêutica de pacientes internados no manicômio de Recife. Também, Nise da Silveira, pioneira da terapêutica ocupacional, ainda nos anos 40, inserindo no tratamento dos pacientes internados atividades auto-expressivas e recreativas e Luiz Cerqueira, considerado um dos marcos no cenário nacional da transformação da assistência psiquiátrica <sup>(5)</sup>. A historicidade da assistência nessa área evidencia que as formas de tratamento e as medidas administrativas da época tinham como ideia central a doença, e não a pessoa. No início do século XX isto ocorreu em nosso país, dentre outras causas, para atender as necessidades econômicas deste determinado momento, onde a saúde era de direito somente daqueles que contribuíam

---

produtivamente e financeiramente para o Governo. A assistência psiquiátrica não era incluída no sistema de saúde, até mesmo pela falta de aparato científico para a psiquiatria da época <sup>(6)</sup>. O processo de mudanças sofreu influência dos movimentos que aconteceram em determinadas partes do mundo. Nos Estados Unidos foram criados, na década de 60 do século XX, mais de dois mil Centros de Saúde Mental Comunitários; na Inglaterra, foi introduzida pela primeira vez, a expressão “comunidade terapêutica”; na França houve a “Setorização”, que dividia o território de atuação do hospital psiquiátrico e, para isto, foi necessária a criação de estruturas externas ao hospital, para que houvesse a articulação da assistência, como ambulatórios e hospitais-dia. Nesse cenário de transformações, a Reforma Psiquiátrica brasileira foi bastante influenciada pela Psiquiatria Democrática Italiana <sup>(2)</sup>.

O psiquiatra italiano Franco Basaglia realizou, na década de 60, a experiência de transformação de uma instituição fechada na cidade de Gorizia, que se estendeu, posteriormente, a outras cidades italianas. A proposta dessa experiência leva a reflexão dos diferentes termos: desospitalização, transinstitucionalização e desinstitucionalização, de acordo com as definições de Rotelli, De Leonardis e Mauri <sup>(7)</sup>.

A desospitalização refere-se ao fechamento dos hospitais psiquiátricos; a transinstitucionalização seria a mudança de instituição responsável pela assistência ao doente mental, como asilos ou casas de repouso, quando fechados os hospitais psiquiátricos, numa alusão à falta de envolvimento social da comunidade e família.

Em um movimento diferenciado, a desinstitucionalização enfoca as instituições públicas de saúde, buscando um maior envolvimento da sociedade local. Para isto, é necessária uma nova organização política e de assistência que permita considerar o doente mental como cidadão.

Como retrato dessas mudanças, o parlamento italiano aprovou a Lei da Reforma Psiquiátrica, no ano de 1978. A Lei 180 previa:

1. O fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, proibindo a construção de outros ou efetuar novos internamentos;
2. A abertura de pequenas repartições de hospitalização em hospitais gerais ou em Centros de Saúde Mental descentralizados pelo

---

território (estes eram considerados a base da nova rede de assistência);

3. A criação de pequenas estruturas protegidas para pessoas incapazes de viver em família ou sozinhos.

Em meio à dinâmica de confronto com o modelo de assistência anteriormente instituído, no Brasil, no final da década de 70, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas <sup>(8)</sup>. Esse movimento foi importante pelas denúncias que envolviam as instituições psiquiátricas, evidenciando a violência presente nessas instituições, bem como a mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência e a crítica ao modelo hospitalocêntrico. Surgem, então, as primeiras propostas de reorientação da assistência e, em 1987, acontecem eventos importantes, como o II Congresso Nacional do MTSM (“Por uma sociedade sem manicômios”) e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, além da criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, CAPS Luiz Cerqueira, localizado na cidade de São Paulo.

A Reforma Psiquiátrica brasileira mostrou ser possível e exequível após o início do processo de intervenção em um hospital psiquiátrico de Santos (SP) – a Casa de Saúde Anchieta. Este movimento teve grande repercussão nacional e culminou por tornar-se o grande marco da nossa Reforma Psiquiátrica <sup>(8)</sup>.

Com relação às mudanças nos campos legislativos e normativos no Brasil, em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país, embasada na Lei 180 da Itália. A década de 90 foi marcada por mudanças nas leis de vários estados brasileiros, referentes à substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.

---

Após doze anos da primeira proposta foi sancionada a Lei Federal 10.216 de 6 de abril de 2001 <sup>(9)</sup>, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Porém, ainda não instituiu maneiras práticas para a extinção progressiva dos manicômios. Isto só aconteceu após a criação, pelo Ministério da Saúde, de linhas específicas de financiamento para os serviços abertos e substitutivos, além de mecanismos para a fiscalização, gestão e redução programada dos leitos psiquiátricos. Desse modo, a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal.

O processo brasileiro de desinstitucionalização tem sua consolidação, entre outras estratégias, a partir de:

- Redução de leitos: após uma série de normatizações do Ministério da Saúde, os leitos psiquiátricos passam de 72514 em 1996 para 32735 em 2010 <sup>(10)</sup>.
- Avaliação anual dos hospitais: o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH)/Psiquiatria, como instrumento de gestão dos hospitais psiquiátricos e leitos psiquiátricos em hospital geral pertencentes ao SUS, permite a adequação às exigências mínimas de qualidade assistencial e respeito aos direitos humanos, retirando do sistema os serviços inadequados <sup>(8)</sup>;
- Centros de Atenção Psicossocial: são os dispositivos que mais se adequam à Reforma Psiquiátrica, pois devem prestar atendimento clínico diário, evitando as internações psiquiátricas, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais utilizando a intersetorialidade, bem como regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atenção e dar suporte à atenção básica, com relação à saúde mental <sup>(8)</sup>;
- Criação das Residências Terapêuticas: são implementados e financiados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), com a finalidade de responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não, auxiliando-as no processo de reintegração na

---

comunidade. Cada Residência deve estar referenciada a um CAPS e atuar junto à rede de atenção à saúde mental <sup>(8)</sup>;

- O Programa “De Volta para Casa”: pretende a reintegração social de pessoas com longo histórico de hospitalização, através do pagamento de uma quantia mensal (auxílio-reabilitação) para o doente mental, estimulando o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania <sup>(8)</sup>;
- A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, atualmente chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e nessa, a efetivação do atendimento em saúde mental, tem demonstrado a necessidade de novos avanços no campo do cuidado frente à realidade a ser enfrentada <sup>(11)</sup>.

Com o decorrer destas e de outras mudanças no cenário da saúde e de especial modo, na saúde mental, os recursos no Ministério da Saúde destinados aos hospitais psiquiátricos que, na década de 90 eram de 93%, caíram para 32% em 2009 <sup>(12)</sup>.

Vemos que, ao considerar o processo histórico das transformações no campo da psiquiatria, é possível refletir que o sofrimento aos quais os doentes mentais foram submetidos ao longo da história, tem relação com a dificuldade humana em lidar com a complexidade das funções da mente e das diferenças, bem como com a proximidade da loucura e da doença.

É sabido que ao longo da história a sociedade vem se posicionando frente à doença mental com rotulações e estigmas àqueles que apresentam condutas e comportamentos diferentes dos apresentados pela maioria da população.

As representações são comuns na sociedade, sendo o “louco” identificado como um indivíduo sem razão, agressivo e que apresenta sintomas psicóticos como delírios, alucinações e confusão <sup>(13)</sup>. Sendo visto desta forma, a pessoa portadora de transtorno mental permanece ainda mais distante da sociedade.

O modelo biologicista colaborou para estabelecer algumas representações sobre a doença mental, que permanecem arraigadas à

---

sociedade até os dias atuais. As representações sociais de profissionais de enfermagem sobre o transtorno mental mostram que os mesmos acreditam que o transtorno tem origem no cérebro apenas, desconsiderando a diversidade de fatores predisponentes e desencadeantes de doença mental<sup>(14)</sup>. Esta visão organicista favorece uma atuação profissional voltada para a assistência farmacológica, tratando somente do corpo do paciente.

Gentile<sup>(13)</sup> ao pesquisar o atendimento psiquiátrico no hospital geral, mostra que grande parte dos profissionais de enfermagem sugere que os pacientes psiquiátricos devam ser atendidos em locais específicos e, desse modo, segue contra todo o movimento da Reforma Psiquiátrica e das políticas atuais em Saúde Mental. Os resultados de uma pesquisa sobre a formação de enfermeiros na perspectiva da Reforma Psiquiátrica mostram que na concepção destes profissionais sobre o processo de saúde e doença mental ainda permanecem as questões orgânicas e os valores referentes ao modelo tradicional de assistência ao portador de transtorno mental<sup>(15)</sup>.

O acesso à internação psiquiátrica em hospital geral mostra que é preciso uma mudança do paradigma tradicional, a qual deve partir das práticas profissionais. Assim, os próprios profissionais podem contribuir para que o destino de uma internação seja o hospital geral, e não mais uma instituição psiquiátrica. Também se torna necessária uma articulação da rede intersetorial para a assistência à saúde mental, objetivando a prevenção dos transtornos mentais e suas complicações<sup>(16)</sup>.

O evoluir do processo de transformação da assistência psiquiátrica evidencia que os doentes mentais têm a possibilidade de tratamento fora dos hospitais psiquiátricos. E este tratamento tem sido amplamente estudado, tanto nos aspectos farmacológicos, quanto de terapias utilizadas. Também é evidenciada a influência de outros fatores no tratamento, como a família e as condições socioeconômicas dos pacientes, como os serviços de saúde que venham substituir os antigos hospitais psiquiátricos. E sobre essa questão, Saraceno<sup>(17, p.29)</sup> afirma:

Na realidade, os elementos que mais determinam o andamento de uma enfermidade mental estão apenas parcialmente no



---

tratamento; a outra parte não está tanto no tratamento que o sujeito recebe, mas no tipo de serviço que o atende.

O autor ainda destaca que a concepção da clínica tradicional descreve mais os tratamentos que os serviços, afirmando que a experiência de sofrimento<sup>1</sup> da chamada enfermidade mental, tem sido vivida numa posição clínica. O autor ressalta que a palavra clínica, derivada do grego *clinós* (leito), traz a ideia de que o paciente encontra-se em posição inclinada, submissa, no leito, em relação ao profissional de saúde que o atende.

É sabido que o novo paradigma em construção considera que as pessoas carregam consigo histórias de vida, repletas de relações interpessoais, relações de trabalho, concepções de saúde e doença, sofrimentos, alegrias, incertezas. Por outro lado, o modelo biologicista tende a reduzir a complexidade humana ao diagnóstico médico, deixando à parte problemas subjacentes que são da ordem do ser humano.

Vemos que a prática da assistência permite considerar que as pessoas acometidas por transtornos mentais também adoecem fisicamente, precisam de cuidados clínico-cirúrgicos e, para tal, são internadas em hospitais gerais. Assim, essas pessoas são atendidas por profissionais diversos, muitas vezes detentores de representações subjetivas acerca dos transtornos mentais, que podem ser carregadas de preconceito, além do despreparo frente aos muitos aspectos que envolvem a saúde mental.

Tendo o hospital geral como contexto, foi estudada a implantação de unidade de internação psiquiátrica, onde se destacou que este hospital pode ser definido como “uma composição de várias partes” ou “um todo dividido em partes” (18, p. 674). Desse modo, também é considerado o paciente psiquiátrico como uma pessoa pertencente a essas partes, quando necessita de profissionais especializados devido a alguma condição do processo saúde-doença que requer tratamento intensivo ou invasivo. Também sobre a atuação de enfermeiros numa unidade psiquiátrica em hospital geral, outro estudo traz que, neste local, o instrumento de trabalho mais importante é o próprio enfermeiro (19). Assim, é bastante importante que a enfermagem psiquiátrica seja reconhecida como prática, a partir de estudos,

<sup>1</sup> Neste trabalho será utilizado o termo sofrimento psíquico, para designar a experiência da doença mental pelo seus portadores.

---

investigações e educação continuada, visando contemplar a efetivação das mudanças trazidas pela Reforma Psiquiátrica.

Em relação à prevalência dos transtornos mentais, vê-se que a conscientização de que os transtornos mentais representam um sério problema de saúde pública é relativamente recente, ocorrendo a partir da publicação realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard (EUA), em 1994. Nos países ocidentais, estima-se que cerca de 35% da população geral adulta não institucionalizada apresenta algum transtorno mental ao longo da vida. Essa taxa atinge até 50% quando se considera também a dependência de nicotina. O estudo ainda afirma que, a mortalidade dos transtornos mentais é baixa, comparada a outras enfermidades (cerca de 1%), porém, a doença mental é responsável por mais de 12% da incapacitação relacionada ao trabalho e ao convívio social<sup>(20)</sup>.

É fato que há uma alta prevalência dos transtornos mentais nos hospitais gerais atualmente. Sabe-se que a co-existência de uma doença psiquiátrica com outra doença física interfere na evolução desta, podendo piorá-la, aumentar a necessidade de cuidados médicos, como também aumentar o tempo de internação<sup>(21)</sup>. Entretanto, a prevalência das doenças mentais pode variar de acordo com o tipo de serviço.

No estudo sobre a prevalência dos transtornos mentais em hospitais gerais, os transtornos de humor – principalmente a depressão – e de ansiedade são os que se encontram com maior frequência nos hospitais gerais, estando presentes em uma média de 45% dos pacientes internados sob responsabilidade da medicina interna<sup>(21)</sup>.

No cotidiano do exercício profissional no interior do hospital geral, é percebida a grande incidência destas doenças na especialidade de oncologia, devido à gravidade das doenças, aos efeitos indesejados das medicações e ao prognóstico duvidoso. Os pacientes com dor intensa e crônica também desenvolvem, com frequência, quadros depressivos. O mesmo acontece nas especialidades de neurologia e cardiologia, adicionando-se os sintomas ansiosos<sup>(21)</sup>. Em pacientes cardiopatas, porém,

---

percebe-se o aparecimento precoce dos sintomas psiquiátricos (em torno de 10 dias). Já a depressão está intimamente ligada à baixa adesão ao tratamento médico <sup>(22)</sup>.

Vemos também que as alterações cognitivas, advindas de distúrbios orgânicos ou funcionais do sistema nervoso central aparecem com grande frequência nos hospitais e caracterizam-se por quadros confusionais, bastante prevalente em idosos. Do mesmo modo, o abuso ou dependência de substâncias são frequentes nos serviços de urgência e emergência e também em pacientes internados no hospital geral, uma vez que esses comportamentos acarretam um grande prejuízo ao organismo e aumentam a chance deste desenvolver algumas doenças e de se envolver em acidentes <sup>(21)</sup>.

Assim, percebe-se que, no contexto dos hospitais gerais, a prevalência de pessoas acometidas por algum transtorno mental é significativa, associada aos problemas considerados clínicos. Isso requer que os profissionais de saúde utilizem seus recursos internos para prestar a assistência adequada. Desta forma, o sofrimento mental não deve ser negado, mas acolhido, compreendido e compartilhado, mas não necessariamente explicado <sup>(23)</sup>. O enfermeiro, como membro da equipe de saúde e inserido neste contexto, também é levado a repensar seu papel e sua prática frente aos novos desafios de reestruturação da assistência <sup>(24)</sup>.

Ao considerar que a reforma psiquiátrica é um processo em construção permanente pode-se afirmar que “um dos desafios a serem enfrentados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica diz respeito à formação dos recursos humanos na área da Saúde Mental” <sup>(25, p. 53)</sup>.

A preocupação com a formação dos enfermeiros e da equipe de enfermagem para a atenção à pessoa portadora de transtorno mental é pertinente, uma vez que estes profissionais saem das escolas com pouca formação para realizar o atendimento em saúde mental <sup>(26)</sup>.

A preparação do enfermeiro não deve enfatizar apenas a dimensão técnica-científica, mas também a formação do ser humano que habita o profissional, valorizando os aspectos emocionais e sociais que integram a totalidade da pessoa humana. Acredita-se que a área da Saúde Mental pode

---

contribuir nesse processo, uma vez que, por natureza, trabalha com as emoções e sentimentos <sup>(27, 28)</sup>.

Vemos que o enfermeiro exerce, dentro de sua equipe, um papel importante de coordenação, que visa organizar e estimular a equipe no cuidado de um paciente diferenciado, em sofrimento psíquico. A liderança em enfermagem pode ser definida como o processo por meio do qual uma pessoa (que é o enfermeiro) influencia as ações de outros para o estabelecimento e para o alcance de objetivos. Dessa forma, utilizando esta influência, o enfermeiro pode definir o trabalho de seu grupo na tomada de decisões e no crescimento de sua autonomia, podendo influenciar até a instituição em que trabalha <sup>(29)</sup>.

O desafio para a realização da assistência de enfermagem a indivíduos em sofrimento psíquico é desenvolver um laço emocional adequado <sup>(30)</sup>. No entanto, percebe-se que essa aproximação tem sido dificultada atualmente pelas altas exigências burocráticas e administrativas da profissão do enfermeiro. Junto a isso, há a divisão de trabalho da equipe de enfermagem, que proporciona que o cuidado direto seja realizado por auxiliares e técnicos de enfermagem.

Além de comprometimento, torna-se importante considerar que os profissionais também carregam consigo uma história de vida, cheia de percepções e conceitos já formados, o que interfere e, muitas vezes, determina o tipo de assistência que irão prestar aos pacientes.

A história do transtorno mental e seus conceitos determinam as ações atuais dos profissionais. Ainda permanece a reprodução dos preconceitos sociais sobre a loucura, vendo a pessoa portadora de transtorno mental como uma ameaça <sup>(13)</sup>.

O estudo de Minzoni <sup>(31)</sup> concluiu, após analisar os efeitos de treinamento sobre a equipe de enfermagem, que a assistência ao portador de transtorno mental dependia das concepções adotadas. Já outro estudo destaca que a assistência ao paciente psiquiátrico é consequência do produto histórico das concepções dos que o assistem e que a assistência inadequada está ligada ao desconhecimento e à incompreensão sobre o doente e a doença mental <sup>(23)</sup>.

---

Desse modo, para se avaliar uma pessoa mentalmente doente é necessário articular significados sociais bastante complexos. Assim, a loucura ou os transtornos mentais são fenômenos interpretados e representados de diversas maneiras, dependendo do contexto vivenciado.

Pensando que a equipe de enfermagem permanece o maior tempo em contato com os pacientes internados, é importante entender as representações que têm sobre o transtorno mental. “Os conceitos de saúde e doença constituem-se enquanto referências para as práticas terapêuticas, pois suas múltiplas significações determinam condutas, atitudes e decisões com relação ao processo de tratamento” (32, p. 233).

Estudos (19, 32, 33) que buscaram compreender os significados do transtorno mental para os profissionais de saúde, abordam a percepção do doente mental como um ser anormal, com dificuldades de viver socialmente. Também são definidos como pessoas que tem atitudes não aceitas pela sociedade, que não correspondem às expectativas do grupo social, pessoas imprevisíveis, agressivas e sem noção da realidade e que despertam o medo e a apreensão no ambiente de trabalho.

Há ainda, como atitudes defensivas frente ao transtorno mental, o rechaço, o descaso, as brincadeiras e intervenções autoritárias, como as contenções físicas longas e desnecessárias, as ameaças e o excesso de medicações (13).

Alguns sentimentos também são bastante presentes, quando os profissionais deparam-se com o sofrimento mental, como pena, compaixão e indignação. Fica reforçada a percepção do doente mental como indefeso e incapaz. E esta percepção está ligada com a disponibilidade interna de ajudar o paciente psiquiátrico, já que o profissional reconhece suas ações como puramente tecnicistas (33).

Tal concepção nos leva a refletir que nos hospitais gerais ainda prevalece a vertente organicista da psiquiatria, que volta sua assistência ao corpo físico da pessoa acometida por transtorno mental. Assim, o papel da enfermagem é bem definido, realizando cuidados de higiene, alimentação, medicações, contenção e vigilância, utilizando minoritariamente, conceitos relativos à comunicação terapêutica e que derivam o cuidado ampliado.

---

Nesta lógica, podem ser despertados sentimentos como raiva, irritação e revolta nos profissionais, quando acreditam que os pacientes psiquiátricos estão “encenando”, manipulando a equipe, “chamando a atenção”. Provavelmente, esses sentimentos estão ligados à falta de conhecimento da sintomatologia psiquiátrica, bem como o despreparo dos profissionais ao lidar com algumas situações conflitantes. Também é possível inferir que alguns profissionais podem agir numa escala valorativa na qual uma pessoa em sofrimento psíquico tem menor direito ou necessita de menor assistência comparada a outra pessoa com problemas “mais graves”.

A assistência a esses pacientes ocasiona sentimentos de angústia, conforme citam vários estudos <sup>(19, 32, 33, 34)</sup>. Essa angústia mobiliza algumas defesas nos profissionais, o que exige uma reordenação das representações acerca das questões ligadas à saúde mental.

Uma das patologias que desperta sentimentos bastante peculiares para a equipe de saúde é o alcoolismo. A percepção de usuários e profissionais sobre o alcoolismo mostra que os próprios usuários tem conhecimento das concepções predominantes da sociedade, do alcoolista como uma pessoa irresponsável e marginal <sup>(35)</sup>. Principalmente para com os alcoolistas, surgem com frequência sentimentos de raiva, irritação, revolta e afastamento. Também afirmam que os pacientes alcoolistas não são considerados como portadores de transtorno mental, mas como pessoas fracas e desequilibradas <sup>(33)</sup>.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo, que acrescentou que os enfermeiros têm dificuldade em lidar com o estigma social desta doença, por não suportar os indivíduos que se vitimam por conta própria. Ideia esta sustentada pela sociedade em geral <sup>(36)</sup>.

Pensando ainda sobre os diversos pacientes portadores de transtornos mentais encontrados nos hospitais, temos as pessoas com sintomas depressivos, que demandam muita energia e disposição dos profissionais no exercício do cuidado. A equipe de enfermagem percebe esses pacientes como cansativos, sendo desgastante prestar uma assistência adequada. Isso resulta no distanciamento dos profissionais para

---

com estes pacientes, ao invés de se estabelecer uma relação empática e acolhedora <sup>(37)</sup>.

Para os portadores de sintomas depressivos, há sempre que se considerar o risco de suicídio. Este é outro fato difícil de ser aceito pelos profissionais, que, muitas vezes, mantem posturas preconceituosas e discriminadoras em relação ao paciente que tentou o suicídio <sup>(38)</sup>. O preconceito é expresso verbalmente através de juízos de valores e condutas ameaçadoras, como a realização dos procedimentos de maneira mais agressiva e dolorosa que o necessário, para “impedir” novas tentativas de suicídio <sup>(38)</sup>.

A forma de lidar com os próprios sentimentos é uma ferramenta importante que os profissionais podem utilizar para lidar e compreender os comportamentos das pessoas que requerem ajuda e esses sentimentos despertados necessitam ser admitidos, reconhecidos e elaborados pelas pessoas, para o estabelecimento de um vínculo terapêutico entre o profissional e o doente mental, já que a representação da doença está relacionada à representação de si mesmo e do outro <sup>(32)</sup>.

Embora o processo evolutivo teórico e prático da área da saúde mental esteja em curso, com avanços importantes, esta área ainda é detentora de conceitos cristalizados, preconceitos antigos e sentimentos de medo, pena, repulsa, afastamento, impaciência ou descaso.

Nessa perspectiva, considerando a importância dos conceitos construídos e sabendo que, a partir do significado desses, as pessoas podem organizar seu modo de vida e, em particular, os profissionais de saúde podem reorganizar sua assistência aos pacientes, este estudo tem como objetivo:

- Identificar as percepções dos enfermeiros de um hospital geral acerca dos transtornos mentais ao lidarem com os pacientes psiquiátricos em seu cotidiano de trabalho.



## *Revisão Bibliográfica*

---



---

## 2 ALGUNS ASPECTOS INERENTES AO CUIDADO AMPLIADO

### 2.1 O CUIDADO

Atualmente no Brasil, o campo de atenção à saúde encontra-se em uma situação paradoxal, já que são visíveis os avanços científicos e tecnológicos em determinadas áreas, mas ainda permanece uma realidade que também evidencia uma crise na saúde, ligada à falta de recursos – humanos, financeiros, materiais – somada ao baixo investimento no setor, por parte dos governantes. O usuário percebe esta crise como a falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços sobre si mesmo e seus problemas, conforme aborda Merhy<sup>(39)</sup>.

O que pode ser compreendido por esta afirmativa, é que um serviço pode ser resolutivo para determinado problema, mas isso não implica, necessariamente, que as necessidades de saúde foram satisfeitas. Cecílio<sup>(40)</sup>, afirma que as necessidades de saúde podem ser o foco das intervenções e práticas profissionais, para que seja feita uma melhor “escuta” das pessoas que buscam o cuidado em saúde. Desta forma, categoriza as necessidades de saúde em quatro grandes agrupamentos: 1) boas condições de vida – referentes aos fatores externos do processo saúde-doença, bem como os fatores sociais, dos lugares ocupados pelas pessoas na sociedade; 2) acesso – está ligado à possibilidade de consumir todas as tecnologias de saúde disponíveis; 3) vínculos – estabelecidos entre o usuário e os profissionais, numa relação de confiança e 4) autonomia – proporcionar aos indivíduos condições para que possam conduzir sua vida e buscar satisfazer suas necessidades da forma mais completa possível. Assim, o profissional necessita realizar uma escuta atenciosa e ampliada, acreditando que a pessoa que busca pelo cuidado em saúde, pode ter algumas outras necessidades e não apenas o mal-estar físico.

Merhy<sup>(41)</sup> enfatiza que o trabalho em saúde diz respeito a organizações e relações institucionais especiais que estão comprometidas com a produção de atos cuidadores, que tomam o mundo das necessidades de saúde como

seu foco. Entretanto, há modelos de organização tecno-assistenciais descompromissados com o indivíduo e a produção de atos cuidadores ocorre de forma automática, ou seja, de maneira rotineira e considerando pouco os aspectos subjetivos desta relação.

Neste contexto, é afirmado que “nos modelos tecno-assistenciais predominantes hoje na saúde, no Brasil, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores se dão em processos intercessores preenchidos pela “voz” do trabalhador e a “mudez” do usuário”<sup>(41, p.33)</sup>. O profissional encontra-se numa posição de controle sobre os usuários, sentindo-se responsável por eles, com o direito de estabelecer, ele mesmo, as condutas e intervenções necessárias. Já o usuário coloca-se como alguém que busca uma intervenção, para recuperar-se e, assim, conquistar uma autonomia, entregando sua própria vida para ser objeto da ação dos profissionais.

A presença de duas ou mais pessoas – profissionais e população – em um serviço de saúde é entendido como um encontro autopoietico, ou seja, um encontro de vidas, com o objetivo de produzir vida. Assim, como produto desta relação, temos a criação de um espaço intercessor, no qual ocorre uma relação mútua de intervenções. É como se esse encontro de duas pessoas produzisse um novo sujeito, coletivo, pertencente a ambas as partes e que promove uma releitura dos acontecimentos. Após este encontro, o indivíduo não é mais só um indivíduo, mas alguém que, ao se relacionar, teve suas ações modificadas pelo contexto. Desta forma, é fundamental descobrir as características dessa relação, bem como os motivos que a geraram, para se analisar o trabalho em saúde de cada instituição<sup>(41)</sup>.

Todo processo de trabalho em saúde produz atos de saúde, que visam a produção do cuidado. Os resultados desta prática dependem do foco de interesse e também dos atores envolvidos<sup>(41)</sup>. Assim, haverá mais ou menos comprometimento com os usuários e mais ou menos ações controladoras por parte dos trabalhadores. A produção do cuidado diz respeito a responsabilizar-se diante de uma intervenção, que, mesmo tendo caráter tutelar, pode e deve estimular a autonomia do usuário, no modo deste caminhar sua vida. Merhy<sup>(41)</sup> também afirma que, quanto maior a autonomia dos diferentes trabalhadores em cada organização, maiores as possibilidades de proporcionar a autonomia para os usuários.

---

Desse modo, o trabalho em saúde envolve, além de tecnologias “materiais”, a relação entre as pessoas que se propõem a cuidar e aquelas que necessitam do cuidado. Merhy <sup>(39)</sup> distingue as diferentes tecnologias como: dura, que são todos os instrumentos materiais que usamos, desde a aparelhagem (equipamentos de raios X, tomografia, ressonância, etc.) até os impressos de registro dos dados; leve-dura, aquelas decorrentes do uso de saberes profissionais bem estruturados, somando, assim, a tecnologia dura com a leve; leve, referente às relações interpessoais, existentes entre os profissionais e usuários.

Somente a conformação adequada da relação entre os três tipos é que pode produzir qualidade no sistema de saúde <sup>(39)</sup>. Pode-se, então, esperar como resultados, a maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema e o desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia para o usuário. Um modelo assistencial pode ser analisado quanto a sua direcionalidade pela maneira como opera a tecnologia leve na organização de seu trabalho. Contudo, atualmente, há um excesso de utilização da tecnologia dura, almejando a realização de procedimentos mais complexos, num processo que se torna cíclico, ou seja, a cada procedimento realizado, é necessário a realização de outros, caso não se utilize também os outros recursos existentes no sistema de saúde. Ao se colocar a tecnologia leve em plano inferior à lógica da tecnologia dura e de uma leve-dura empobrecida, são aumentados, significativamente, os gastos com ações de saúde, pois o sistema torna-se pouco resolutivo <sup>(39)</sup>.

O autor afirma também que, dentre as três tecnologias, a tecnologia leve pode ser operacionalizada por todos os trabalhadores da saúde, quaisquer que sejam – médicos, enfermeiros, porteiros, funcionários da limpeza, recepção, etc. Isto porque a tecnologia leve consegue articular as outras tecnologias e, inclusive, pode ter caráter fundamental nesta relação, dependendo da importância que se implica às situações subjetivas presentes no ambiente hospitalar. As tecnologias leves não são campo de atuação específica de nenhum profissional, mas a base para as atitudes e intervenção de todos eles <sup>(39)</sup>.

---

Nesse contexto, é possível afirmar que todos os trabalhadores da saúde têm condições de utilizar a tecnologia leve em seu cotidiano e, assim sendo, é possível efetivar a clínica<sup>(39)</sup>. Cabe entender clínica aqui, não somente como a realização de diagnósticos e tratamentos para “curar” o físico, mas como um espaço de produção de relações e intervenções, que acontece de forma partilhada, buscando a satisfação das necessidades. Na prática, é possível constatar que o usuário, ao procurar um serviço de saúde, busca acolhimento, responsabilização e vínculo e não somente uma consulta médica, receita de medicamentos ou a realização de exames.

O aumento da utilização das tecnologias duras pode levar ao distanciamento entre os profissionais de maneira geral e os usuários, provocando um conflito nos interesses entre ambos: enquanto o usuário deseja a satisfação de suas necessidades, os profissionais buscam a cura incessantemente. Entretanto, a profissão da enfermagem tem como foco o cuidado; não o cuidado da doença, mas do doente, o que torna imprescindível uma maior aproximação com ele.

O contexto das instituições de saúde, atualmente, nos mostra uma organização centrada na hegemonia do modelo médico e isto coloca o cuidar num lugar de menor importância, visto que os outros profissionais mantêm-se em posição subordinada. É necessária a mudança desses modelos de atenção médico-centrados, para que o núcleo cuidador seja a preocupação principal<sup>(39)</sup>. Desta forma, diminuem-se as relações de subordinação e cada profissional encontra seu espaço dentro de cada equipe, respeitando-se e valorizando-se os diferentes saberes e atuações. O mesmo autor ainda diz que cada profissional deveria ter um preparo mínimo no campo das tecnologias leves e que, ao se sentir parte importante do planejamento das intervenções, irá realizar o cuidado de maneira mais completa e intensa.

Assim, discutir tecnologias leves e o cuidar é falar de relações, de relacionar-se. A “relação seria o ordenamento de uma coisa em direção a outra”<sup>(42, p. 150)</sup>. Ou seja, é uma realidade que, para existir, precisa de outra realidade também. Assim, a relação, por si só, é algo incompleto, aberto, que pode ser ampliado e transformado.

Considerando a relação entre dois seres humanos, o que determina sua direção é a concepção de ser humano. Consideremos, neste estudo, as três

---

concepções, segundo Arruda <sup>(42)</sup>. A primeira acontece ao levarmos em conta ser humano como “indivíduo”, ou seja, algo individual, único, isolado de todo o resto. Ser humano também pode ter a segunda concepção e ser concebido como “parte de um todo” e, então, não tem suas individualidades, é considerado a própria organização, ou o Estado. Essa é a concepção totalitária, que temos como exemplos o facismo e o nazismo. A terceira visão distingue-se das anteriores por considerar o ser humano não como um ser isolado ou apenas como uma peça da organização, mas como “pessoa”. E dessa forma, retoma-se o conceito de relação: pessoa é alguém que é uma unidade, mas que, para ser em completude, precisa do outro. Nesse contexto, somos o resultado de milhões de relações que estabelecemos no decorrer de nossa existência.

O conceito de alteridade, também de acordo com Arruda <sup>(42, p. 155)</sup> “é a concepção que parte do pressuposto básico de que todo o homem social interage e interdepende sozinho”. Ela nos ajuda a compreender a qualidade que pretendemos alcançar com essas relações. A filosofia Ocidental tende a pensar no ser humano como totalidade – um todo fechado em si – subtraindo sua singularidade e subjetividade. Isto seria o oposto do que propõe a alteridade. A concepção da relação entre dois seres, no sentido da alteridade, diz que “o ser humano não se experimenta [...] como sendo “dono” do ser, mas como abertura, relação ou exposição metafísica diante de um outro que, tendo direito, exige justiça, propõe a paz e protesta contra a pretensão totalizante de abraçá-lo” <sup>(42, p. 156)</sup>.

Nessa perspectiva, as relações de cuidar estabelecidas entre profissionais e usuários dependem da maneira como cada ser humano compreende o outro. A reflexão acerca dessa compreensão pode favorecer futuras reconstruções, para que novas relações possam surgir.

---

## 2.2 O CUIDADO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE TRANSFORMAÇÃO

As propostas de reforma da psiquiatria se propunham a superar a internação em hospitais psiquiátricos, através da criação de serviços comunitários e promover as intervenções terapêuticas no contexto social das pessoas. Entretanto, ao analisarem o processo de transformação da assistência psiquiátrica na Europa, Rotelli, De Leonardis e Mauri <sup>(7, p.20)</sup>, afirmam que “a internação em manicômios continua a existir”. Pode se evidenciar que aconteceu mais os processos de desospitalização e transinstitucionalização – conceitos já discutidos anteriormente – do que a desinstitucionalização propriamente dita.

Outro fato, que também pode ser percebido é que os serviços ambulatoriais de base comunitária ainda não conseguem substituir as internações psiquiátricas. Isso possibilita a rotatividade do paciente psiquiátrico nos diversos serviços propostos, passando pela internação psiquiátrica, como se esse sistema funcionasse em um círculo <sup>(7)</sup>. De uma forma geral, temos que:

O manicômio efetivamente se constitui como um local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteira com a psiquiatria <sup>(7, p.26)</sup>.

Assim, considerando o conceito de alteridade e fazendo uma reflexão sobre as práticas de cuidar, é possível questionar: qual é a influência dessas práticas para a inserção dos portadores de transtorno mental da sociedade em geral?

A hipótese, criada pelos autores italianos <sup>(7, p.27)</sup> é a de que a psiquiatria separa um objeto fictício, a “doença”, da “existência global, complexa e concreta” dos pacientes. E sobre a doença foram criados diversos aparatos científicos, legislativos e administrativos – ou seja, institucionais – que afastam ainda mais o cuidado ao portador de transtorno mental. E esse conjunto de aparatos necessita de desconstrução.

---

A medicina ocidental se organiza a partir da relação problema-solução, o que significa que, se há um problema, devemos buscar a solução dele. No caso da psiquiatria, a “solução” seria a busca da “normalidade”. Ao se pensar nos transtornos mentais como crônicos, em sua maioria, não há uma solução (ou cura). Então, se nada pode ser feito para “curar”, a solução encontrada é a de ocultar essa situação nos hospitais, separando, excluindo e escondendo aquilo que a sociedade não consegue lidar.

O primeiro passo para a desinstitucionalização não é enfrentar as causas da doença, mas perseguir a direção contrária, de remontar os conceitos, as definições científicas e determinantes, onde o principal não é a doença, mas o sofrimento que ela traz ao seu portador <sup>(7)</sup>. É necessário, então, mudar a ótica do cuidar. O modo como as pessoas são tratadas, ou não, são transformadas para agir sobre o sofrimento, porque as intervenções não mais buscam a solução, mas podem ser entendidas como um conjunto complexo, cotidiano e elementar de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento.

A partir dessa reflexão, podemos distinguir claramente os objetos da intervenção. Tradicionalmente, o objeto é a doença, mas nesse novo enxergar, trata-se da existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social. A ênfase não é mais colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social do paciente” <sup>(7)</sup>. O problema não é a cura (uma vida sem a doença), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas e espaços coletivos de convivência, cujo principal objetivo é promover a emancipação terapêutica.

Os principais atores do processo de desinstitucionalização são os próprios técnicos que atuam dentro de cada serviço <sup>(7)</sup>. Tal afirmação pode ser ampliada para todo o setor de saúde, não apenas para as instituições psiquiátricas, uma vez que a mudança de olhar sobre o cuidado solicita abrangência maior. O cuidado necessita ser destinado a alguém que se relaciona, que precisa do outro para existir e que, com isso, transforma-se e transforma o outro.

Assim, o objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e os sujeitos. Pode para isso, utilizar

medidas simples como eliminar os meios de contenção, restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo, estimular a capacidade do auto cuidado e da comunicação, liberar os sentimentos, restituir os direitos civis e eliminar o caráter de periculosidade atribuído aos portadores de transtorno mental.

É necessário compreender a desinstitucionalização – ou a mudança de olhar – como:

Sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora ou não se ‘cure’ agora, mas no entanto, seguramente ‘se cuida’. Depois de ter descartado a ‘solução-cura’ se descobriu que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do ‘paciente’ e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento <sup>(7, p33)</sup>.

A proposta de Reabilitação Psicossocial, proposta por Saraceno <sup>(43)</sup>, aparece nesse contexto e busca evidenciar o entretenimento presente nas atitudes terapêuticas da psiquiatria clássica. Para o autor (p. 16), este entretenimento que apresenta o sentido de “ter dentro” vê o doente **dentro** do hospital psiquiátrico, e, desta forma, permanece dentro de todo um sistema de ações empregadas para manter a pessoa em exclusão, segregada de sua família e comunidade, destituída de sua personalidade, à espera da continuidade da doença, seja ela a melhora ou piora. Assim, a psiquiatria clínica e a terapêutica psiquiátrica não promovem, por si só, transformações significativas na vida das pessoas portadoras de transtorno mental.

A reabilitação psicossocial é proposta, então, como uma medida que possibilite a ruptura da situação anterior. O intuito é ir muito além da renúncia passiva da prática psiquiátrica, construindo de maneira teórica e prática ações cotidianas de maior eficácia que alterem o curso da doença e, assim, favorecendo o maior exercício da cidadania <sup>(43)</sup>.

O autor se utiliza das definições da Organização Mundial de Saúde para descrever doença ou distúrbio como uma condição física ou mental percebida como desvio do estado normal de saúde. Já dano é um prejuízo funcional ou orgânico originado pela doença; desabilitação está ligada à perda das capacidades operativas produzidas pelos danos, o que, por fim, leva à deficiência, que seria a desvantagem que limitam ou impedem o desempenho



dos sujeitos. Desta forma, a reabilitação psicossocial tem como foco aumentar as habilidades das pessoas e diminuir as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental <sup>(43)</sup>. Assim:

A reabilitação não é a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos; é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador”  
(43, p.112)

Para o autor, é possível compreender a reabilitação como um processo de abertura de espaços de negociação para todos os atores envolvidos: a pessoa portadora de transtorno mental, seus familiares, a comunidade, os serviços que a atendem e seus trabalhadores. Esta negociação deve acontecer de forma contínua e passível de mudanças em todos os momentos, buscando a superação do modelo biomédico. Assim, o contrato realizado presume haver menos domínio ou controle por parte dos serviços, trabalhadores e sociedade e uma maior escuta e civilidade oferecida àqueles que experimentam o sofrimento psíquico.

### 2.3 A EXCLUSÃO

A exclusão é um tema bastante atual, sendo utilizado em diversas áreas de conhecimento e permanece presente nos discursos políticos e programas governamentais. Essencialmente, temos como exclusão social uma situação de falta de acesso às oportunidades oferecidas pela sociedade aos seus membros <sup>(44)</sup>. Desse modo, a exclusão social pode implicar privação, falta de recursos ou, pensando de forma mais abrangente, a ausência de cidadania, considerando a participação plena na sociedade, aos diferentes níveis em que essa se organiza e se exprime: cultural, econômico, público e social. A exclusão é um processo complexo e multifacetado, uma configuração de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas. Com relação as suas causas, é possível perceber que é um processo multifatorial, não raramente sendo cumulativa, ou seja, refere-se a vários níveis (ambiental, cultural, econômico, político e social) ou, até mesmo, a todos eles <sup>(45)</sup>.

---

O conceito de exclusão nos dias atuais levanta seis dimensões a serem consideradas a partir do cotidiano real dos indivíduos. A dimensão do *ser* fala da personalidade, da dignidade, auto estima e auto reconhecimento individual. O *estar* refere-se às redes sociais às quais a pessoa pertence, como família e os grupos de interação que a sociedade oferece. A dimensão do *fazer* está relacionada às tarefas realizadas e reconhecidas pela sociedade, tanto sob a forma de emprego remunerado ou alguma espécie de atividade voluntária, sem remuneração. O *criar* está ligado à capacidade de empreender, tomar iniciativa, desenvolver projetos ou quaisquer ações criadas. Para a dimensão do *saber*, temos o acesso à informação – formal ou informal – necessário para a tomada de decisões e da percepção crítica à sociedade em que o indivíduo se coloca. Finalmente, a dimensão do *ter* refere-se ao rendimento, do poder de comprar e negociar e do acesso aos bens de consumo <sup>(44)</sup>.

Ao considerarmos estas dimensões, a exclusão social caracteriza-se como uma situação de não realização de algumas – ou todas – elas. Ela pode adquirir o sentido de desigualdade – desadaptação individual, falta de algumas coisas – e até de injustiça social <sup>(45)</sup>. A ambiguidade contida no conceito exclusão está ligada às diferentes dimensões deste complexo e contraditório processo e é preciso enxergá-lo integralmente, e não de maneira isolada. Para ampliar a visão da exclusão, torna-se importante compreender as diferentes qualidades deste complexo conceito.

A primeira consideração a se fazer é sobre a dialética exclusão/inclusão está ligada à aparente inclusão que é inerente às sociedades desiguais. A sociedade exclui para incluir, implicando o caráter ilusório da inclusão. Isto quer dizer que todos estão inseridos na sociedade de alguma forma, seja ela decente ou indigna, o que transparece a questão de que a exclusão não existe sem a inclusão <sup>(45)</sup>.

O caráter subjetivo está presente neste contexto, pois, cabe a cada um, sentir-se incluído ou excluído dentro da sociedade. E não é possível atribuir somente um único fator a esta subjetividade, já que ela é determinada por diferentes formas de legitimação social e individual, manifestadas cotidianamente.

Ainda sobre as origens da exclusão, pode-se afirmar que ela é um processo que envolve o homem por inteiro e suas relações com os outros. Não

---

pode ser considerada como uma falha do sistema, mas como um produto do funcionamento do sistema. Assim, a exclusão não é um fenômeno que acontece apenas nos países mais pobres. Ela se faz presente entre as camadas mais numerosas da população mundial, seja pelas transformações do mercado de trabalho, quanto pelos modelos econômicos utilizados pelos países, que geram enormes desigualdades entre a população <sup>(45)</sup>.

Como estigmatizadas pela exclusão, encontram-se diversas categorias, entre as quais os idosos, deficientes físicos e mentais, desadaptados sociais, minorias étnicas, desempregados e jovens à procura do primeiro emprego <sup>(46)</sup>. A colocação destas categorias como iguais frente à questão da exclusão mostra um uso indiscriminado do termo, como se cada uma destas situações não tivesse suas próprias causas e consequências.

A desvinculação da população excluída transpassa por diversos âmbitos, sendo o mercado de trabalho e o mundo das relações sociais os mais pertinentes. A reflexão sobre a noção de exclusão diz que “no mundo das relações sociais a fragilização dos vínculos (família, vizinhança, comunidade, instituições) pode produzir rupturas que conduzem ao isolamento social e à solidão” <sup>(46, p.23)</sup>.

Um estudo sobre as políticas de saúde e de saúde mental define política social como um conjunto de medidas que o Estado recorre para minimizar os conflitos produzidos pelo sistema capitalista entre as classes sociais. As práticas sociais são instrumentos que tornam legítima a classe dominante, em uma sociedade capitalista, que estabelece contratos sociais entre todos os indivíduos, das diferentes posições dentro dela <sup>(6)</sup>.

A facilidade em se utilizar o termo exclusão, associada à estigmatização presente na sociedade, servem como mecanismos de manutenção do ciclo de reprodução da exclusão, chegando até mesmo à sua aceitação tanto em nível social como individual da própria pessoa excluída <sup>(46)</sup>. Pode-se perceber, por meio dos inúmeros “benefícios” oferecidos aos excluídos pelo Estado e pela sociedade, que há a tentativa de conserto e de minimização das desigualdades. Entretanto, estas atitudes reforçam e aumentam a reprodução da exclusão nos vários contextos humanos. As diferentes formas de exclusão e discriminação necessitam de reflexão que considere os resultados oriundos de tal processo, nas dimensões sociais. Surge o desafio de romper a relação entre

---

a subordinação, a discriminação e a subalternidade, bastante presentes no meio social.

## 2.4 A SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS

Um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) é a universalidade: todos os cidadãos têm o mesmo direito de acesso aos cuidados de saúde, que significa o atendimento ao alcance de todos, sem distinção ou restrição de qualquer tipo. Para ser atendida por um serviço público a pessoa não precisa mostrar seus documentos, nem comprovar renda ou residência <sup>(11)</sup>.

O caráter de universalidade estabelece o atendimento indistinto a qualquer pessoa. Entretanto é possível perceber a distinção que ocorre cotidianamente nos serviços de saúde, considerando a diversidade de concepções do que seja o doente, a doença e as formas de cuidar. A atenção à saúde pública revela uma origem repleta de valores morais no entendimento das doenças, e principalmente no julgamento das pessoas que adoecem psiquicamente.

Desse modo, no campo da Saúde Mental, vemos que ainda permanece uma lacuna nos processos de assistência. Muitas vezes, os pacientes esperam “esquecidos” pelo atendimento nos corredores dos hospitais gerais, ou às vezes são excluídos em suas casas no contexto da família, por serem considerados “loucos”, drogados, improdutivos, havendo, assim, a desconsideração do processo saúde-doença.

A marca da exclusão atravessa necessariamente o trabalho assistencial do SUS, em função da realidade social e psíquica da clientela atendida, que perdeu, na maioria dos casos, referências fundamentais de pertencimento a uma família, um grupo, um gênero, a sua condição humana <sup>(47)</sup>.

Apesar de sempre presente no discurso das práticas institucionais, o princípio da inclusão ainda é um desafio enfrentado na tentativa de implantação de uma clínica com caráter inclusivo. O modelo assistencial do SUS preconiza como ação em saúde mental o enfrentamento e combate às formas de

---

segregação e de exclusão social às pessoas portadoras de transtornos mentais. Entretanto, ainda mostra-se incipiente, na prática assistencial, a execução de novas formas de cuidar e de promover a cidadania destas pessoas.

A complexidade das políticas públicas de saúde quanto às questões psiquiátricas requer a articulação com os contextos histórico, social, econômico e cultural, entre outros, em virtude de suas interfaces com essas diversas áreas <sup>(6)</sup>.

Apesar dos avanços na área, é possível constatar que conceitos cristalizados sobre os transtornos mentais, pautados no paradigma anterior, permanecem circulando na sociedade, no interior dos serviços e entre os próprios profissionais.

O estudo de Machado <sup>(48)</sup> analisou o conteúdo de um jornal de circulação nacional brasileiro, entre os anos de 1994 a 1999, buscando por matérias referentes à Reforma Psiquiátrica no Brasil. Como resultado, encontrou reportagens favoráveis às mudanças e outras favoráveis à manutenção do modelo tradicional da psiquiatria (tendo o hospital psiquiátrico como centro da assistência). Considerando que a mídia oferece um espaço de reflexão aos leitores, que podem concordar ou discordar do que está escrito, pôde-se perceber que a comunicação social não promove a desmistificação da loucura, uma vez que “o jornal apresenta [a notícia] de acordo com a possibilidade de acesso e mais e melhores informações e coberturas da efetividade das inovações de ambos os lados” <sup>(48, p.490)</sup>. Assim, pode-se inferir que é publicado aquilo que possa ser de interesse, no momento, à população ou ao próprio veículo de comunicação. Isto não favorece a produção de representações – por parte da coletividade – de conceitos mais libertadores em relação à Psiquiatria/Saúde Mental.

O exercício necessário é o de inverter a história e de criar condições de tratamento adequadas e cabíveis com os direitos humanos. É preciso aproximar, de forma mais natural, a loucura da cidadania, os tratamentos com a dignidade, a ciência com o respeito e com a ética <sup>(47)</sup>.



## *Método*

---

---

### 3 MÉTODO

Esta é uma pesquisa descritiva e exploratória, de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa demonstrou ser a melhor escolha para o desenvolvimento do tema do estudo.

A pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes <sup>(49)</sup>.

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas <sup>(50)</sup>.

A pesquisa descritiva é utilizada para descrever as características do objeto estudado, seja ele uma população, um fenômeno ou a representação de um tema. Assim, são pesquisas descritivas aquelas que pretendem levantar opiniões, atitudes e crenças da população <sup>(51)</sup>. Já a pesquisa exploratória pode ser definida como o tipo de pesquisa que proporciona uma proximidade maior com o problema em estudo, geralmente a partir de entrevistas com sujeitos que tiveram experiências práticas com o problema <sup>(51)</sup>.

#### 3.1 CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital das Clínicas de Marília, unidade I. Esse Hospital é referência nos níveis de assistências secundária e terciária para 62 municípios que compreendem o Departamento Regional de Saúde (DRS IX), com uma população estimada de 1,2 milhões de habitantes.

A Faculdade de Medicina de Marília (Famema) oferece os cursos de graduação em medicina e enfermagem, além de cursos de pós-graduação,

---

como aprimoramento e residência multiprofissional e residência médica. O complexo de assistência à população envolve o Hospital das Clínicas – unidade I (clínico-cirúrgico adulto) e unidade II (materno-infantil) – e o ambulatório de especialidades.

A unidade I, destinada à prestação de assistência clínica e cirúrgica, foi escolhida como contexto a ser pesquisado, por ser a porta de entrada para o atendimento em psiquiatria na região, bem como pelo grande número de pacientes atendidos nas diversas especialidades. A unidade I possui as unidades clínico-cirúrgicas e é composta também pela Unidade de Urgência e Emergência, mais duas Unidades de Terapia Intensiva, mais Centro-cirúrgico e Setor de Moléstias Infecciosas, com aproximadamente 110 leitos. Destaca-se também a presença da Ala de Psiquiatria dentro da Unidade I, com sete leitos para curtas internações, destinadas a pacientes jovens e, de preferência, em primeiro surto. O Pronto-socorro funciona como porta de entrada regional para a Psiquiatria, atendendo pacientes em necessidades de urgência psiquiátrica. Cada setor da unidade pesquisada tem um enfermeiro gerente e pelo menos um enfermeiro assistencial, porém, todos os enfermeiros realizam ações assistenciais, administrativas e de ensino, já que os alunos de graduação em enfermagem e medicina realizam suas atividades práticas também no HC.

Cabe ressaltar que, durante a realização desta pesquisa e após a realização da fase de coleta dos dados foi inaugurada mais uma unidade hospital do complexo Famema – o Hospital das Clínicas unidade III. Assim, a Ala de Psiquiatria, que anteriormente estava na unidade I foi transferida para a unidade III, possuindo, agora, um espaço físico maior para o atendimento das pessoas internadas. Até o momento, os leitos psiquiátricos foram aumentados de sete para dezoito, mantendo-se os mesmos critérios para a internação. Na unidade III também foram criadas enfermarias clínico-cirúrgicas, para tratamento de patologias de menor complexidade. Deste modo, com as recentes implementações no HC III, permanece o conceito de leitos psiquiátricos em hospital geral, preconizados pela Reforma Psiquiátrica.



---

### 3.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros que atuam, entre outras, em atividades de assistência direta aos pacientes clínico-cirúrgicos, atendidos no Hospital das Clínicas – unidade I. Como critério para participação, estabelecemos que os enfermeiros tivessem, pelo menos, seis meses de trabalho na instituição.

A escolha pelos enfermeiros como sujeitos da pesquisa deve-se ao fato deste profissional ter a função de organizador da equipe de enfermagem e de saúde, tendo grande influência sobre a ação dos outros membros da equipe<sup>(52)</sup>.

Seguindo o critério de saturação<sup>(49)</sup> foram ouvidos 10 enfermeiros.

### 3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília e aprovado sob o protocolo n.º 769/09 (Anexo I), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Assim, as entrevistas aconteceram no período de abril a setembro de 2010.

Os sujeitos que participaram da pesquisa foram convidados seguindo os critérios estabelecidos, selecionando tanto enfermeiros gerentes quanto assistenciais e que trabalhassem em ambos os turnos (diurno e noturno), nos diversos setores de internação da Unidade I. Os sujeitos tiveram suas dúvidas esclarecidas e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I). Somente após isso, foi dada sequência a etapa das entrevistas.

A entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma interação entre sujeitos e entrevistador, na qual as informações

---

dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o pesquisador <sup>(49)</sup>. Ainda sobre a entrevista, afirma-se que:

A entrevista é um campo de trabalho no qual se investiga a conduta e a personalidade de seres humanos, considerando fundamental a investigação que se realiza durante seu transcurso. Portanto observar, pensar e imaginar formam parte de um só e único processo dialético <sup>(53, p.21)</sup>.

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, com roteiro pré-definido, inicialmente obtendo alguns dados de identificação – como idade, sexo, tempo de formação, tempo de trabalho na instituição e pós-graduação – e a seguir, recorreu-se à seguinte pergunta norteadora: qual é sua ideia sobre uma pessoa que apresenta sintomas de transtorno mental? (Apêndice II).

As entrevistas foram realizadas no próprio serviço, com o horário combinado entre pesquisador e entrevistados. As entrevistas foram gravadas – para diminuir possíveis desvios na interpretação do pesquisador – e, posteriormente, transcritas. O tempo de entrevista variou de 4 minutos a 19 minutos (tempo médio de 9 minutos).

É necessário ressaltar que houve dificuldade para a coleta de dados, já que, por muitas vezes, os enfermeiros precisaram desmarcar as entrevistas, justificando que tal fato se devia ao acúmulo de trabalho no setor de sua responsabilidade. Alguns alegaram temerem não saber responder às questões, outros demonstraram não gostar do fato da entrevista ser gravada e, outros, diziam estar muito ocupados.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas, e a obtenção do material de análise, foram realizadas várias leituras com o objetivo de estabelecer o

---

maior contato possível com o material, conforme as idéias de “atenção flutuante” de Laplanche e Pontalis <sup>(54)</sup>.

A próxima etapa da análise dos dados constituiu-se na análise temática, que pertence à primeira fase do processo de Análise de Enunciação, proposta por D’Urung apud Bardin <sup>(55)</sup>. Segundo a mesma autora, a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

A análise temática segue as seguintes etapas de organização: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação <sup>(55)</sup>. Desse modo, foi possível apreender os temas: 1) preconceito, 2) carência de conhecimento na área de saúde mental e 3) deficiência no cuidado.

A análise teve como embasamento teórico o referencial de Benedetto Saraceno <sup>(43)</sup> que contempla o processo de transformação teórico-prático na área de saúde mental a partir da reabilitação psicossocial. Também foi utilizado como referencial Merhy <sup>(39, 41, 81, 90)</sup>, autor que aborda aspectos inerentes ao cuidado no processo da assistência.



## *Apresentação e Análise dos Resultados*

---

---

## 4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Para a obtenção dos dados foram entrevistados dez enfermeiros, sendo oito do sexo feminino e dois do sexo masculino. A idade variou de 26 anos a 41 anos (média de 34,4 anos). O tempo de formação acadêmica esteve entre 3 anos a 19 anos (tempo médio de 10,4 anos). Quanto ao tempo de trabalho dentro da instituição, tivemos profissionais com um ano de trabalho a 19 anos (tempo médio de atuação na instituição de 7,8 anos). Todos os enfermeiros entrevistados possuem especializações na área da enfermagem, sendo que oito profissionais têm mais de uma especialização. Dentre os cursos escolhidos para a pós-graduação temos: terapia intensiva (cinco sujeitos); urgência e emergência (cinco sujeitos); administração de serviços hospitalares/ MBA em Gestão (cinco sujeitos); enfermagem do trabalho (dois sujeitos) e enfermagem cardiológica e hemodinâmica (um sujeito).

Quanto ao processo de trabalho, sete enfermeiros atuam no período diurno e três no noturno. Os setores de trabalho dos sujeitos variaram entre clínica médico-cirúrgica (seis), pronto-socorro (dois), moléstias infecciosas (um) e unidade de terapia intensiva (um). Quatro sujeitos, sendo dois do período diurno e dois do período noturno, têm função gerencial, além das atividades assistenciais. Os demais são enfermeiros assistenciais e atuam, além do seu setor fixo, em todos os outros setores do hospital, devido aos plantões nos finais de semana e feriados, onde o número de enfermeiros é reduzido pela diferenciação do processo de trabalho nestes plantões. Cabe lembrar que todos os enfermeiros têm funções administrativas/burocráticas, e que a função de gerente é relacionada como o profissional Responsável Técnico pelo setor.

As entrevistas resultaram em relatos das experiências dos enfermeiros que atuam em hospital geral sobre as pessoas portadoras de

---

transtorno mental. Estes relatos foram ricos de conteúdo subjetivo, percepções e sentimentos que, para fins de análise, foram divididos nos temas explanados a seguir.

## 4.2 Temas emergentes

### 4.2.1 O preconceito

A definição da língua portuguesa para preconceito diz que é uma “ideia ou conceito formado antecipadamente e sem fundamento sério ou imparcial; opinião desfavorável que não é baseada em dados objetivos; intolerância; cegueira moral” <sup>(56)</sup>. Desta forma, o preconceito está intimamente ligado à estigmatização e à discriminação.

O estigma resulta de um processo por meio do qual certas pessoas e grupos de pessoas são levados a se sentir envergonhados, excluídos e discriminados. A discriminação refere-se a toda distinção e exclusão, que têm como efeito a abolição ou diminuição dos direitos de maneira igualitária <sup>(57)</sup>. Para os autores “a discriminação inclui toda distinção, exclusão ou preferência necessárias para a proteção de direitos de uma pessoa com ou sem transtorno mental” <sup>(57, p.42)</sup>.

O estudo sobre o olhar da doença mental para usuários e familiares, afirmam que o paradigma da exclusão social ocasiona o isolamento dos doentes que não são aceitos dentro dos padrões habituais <sup>(58)</sup>. Dessa forma, a estigmatização da loucura faz com que o doente perca a sua cidadania, sofra preconceitos e seja segregado da sociedade.

Historicamente, nossa sociedade aprendeu a pensar a loucura/doença mental como relacionada à reclusão, negatividade, desumanidade e, sobretudo, periculosidade social <sup>(59)</sup>. Essa estreita ligação entre doença mental e periculosidade vem mantendo a visão preconceituosa de nossa sociedade em relação ao transtorno mental, fazendo com que um grande número de pessoas que necessita de atenção na área de saúde mental passe por um processo de marginalização afetiva e social <sup>(59)</sup>.

---

Dentre as diversas condições de saúde comumente estigmatizadas pela sociedade em geral e pelos profissionais de saúde, a saúde mental é, reconhecidamente, uma das áreas em que o estigma social é mais presente, sendo que os portadores de transtornos mentais são vistos como mais responsáveis por suas doenças do que pessoas portadoras de outras doenças, como câncer e cardiopatias <sup>(60)</sup>. Essa responsabilização pode influenciar na forma como o profissional se dispõe a cuidar dessas pessoas, aumentando ainda mais o estigma e a moralização do problema. O mesmo estudo afirma que são necessários a mudança de atitudes negativas em relação à doença mental e o estudo aprofundado dos aspectos socioculturais que a envolvem.

O preconceito em relação à pessoa acometida pelo transtorno mental aparece na fala dos sujeitos ouvidos, sugerindo distanciamento e podendo esse ser expresso por maneiras variadas.

Nos relatos, é possível notar que os mecanismos defensivos utilizados tentam afastar a possibilidade de aproximação da pessoa com algum transtorno mental do cotidiano da assistência prestada. Os mecanismos de defesa surgem com a função de proteger a pessoa contra impulsos ou sentimentos que possam ocasionar conflitos, os quais são motivo de angústia <sup>(61)</sup>.

*“Eu não tenho contato com pessoas que apresentam transtorno mental” (Carina)*

*“Eu acho que é por estar afastada desse tipo de paciente... Eu nunca trabalhei diretamente com paciente com transtorno mental. Sempre trabalhei com paciente cirúrgico” (Dulce)*

O conteúdo das falas sugere que embora o portador de transtorno mental esteja na comunidade e possa se utilizar do Sistema Unificado de Saúde como referencial de assistência, ao integrar um grupo de pessoas ao qual há a atribuição prévia de que nesse grupo de pessoas predomina questões orgânicas, os aspectos referentes ao transtorno mental não são considerados. Ou seja, a invisibilidade do transtorno mental, aos olhos do profissional que atende, anula a possibilidade de consideração de existência

---

de outros acometimentos humanos. Isso nos leva a questionar como vem se configurando o cuidado ao portador de transtorno mental quando este se encontra em um hospital geral, numa situação de doença física. O que pode ser percebido, na prática, é que a lógica de problema-solução prevalece; o que predomina é apenas a visão biologicista da doença atrelada aos sintomas e às alterações físicas que a pessoa apresenta, deixando o sofrimento psíquico deslocado para outro plano. Assim, o cuidado é dicotomizado, a pessoa não é mais percebida de forma integral, considerada em sua subjetividade, prevalecendo o imaginário de um paciente que deveria se portar como “os outros”. Entretanto, nem sempre isso acontece, uma vez que os sintomas psiquiátricos podem se exacerbar durante uma internação. Fatores como a falta de medicamentos apropriados, a separação de modelos de apoio, ou seja, o afastamento de pessoas próximas e de um ambiente habitual à pessoa, além de tratamentos/intervenções inadequadas por parte dos profissionais podem acentuar de forma subjetiva as possíveis manifestações de doença. A relação tutelar entre profissionais e pacientes, quando se trata de pacientes psiquiátricos, assume caráter ainda mais castrador. Sobre tal questão, Amarante <sup>(62)</sup> reitera que:

Faz-se necessário um processo de superação de paradigmas e de resgate da complexidade dos fenômenos de loucura, de doença, de sofrimento mental, que reduzidos em sintomas, obliteraram a totalidade da experiência. É uma luta contra o estigma, a exclusão e a violência.

Os sujeitos ouvidos assumem não ter afinidade com a saúde mental e denotam dificuldade em lidar com os pacientes que apresentam sintomas diferentes dos outros:

*“Eu já tive problemas psiquiátricos na família, coisas que me deixaram sequelas e então eu não consigo lidar com esse problema direito não” (Gabriel)*

*“É uma fuga mesmo, de não transparecer que você não sabe mesmo lidar com eles” (Ísis)*

*“Não gosto de lidar com pacientes psiquiátricos” (Naomi)*



---

*“Mesmo na época da faculdade eu tinha um certo... não é preconceito, mas eu já tinha embutido comigo que eu não gostava” (Ademar)*

Mesmo considerando que no exercício do trabalho em saúde cada profissional pode se afeiçoar pelas mais diversas áreas, o “não gostar” de determinada área pode influenciar no cuidado prestado à pessoa que apresenta algum transtorno mental. A fala a seguir, entretanto, diverge do conteúdo anterior:

*“E eu tenho uma afinidade tremenda com eles. Às vezes o enfermeiro fala assim: “R., hoje está do jeito que você gosta, isso aqui está parecendo psiquiatria”. E eu fico feliz. Fico mesmo, não me incomoda nem um pouco. Pelo contrário. Que bom, eu vou lá, vou conversar, eu pergunto, entendeu?” (Regina)*

É possível inferir que este sujeito encontra-se disposto a se relacionar com as pessoas em sofrimento psíquico, mesmo quando elas estão internadas no hospital geral.

A próxima fala evidencia como o sujeito procura se proteger de uma exposição, com receio de transparecer seu desconhecimento ou suas dificuldades a trabalhadores que são seus subordinados:

*“Eu acho que fica uma discriminação, mas não porque ele é paciente psiquiátrico. É uma dificuldade mesmo de lidar com ele, de você mostrar até mesmo para um auxiliar de enfermagem que você não consegue lidar com aquela situação e aí você acaba não indo” (Ísis)*

Minzoni <sup>(63, p. 6)</sup> afirma que “durante muito tempo preconizou-se em enfermagem que o profissional não podia envolver-se, devia manter-se neutro na situação de relacionamento com o paciente”. Desta forma, era considerado um profissional eficiente. Entretanto, a autora coloca que esse distanciamento afetivo não propicia uma percepção mais clara do outro ser humano. Ou seja, o envolvimento é necessário para que a relação aconteça.

E para haver o envolvimento, o profissional necessita conhecer a si mesmo, como pessoa que possui habilidades, mas também deficiências.

Em contra partida, quando o profissional reconhece a si mesmo e consegue compreender o outro, afasta a possibilidade de viver a onipotência e consegue liberdade para sentir, para ter maior flexibilidade e menos medo – fatores que possibilitam uma assistência de melhor qualidade <sup>(63)</sup>.

Saraceno <sup>(43, p.13)</sup> também aborda o equívoco da exclusão da subjetividade nas relações, exclusão essa atribuída de maneira errônea como “cientificidade”. Para o autor, é uma ideia antiga e difícil de desaparecer, segundo a qual “científico é tudo aquilo que se exprime com as categorias do quantitativo, que se refere a modelos claros e distintos, que exclui a subjetividade”. Ele afirma que esta ideia de ciência parece equivocada, já que ciência é, ou deveria ser, um método para observar os fenômenos e para estabelecer relações. Entretanto, pudemos perceber, na fala a seguir, que um sujeito apresenta satisfação em se relacionar:

*“Eu acho muito legal isso, você conhecer o paciente da saúde mental. É muito rico, muito gostoso, uma coisa que eu fico muito contente”. (Regina)*

O mesmo sujeito ainda ressalta a importância de ser retomada, na psiquiatria, a valorização do ser humano:

*“Eu acho que está faltando muito e que sempre faltou na psiquiatria, trabalhar a parte de ser humano. As pessoas acabam tendo um certo bloqueio. É isso: eu tenho que conter, medicar. E não dá oportunidade para essa pessoa vir conversar, colocar realmente quais as dificuldades que ela tem. Tem pacientes que estão internados aqui, que as pessoas falam: é problema”. (Regina)*

Os relatos sugerem que os sujeitos tendem a se sentir “donos” das pessoas que cuidam e que esta situação é ainda mais evidente quando se trata de pacientes que apresentam também algum transtorno psiquiátrico:

*“Eu falava para ele ir para o quarto dele e ele não ia...” (Carina)*

*“A gente tenta conversar, convencer ele, de uma forma tranquila, que ele volte para o leito” (Luciana)*

*“Eu falo assim: fique quieto, você está em um hospital, tem pacientes aqui que estão sob cuidado, que estão graves, que precisam de silêncio... Ou: olha, você precisa ficar quieto, precisa ficar deitado aqui” (Naomi)*

Pode ser percebido que os profissionais procuram dar ordens aos pacientes que, quando apresentam comportamentos inadequados, alteram a rotina do setor e incomodam aos outros. Assim, a atitude de exercício do poder de calar o outro pode também ser considerada como uma forma de contenção verbal e de pouca escuta das necessidades expressas. A contenção é realizada quando o paciente ultrapassa os limites espaciais, emocionais e físicos. Entretanto, é percebido que qualquer comportamento que pudesse incomodar emocionalmente o enfermeiro, sua equipe ou o ambiente de trabalho, resultava em contenção do paciente que provocava o incômodo <sup>(64)</sup>.

Desse modo, essa relação de poder entre o profissional e o doente impede que este último se manifeste. A subjetividade e as singulares maneiras de expressão do sofrimento psíquico vivido são pouco valorizadas, assim como o exercício do direito, mais próximo às necessidades. Deste modo, torna-se importante pensar na contenção não como apenas um ato concreto e sem reflexão, mas como mediadora nas relações entre enfermeiro e pacientes, estabelecendo limites afetivos, verbais, mecânicos e espaciais, com a finalidade de promover a reintegração desta pessoa no jogo das relações sociais <sup>(64)</sup>.

Merhy <sup>(41)</sup> define um estabelecimento de saúde – ou seja, cada espaço onde são promovidas ações de promoção e prevenção à saúde e recuperação de doenças e suas consequências – como uma organização na qual há relações e jogos de poderes, processos culturais e burocráticos e relações institucionais e afirma que o conjunto das ações no ambiente hospitalar é muito mais favorável a uma tutela outorgada, com agires castradores, que se caracteriza por um posicionamento autoritário, com processos autocentrados ou reacionais punitivos. Porém, o autor acredita

que, apesar disso, é possível constituir processos cuidadores dentro dos hospitais que tenham um forte conteúdo de ação liberadora. Entende-se aqui, como um agir libertador, a conquista entendida e respeitada do direito de cidadania, que é a base para a contratualidade social entre todos os iguais, ou seja, os profissionais e os outros indivíduos.

Os discursos produzidos revelam que o poder também aparece nas outras formas de contenção, como a contenção física ou mecânica:

*“O paciente o tempo todo agitado, confuso, tentando ter alguns tipos de atitude [...] e quando eu vejo assim, já dá vontade de chegar e amarrar” (Naomi)*

*“Quando chega alguém agressivo no pronto socorro, tem gente que vai lá tentar amarrar de um jeito... Tem gente (profissionais) que já chega querendo agredir. Fica mais agressivo que a pessoa (paciente)” (Mara)*

Conforme Cavalcante e Humerez <sup>(64, p.72)</sup>, a contenção física:

[...] é uma ação terapêutica, na medida em que o profissional com competência, critério e responsabilidade, limita as manifestações de comportamento de outra pessoa, com o objetivo de desenvolver padrões de comportamento socialmente mais aceitos. [...] A ideia é reconectar o paciente com a sua capacidade de usar os sentidos que estão perdidos.

O estudo realizado por essas autoras aponta que existem várias outras modalidades de contenção, como a verbal, a não-verbal e a afetiva, que podem ser utilizadas até mais facilmente pelo enfermeiro. No entanto, este profissional não consegue, inclusive, identificar outras maneiras de limitar as ações inadequadas dos pacientes. Assim, as dificuldades pessoais em saber lidar com a pessoa que apresenta o transtorno psíquico, podem provocar atitudes mais automáticas – como a contenção mecânica – e menos humanas, como uma comunicação adequada que proporcione vínculo, a movimentação corporal, olhares, gestos e toques com caráter terapêutico <sup>(64)</sup>.

---

A contenção física é um procedimento utilizado nos serviços de saúde mental, mas também na clínica geral <sup>(65)</sup>. Os autores, ao estudarem o cuidado ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em hospital geral, mostraram que as contenções física e química são realizadas pela equipe de enfermagem e ocorrem sem critérios bem estabelecidos. Assim, os autores afirmam que a contenção física é um dos ícones mais representativos do modelo manicomial, pois foi utilizada como forma de punição àquelas pessoas que se apresentavam agitadas ou agressivas durante a assistência. Dessa forma, a prática da contenção física é determinada historicamente, como exercício do poder profissional, em detrimento de atitudes que permitam a reabilitação e a manutenção da integridade física e moral da pessoa portadora de transtorno mental, reproduzindo o modelo organicista de assistência.

Tais aspectos nos remetem a Rotelli, De Leonardis e Mauri <sup>(7)</sup>, que afirmam ser necessário mudar a ótica do cuidar. A ênfase não mais deve ser colocada no processo de “cura”, mas no projeto de “invenção de saúde” e de “reprodução social da pessoa”. O problema não é a cura – a vida produtiva – mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas – dos espaços coletivos – de convivência dispersa. O processo inverte-se: ao invés de olharmos para a doença, enxergamos o sofrimento. Assim, o objetivo da assistência é bastante diferente e cabe aos profissionais o questionamento: como lidar com esse sofrimento?

Pensando no processo de desinstitucionalização pode-se afirmar que os principais atores deste processo são os próprios profissionais que atuam nas instituições, tendo como objetivo principal para a desinstitucionalização a transformação das relações de poder entre instituição e os sujeitos <sup>(7)</sup>. Dessa maneira, para haver o conceito de desinstitucionalização de forma efetiva é necessário a transformação no interior de cada instituição, onde cada ator é responsável pela mudança, como:

[...] eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais e das palavras; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis

eliminando a coação, as tutelas judiciais e o estatuto de periculosidade [...] <sup>(7, p.32)</sup>.

A fala do sujeito a seguir corrobora com o contexto apresentado:

*“A psiquiatria é uma coisa deliciosa e acho que melhorou muito. Ficou uma coisa bem mais interessante. Até os seguimentos que deram... depois que surgiram os CAPS, NAPS, hospital-dia... Isso foi um ganho tremendo. Eu acho que os pacientes pensaram: deram uma oportunidade para mostrar que somos iguais a todo mundo”. (Regina)*

Minzoni <sup>(66)</sup>, ao contar sua experiência em um hospital diurno psiquiátrico, já na final da década de 60, afirma que é necessário que o enfermeiro tenha conhecimentos suficientes para lidar com as alterações emocionais, além de maturidade, serenidade, firmeza, equilíbrio e destaca a importância do profissional saber se relacionar.

No entanto, o despreparo, os conceitos de transtorno mental atrelados ao paradigma da psiquiatria tradicional e os preconceitos arraigados, ainda determinam condutas sociais e profissionais que se aproximam da exclusão e dificultam o cuidado ampliado:

*“Eu tive o ocorrido de policial trazer uma paciente, pegando à força porque ela estava agressiva. Mas ele estava mais agressivo que ela” (Luciana)*

Continuando este relato, o sujeito ainda coloca sua conduta em relação ao caso:

*“Eu fiquei quieta e ainda falei para o pessoal: não se mete, porque o que acontecer com ela é responsabilidade do policial, que chegou assumindo esse papel” (Luciana)*

Neste caso citado, foi concedido ao policial em questão, um poder ainda maior que o dos profissionais de saúde – teoricamente, uma população melhor capacitada para o trato com as pessoas que vivenciam a

doença. A paciente em foco não teve seus direitos e muito menos sua integridade física e moral, preservados e protegidos pela equipe de saúde. Buscando compreender o processo de trabalho de uma instituição, Merhy <sup>(41, p. 31)</sup> coloca que:

O melhor modo de tentar entender, tanto sobre um estabelecimento de saúde, quanto sobre o cuidado, é debruçando-se sobre os seus processos de trabalho e as ações que revelam os jogos de intenções que os mesmos contêm, suas redes agenciais protagonistas e as modelagens tecnológicas que as realizam.

Aqui o autor relembra as tecnologias dura, leve-dura e leve, sendo que a última aborda as relações interpessoais. Dentro deste contexto, ainda coloca que a produção dos atos cuidadores podem não ter como eixo central a finalidade de construção do mais viver, não havendo compromisso com o outro – que se torna mero objeto de sua ação <sup>(41)</sup>.

Os conteúdos das falas dos sujeitos revelam que o preconceito faz com que os enfermeiros tratem de maneira peculiar os pacientes que apresentam sintomas psiquiátricos. No entanto, também é revelado que, embora considerem a experiência do transtorno mental, têm dificuldades em lidar e efetivar o cuidado a essas pessoas:

*“É um grupo de pessoas que está crescendo muito.” (Gabriel)*

*“Será que ele realmente entende o que eu estou falando?”  
(Naomi)*

*“Eles passam uma ideia de que sabem tudo o que eles têm, tudo o que acontece com eles, todos os remédios que eles têm que usar, todas as coisas. Parece que é a pessoa mais orientada e, no entanto, eles falam muita coisa que você não consegue definir se é verdade” (Mara)*

*“Apesar da dificuldade, a gente conhece o paciente psiquiátrico. A gente vê o desequilíbrio... como eu falei, aquilo que sai do normal em relação às outras pessoas” (Ademar)*

Algumas atitudes caracterizam ainda mais o processo de exclusão e discriminação, já culturalmente instituído:

---

*“Não sei se (os pacientes psiquiátricos) podem ficar com acompanhantes [...] no meu setor, onde ele vai ter convivência com pacientes considerados normais” (Carina)*

*“Essa parte da questão de saúde mental não é tão valorizada dentro de hospital... talvez a psiquiatria seja o último lugar que (o enfermeiro) vai passar visita para ver os pacientes” (Ísis)*

*“A gente só vinha quando era solicitada (na enfermagem psiquiátrica) e eu também vinha e ficava atrás dos outros” (Carina)*

As falas sugerem a dicotomia existente nos profissionais e no processo de assistência prestada às pessoas que requerem ajuda nos serviços de saúde. Considerando aspectos antropológicos do processo da doença, vemos que, apesar da ciência ajudar a compreender os fenômenos presentes na saúde, “o modelo biomédico é ainda brutalmente hegemônico, o que tem levado a uma visão reducionista da doença, vista como um processo exclusivamente biológico” (67, p.67). Já Merhy (39) afirma que a crise na saúde não se deve à falta de conhecimento tecnológico, mas sim à falta de responsabilização dos diferentes serviços em torno dos usuários e seus problemas.

No entanto, a narrativa a seguir mostra uma percepção diferente das anteriores:

*“A memória deles é fantástica. [...] Eu passei no pronto-socorro e a pessoa: Oi, R., tudo bem?. Eu sei que é um paciente, mas não consigo lembrar o nome. E a pessoa conseguiu, não esquece quem você é, principalmente quando você cuida. Porque o problema da saúde mental, eu acho que é o cuidado. As pessoas esquecem muito que ele tem uma família, que ele pode ser sociabilizado” (Regina)*

Aproximando esta questão à Saúde Mental, Saraceno (43, p.144) afirma que “o paradigma biomédico reducionista continua a desfrutar de ótima saúde, enquanto o novo paradigma biopsicossocial tenta consolidar-se na sociedade”. O autor também questiona o adjetivo “biopsicossocial”, que é



---

usado indiscriminadamente para definir uma abordagem mais integral da medicina, mas que, com o tempo, tornou-se uma palavra vazia de sentido. Desta forma, ele conceitua de maneiras diferentes a psiquiatria e a saúde mental. A primeira teria relação mais próxima ao modelo médico, onde a doença é o foco. A saúde mental já é muito mais ampla, abrangendo a psiquiatria: “é o conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento referentes à melhora, à manutenção ou à restauração da Saúde Mental de uma população” (43, p.144).

Entretanto, a prática nos serviços de saúde revela que a influência do modelo biologicista na formação dos profissionais acaba por cristalizar nestes, as representações dos sujeitos apenas como suas doenças físicas, desconsiderando a multifatorialidade da saúde, os processos de saúde-doença e a subjetividade que envolve cada ser humano em suas relações.

Saraceno (43) discute que a complexidade dos fenômenos sociais influi sobre a saúde mental e, portanto, é inadmissível que as intervenções permaneçam limitadas à dimensão biomédica. O próprio autor questiona: então, porque a psiquiatria continua condicionada ao modelo biomédico? E para responder a essa questão, afirma como motivo importante a grande resistência cultural, social e econômica que uma abordagem “biopsicossocial” traria às políticas nacionais de saúde mental. Assim, as mudanças deveriam comportar o reconhecimento da importância do papel e dos direitos dos consumidores e das famílias, da comunidade e das atividades intersetoriais. Saraceno (43) afirma, então, que a abordagem biopsicossocial não exclui a abordagem biológica, mas coloca em crise o paradigma médico, mostrando sua ineficácia e deterioração.

Ainda dentro deste contexto, os sujeitos trouxeram relatos que evidenciam condutas oriundas de antigas referências ligadas ao paradigma tradicional.

*“Aí fica aquele monte de pacientes no corredor, gritando, xingando.” (Naomi)*

*“[o profissional] Coloca o paciente isolado, o paciente psiquiátrico, fecha a porta e não lembra que ele quer urinar, que ele quer tomar água... aí vira um paciente clínico” (Ísis)*

---

*“É o que a gente observa: fecha, amarra, seda e esquece dele ali.” (Ísis)*

Os avanços teóricos e filosóficos advindos da Reforma Psiquiátrica Brasileira parecem não ter atingido, ainda, a prática, de acordo com as falas acima. Ainda sobre os preceitos da Reforma Psiquiátrica, é percebido que os sujeitos mantêm uma visão antiga, baseada no modelo hospitalocêntrico, que gera ainda mais exclusão aos doentes mentais do convívio em sociedade:

*“É por falta de hospitais especializados... Eu não acho que eles deveriam vir para um... (hospital geral)” (Gabriel)*

*“Se não melhorar a formação [...] seria melhor que ele fosse cuidado em um hospital de urgência psiquiátrica, em um hospital psiquiátrico” (Ísis)*

Até mesmo quando há tentativa de seguir o novo modelo de atenção à saúde mental, ainda permanece nas falas, o caráter de exclusão e discriminação:

*“Deveria ter uma parte do hospital para atender esses pacientes, uma enfermaria só com esses pacientes [...] e não aquele ambiente do pronto socorro” (Naomi)*

*“Eu também ouço comentário de família, que não gosta que o paciente psiquiátrico fique ali no meio dos outros, porque o parente dele está com a pressão alta e aí acaba colocando (o paciente psiquiátrico) em porta fechada” (Ísis)*

Resultados semelhantes a nossa pesquisa foram encontrados <sup>(13)</sup> onde os profissionais de enfermagem apresentam sentimentos carregados de ansiedade e segregação, afirmando que o portador de transtorno mental deveria ser atendido em local específico. Afirmação esta que segue caminho contrário às atuais políticas de saúde mental.

Alguns sujeitos revelaram não sentir preconceito frente à doença mental:

*“Eu não tenho preconceito, nem para lidar (com pacientes psiquiátricos)” (Glória)*

*“[...] Até você ter um pouquinho de contato com esse meio. Eu acho que a maior dificuldade quando a gente pega um paciente com transtorno mental, assim, para mim são duas coisas: preconceito, que pesa bastante, e o medo. Eu não tenho esse medo e não tenho mais preconceitos. Já tive. Por já trabalhar há algum tempo, já ter lidado com pacientes desse tipo, é uma coisa que eu consegui desvencilhar, fui conseguindo renovar, a gente aprendeu. E hoje eu defendo muito a briga de quem trabalha com pessoas com transtornos mentais.” (Regina)*

Porém, a maioria dos sujeitos demonstrou ter o preconceito embutido em seus sentimentos, como exemplificado nas falas abaixo:

*“A gente tinha até uma ala psiquiátrica e eu dificilmente atuava lá dentro” (Ademar)*

*“Não vou cuspir para cima, mas eu não gostaria de trabalhar com paciente psiquiátrico” (Ademar)*

*“Tem muita gente que tem receio. Eu converso com pessoas que já trabalharam em psiquiatria e falam: graças a Deus eu saí, porque tinha medo mesmo” (Regina)*

A investigação da implantação de uma enfermagem psiquiátrica em hospital geral demonstrou o preconceito da equipe dessa instituição sobre os portadores de transtorno mental. Os autores trazem que a associação entre violência e transtornos mentais ocorria devido “à possível ocorrência de quadros de agitação psicomotora, supervalorizando a frequência e a gravidade dessa manifestação clínica sob a alegação de que a integridade física da população do hospital ficaria ameaçada” (68, p.166).

A redução do estigma e da discriminação sobre as pessoas portadoras de transtorno mental faz pensar que: “a estigmatização provoca a erosão da confiança de que os transtornos mentais sejam afecções que podem ser tratadas. Tem por consequência limitar a socialização das pessoas com transtorno mental” (57, p.41). Segundo os autores, a

estigmatização pode reduzir o acesso dos usuários aos recursos e às possibilidades de tratamento e de apoio social. A estigmatização culmina por privar a pessoa de sua dignidade e interfere em sua participação ativa na sociedade.

A atual situação dos pacientes psiquiátricos, após as intervenções da Reforma Psiquiátrica, mostra que há um grande contingente de pessoas não mais contidas e vigiadas nos manicômios, mas ainda abandonadas nos serviços de saúde, conforme traz à discussão Saraceno <sup>(43)</sup>. Dessa forma, são necessárias respostas que possibilitem a reorganização da lógica extra-muros, ou seja, a reconstrução da cidadania plena. E nesse processo, torna-se vital o engajamento dos atores sociais e dos serviços de saúde.

Analisando as falas dos sujeitos, pudemos perceber que o preconceito ainda é presente e determinante nas atitudes dos profissionais. Quando consideramos o serviço como variável importante na reabilitação das pessoas acometidas pelo transtorno mental, Saraceno <sup>(43)</sup> afirma que o serviço é o próprio tratamento. Dessa maneira, os profissionais que atuam nos serviços são peças fundamentais para o processo reabilitativo.

Um serviço de alta qualidade é um serviço que se ocupa de todos os pacientes que a ele se referem e que oferece reabilitação a todos os pacientes que possam dele se beneficiar. [...] Um serviço de alta qualidade deveria ser um lugar permeável e dinâmico, onde as oportunidades (ou seja, os recursos e as ocasiões negociáveis) encontram-se continuamente à disposição dos pacientes e dos operadores <sup>(43, p.95)</sup>.

Ao fazer esta afirmação, Saraceno não está limitando-se aos serviços psiquiátricos, e, então, podemos colocar o hospital geral nesta discussão. O que é pertinente aqui é a necessidade de mudança de paradigma, de reorganização dos serviços e do compromisso profissional em busca do cuidado em saúde. Para tal, Saraceno <sup>(43)</sup> afirma que para se fazer uma integração interna dos serviços, é preciso adotar um estilo de trabalho com alto consumo afetivo, intelectual e organizativo, onde os recursos estejam disponíveis, as competências flexíveis e a organização orientada às necessidades da pessoa atendida e não às do serviço.

---

Neste contexto, é afirmado que o que realmente é importante durante uma assistência à saúde são as novas práticas que podem ser criadas. Assim, podemos pensar no outro como alguém que nada tem a ver conosco, ou podemos considerá-lo como alguém que é essencial na relação de ajuda, colaborando para a construção de um novo eu. A dimensão da alteridade traz então, que “o outro é alguém imprescindível para a própria compreensão de mim mesmo” (42, p.161).

#### 4.2.2 CARÊNCIA DE CONHECIMENTO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

As definições da língua portuguesa trazem que conhecer é “faculdade de conhecer, de ter informação; maneira de compreender, de perceber; o que se adquiriu pelo estudo ou prática” (56).

Já a palavra informar é tida como: “ação ou efeito de informar, de se informar; indicação, explicação, esclarecimento dados sobre alguém ou alguma coisa; comunicação social, instrumento de transmissão de um conhecimento, [que] tem como objetivo dar a conhecer ao grande público as notícias e os fatos recentes” (56).

O conhecimento é um processo que proporciona a reelaboração de um “dado”, possibilitando que não sejamos seus meros reprodutores. Está inclusa, então, a capacidade de novas elaborações, permitindo reconhecer, trazer à superfície o que ainda está mal desenhado ou explicado na sociedade. Para tanto, o conhecimento prevê uma visão que totalize os fatos, interrelacionando todas as esferas da sociedade, percebendo que o que está acontecendo em cada uma delas é resultado da dinâmica que faz com que todas interajam, dentro das possibilidades daquela formação social, naquele momento histórico. Permite perceber, enfim, que os diversos fenômenos da vida social estabelecem suas relações tendo como referência a sociedade como um todo (69). Para tanto, as informações - fragmentadas - não são suficientes. Assim, pode-se afirmar que a informação não é o conhecimento, visto que este último implica uma crítica. Ele se baseia na

interrelação dos conteúdos e não na fragmentação do todo. A troca do conhecimento pela informação pode resultar numa diminuição do exercício da crítica <sup>(69)</sup>.

Desse modo, é possível perceber que o conhecimento é algo que implica em crítica a um objeto ou situação e para que esta crítica seja feita é necessário embasamento mais amplo que somente o recebimento de informações.

A partir do conteúdo das narrativas elaboradas pelos sujeitos ouvidos nessa investigação, foi possível apreender o tema referente à carência de conhecimento ligada à área de saúde mental que os participantes evidenciaram e que, conseqüentemente, repercute na assistência prestada.

Os sujeitos relatam que, na prática da atenção às pessoas que apresentam transtorno mental, optam pela contenção química ou mecânica:

*“São pacientes que precisam, às vezes, de contenção” (Carina)*

*“São pessoas que precisam ficar contidas” (Dulce)*

No entanto, é possível perceber que o processo reflexivo não precede a decisão pela contenção, isso é, como se tal decisão fosse mesmo instituída e incorporada pelo profissional.

As narrativas sugerem que, nos setores de urgência e emergência, o atendimento aos pacientes psiquiátricos é pautado nos diferentes tipos de contenção:

*“Normalmente dão entrada no pronto socorro, para mim, já em transtorno, em surto, agressivos, já chegam contidos, muitas vezes medicados” (Luciana)*

*“A gente pega a pior fase [o surto], medica, o paciente dorme, fica um tempo lá em observação, doze, vinte e quatro horas e... vai embora” (Luciana)*

*“No meu ponto de vista, quando eu vejo esses pacientes a minha vontade é de, já que eles estão assim, é de conter, entrar já com medicação para esse paciente” (Naomi)*

A partir destes discursos, percebe-se que há a tendência de os profissionais de saúde de hospitais gerais se voltarem ao “atendimento das necessidades físicas com pouca atenção ou, em casos mais extremos, deixarem de abordar os aspectos psíquicos e emocionais do paciente” (65, p.278). Isso pode acontecer quando a equipe de enfermagem não se sente preparada para realizar o cuidado às pessoas em sofrimento mental, devido à falta de qualificação ou por sua formação ter sido focada exclusivamente no modelo manicomial. A seguir, o sujeito refere que há uma maior facilidade em cuidar das questões clínicas:

*“No pronto socorro é muito complicado, porque quando chega alguém com um problema clínico a gente sabe abordar mais, porque tem estrutura para isso. Mas quando é só psiquiatria, a gente nem tem acesso, porque o médico vai lá, ele mesmo faz a avaliação e repassa para a gente, só: medicação. Mais nada”  
(Luciana)*

Os profissionais dos serviços de emergências tendem a focar sua atenção nas dimensões biológicas, com pouca consideração aos aspectos psicossociais (65). Entretanto, o estudo mostrou que os sujeitos apresentavam preocupação por não se sentirem capacitados para cuidar do paciente com transtorno mental. Essas atitudes podem conduzir à fragmentação do cuidado, culminando com o distanciamento entre paciente e profissional de enfermagem e, em alguns casos, em impessoalidade, em descuido e desumanização.

Pode ser percebido que a narrativa do sujeito contém uma diferenciação entre cuidados clínicos e psiquiátricos, sendo que os últimos acabam por serem atribuídos apenas aos profissionais médicos, cabendo à enfermagem o cuidado prático, a realização de tarefas como a medicação, por exemplo. Nessa lógica, a possibilidade de uma assistência mais ampla, que contemple as subjetividades, que promova a comunicação terapêutica, fica reduzida. A referência aos cuidados técnicos pode estar na relação da enfermagem com o reconhecimento de seu aspecto prático. Para os autores “o cuidado centrado em procedimentos pode se configurar na mecanização

do processo de cuidar, que tende a inibir a percepção dos profissionais para as questões além do físico-biológico”<sup>(65, p.279)</sup>, que tem como consequência a exclusão das possibilidades de interação e de atendimento às necessidades psicossociais do indivíduo.

*“Então, na realidade, a minha conduta, o que eu faria? Conversar a gente sabe que não adianta. Eu acho que é conter por segurança e já entrar com a medicação” (Naomi)*

Tal discurso nos remete ao uso das tecnologias em saúde, preconizado por Merhy<sup>(39)</sup>. A tecnologia leve – aquela que diz respeito às relações interpessoais e subjetivas entre os atores do processo de construção da saúde – não é campo específico para a atuação de nenhum profissional, mas a base de atuação para todos. O autor coloca também que, nesta situação, se o saber médico estiver subordinado às tecnologias leves pode ser muito eficaz atuando sobre o sofrimento humano. Sua discussão continua afirmando que a enfermagem, em termos assistenciais, tem mostrado sua vocação em torno do cuidado do doente e não da doença<sup>(39)</sup>. Este posicionamento tem implicações muito positivas no relacionamento com o trabalho médico, principalmente se a atuação da enfermagem também for comandada pelas tecnologias leves e não reduzidas à lógica médico-centrada, lógica essa contida nos discursos dos sujeitos ouvidos nesse estudo<sup>(39)</sup>. Isto é, no conteúdo das falas, há evidências de que o atendimento tem o médico como centro da ação e, assim, conduz a assistência prestada aos pacientes psiquiátricos.

Por outro lado, Furegato<sup>(70)</sup>, ao estudar as relações interpessoais terapêuticas na enfermagem, considera que, a partir das décadas de 20 e 30 do século XX, a enfermagem precisou se especializar e aprimorar os conhecimentos técnicos, exigidos para sua atuação profissional, devido aos avanços da medicina e dos tratamentos. A autora coloca também que com o passar dos anos – em um processo bastante lento – a enfermagem começou a perceber sua verdadeira participação no processo de assistência ou do cuidado:



[A enfermagem] Percebeu que não bastava executar tarefas de vigilância, cuidados físicos e técnicos ao paciente. Percebeu que podia atuar também como elemento da equipe terapêutica e, através de suas atitudes, ajudar o paciente a enfrentar suas dificuldades, voltar-se para a realidade e sentir-se capaz de viver em sociedade <sup>(70, p.4)</sup>.

A influência do modelo biomédico e a necessidade de a enfermagem firmar-se como ciência podem ser fatores que tenham distanciado esta profissão do cuidado e da reabilitação das pessoas doentes. No exercício do trabalho vemos os enfermeiros mais próximos das questões gerenciais e técnicas, do que se envolvendo nas relações interpessoais em seu trabalho. No entanto, o não envolvimento e a carência de conhecimento podem dificultar ao enfermeiro a compreensão das situações em torno da saúde mental. Assim, sintomas como a agressividade dos pacientes psiquiátricos provocam reações diversas nos profissionais e, como conduta assumida nestes momentos, a contenção física aparece frequentemente. As narrativas apreendidas sugerem que há dificuldade para os profissionais ao trabalharem com essas situações:

*“Porque você já sabe que é um paciente que está agressivo, que vão ter outras pessoas que vão ajudar na conduta, e que vai lá para fazer a contenção... mesmo assim a gente tem um receio” (Dulce)*  
*“Dá para perceber bem a dificuldade que as pessoas têm é quando chega alguém agressivo no pronto-socorro, quando chama o G8, tem gente que vai lá amarrar de um jeito... tem gente que já chega querendo agredir, fica mais agressivo que a pessoa” (Mara)*

Os sujeitos mencionam a técnica de contenção física chamada de Grupo de Oito (G8), utilizada no serviço pesquisado neste estudo. A técnica foi bastante utilizada nos anos de 1970, na Clínica Pinel de Porto Alegre (RS) <sup>(71)</sup>. Cabe ressaltar que houve anteriormente um treinamento aos funcionários de enfermagem e portaria sobre esta técnica no local desta pesquisa. Entretanto, não houve mais nenhuma atualização do conteúdo, inclusive nos anos em que permaneci na instituição. Atualmente, quando há uma situação de agressividade iminente, o Grupo de Oito é anunciado pelo

---

sistema de som do hospital, porém, não há uma equipe específica que realize tal técnica. Assim, os funcionários vão ao local do anúncio somente quando não estão atribulados com suas tarefas ou quando o anúncio é feito repetidamente, o que caracterizaria uma situação de real perigo. Geralmente, as situações que precisariam do Grupo de Oito ocorrem no pronto-socorro. Porém, nem sempre são pessoas portadoras de transtorno mental em surto. Há também situações de pacientes ou familiares que demonstram indignação com o atendimento, devido à demora, entre outros fatores.

Considerando, após relatos anteriores, que a contenção física é executada pelos profissionais, como conduta a pessoas que estejam agitadas ou agressivas, pôde ser inferido pelas falas que não há um treinamento específico para realizar esse procedimento:

*“Quem vai participar do G8? Tem que ser homem, tem que ser alto? Pode ser qualquer um? Como se amarra um paciente? Porque ele já está agressivo, você vai chegar mais agressivo ainda. E nós não temos nada protocolado, nada que mostre alguma conduta que a gente tenha que tomar” (Luciana)*

A deficiência no conhecimento culmina por trazer também uma deficiência durante a realização do cuidado à pessoa portadora de transtorno mental, como aparece na fala a seguir, em relação ao caso do policial que levou uma mulher portadora de transtorno mental ao pronto socorro:

*“A polícia assumiu esse papel de trazer, mas... se nós não temos orientação, eles têm menos ainda [...] A paciente gritando, gritando, caiu no chão e ele [o policial] segurando ela pelos cabelos, tentando contê-la...” (Luciana)*

Esta última fala pertence a um sujeito ainda jovem e com apenas um ano de atuação na instituição. Ainda assim, podemos inferir que suas representações permanecem arraigadas no modelo antigo de psiquiatria.

Também, um sujeito relata seus sentimentos e percepções frente à situação de contenção mecânica no ambiente do pronto-socorro:

*“E os profissionais sabem que depois de um certo tempo os pacientes se restabelecem, começam a melhorar. Mas, largam lá, contido, ninguém vai lá dar uma água para esse paciente, ninguém vai colocar um papagaio... que nada: faz xixi aí mesmo, fica quieto” E isso me fere profundamente. Eu não gosto de ir no pronto-socorro e ver aquele povo lá, pedindo alguma coisa e passa todo mundo... até porque a posição já faz parte de estar “lá embaixo” (na maca de chão), deitado, você não tem condição nenhuma... e ele pensa: meu Deus, eu já não estou bem – porque se estivesse, não estaria aqui – e nessa situação que eu estou, o que eu faço?. Então é uma coisa que eu fico muito triste” (Regina)*

O sujeito coloca ainda que a contenção física destitui a pessoa portadora de transtorno mental de sua dignidade e ainda dificulta o processo de reabilitação:

*“Como os pacientes se sentem: ninguém! E aí mais um motivo para ele não ter, infelizmente, um estímulo para melhorar” (Regina)*

Todos os sujeitos entrevistados têm ou já tiveram experiência de atuar no pronto socorro da instituição, seja como setor de trabalho ou para cobertura de férias e plantões, havendo vários relatos de como a contenção mecânica ocorre neste ambiente. Ouvimos algumas críticas dos sujeitos sobre esta situação, entretanto, apenas dois deles sugerem, em suas narrativas, uma visão que possibilite mudar a situação enfrentada.

A contenção também foi mencionada por um dos sujeitos como uma atitude angustiante:

*“O que a gente alega muito: “vamos dar um citalopram para ele, alguma coisa para ele dormir”, porque ele está agitado, nervoso. E uma coisa que me aflige muito é conter paciente [...], o paciente psiquiátrico em si, me angustia muito em contê-lo no leito, porque ele não precisa de contenção, precisa de carinho, de amor, de*

---

*tratamento [...] Somente o paciente psiquiátrico [o aflige no momento da contenção], porque você vê que ele tem uma doença psiquiátrica, uma esquizofrenia, uma coisa bipolar, não um etilista, que você sabe que está alcoolizado, fora de si... ou alguma coisa que você vê que é para chamar a atenção” (Gabriel)*

*“Eu vejo muito assim: ah, é paciente psiquiátrico, é agressivo, vamos conter, vamos pegar, vamos medicar. E eu acho isso muito ruim, porque se as pessoas conseguissem ver, isso não é só ruim para os pacientes. É ruim para a gente. É ruim para o ser humano. Principalmente quando você é profissional. Você fala: mas como eu consigo fazer isso? Sendo que eu tenho uma formação, eu sei que ele tem uma doença, eu também tenho que trabalhar, até me preparar, para poder cuidar desse paciente” (Regina)*

A estigmatização ocorre quando pessoas atribuem rótulos e estereótipos negativos a determinados comportamentos. Tal condição influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, trazendo consequências, inclusive o agravamento da situação <sup>(60)</sup>.

O estigma relacionado ao uso de álcool e drogas ilícitas é ainda maior que para os outros transtornos mentais. Muitas vezes, o profissional responsável pelo diagnóstico ou tratamento acredita que o uso de álcool é um vício ou fraqueza de caráter e esta postura influencia o tratamento e a recuperação dos dependentes químicos <sup>(60)</sup>.

Para os sujeitos, o processo do conhecimento profissional é iniciado na graduação. Com esse conceito, os sujeitos realizaram várias observações, atribuindo aos cursos de graduação a responsabilidade pela aquisição de conhecimentos necessários para a atuação em saúde em psiquiatria, assim como um dos sujeitos destacou a necessidade do profissional ter conhecimento de si para a prática do cuidar:

*“O contato maior que eu tive foi em estágio na graduação [...]. O contato foi grande, porque a gente tinha a teoria e passava por estágio na área de psiquiatria, fazia contato no ambulatório, mas era visão de estudante ainda, sabe? [...] Então o contato foi grande*

*enquanto aluna e a experiência que eu tenho é daquela época”  
(Dulce)*

*“Eu acho difícil, porque para você mexer com esses pacientes, você precisa ter uma base, para diferenciar cada tipo de transtorno e o tipo de conduta, porque você não sabe qual vai ser a atitude daquele paciente, como você vai lidar com ele” (Naomi)*

*“Eu acho que para melhorar isso teria que começar na formação [...] a questão de você se conhecer. Porque às vezes você também é ansiosa para tratar das pessoas aqui” (Ísis)*

Com relação ao conhecimento específico em psiquiatria a busca por alternativas de ensino parte da consideração da saúde mental como uma das grandes responsáveis pela formação e desenvolvimento do profissional de enfermagem como pessoa. A psiquiatria/saúde mental oferece ao aluno a oportunidade para entender as relações interpessoais no contexto do trabalho em saúde, partindo do autoconhecimento e potencialidades de cada um <sup>(72)</sup>.

Ainda a respeito da formação acadêmica, alguns sujeitos relataram que seu aprendizado foi superficial e não propiciou o desenvolvimento das relações interpessoais.

*“São poucas as informações que você tem na faculdade, mais um pouco do contato, do convívio, da experiência que você tem com o paciente. Mas não é tão amplo, tão aprofundado, a atitude de saber diferenciar cada tipo de transtorno, de saber conversar e aplicar a assistência” (Naomi)*

*“Porque na faculdade, você passa por um estágio na saúde mental na enfermagem, mas não passa no pronto-socorro [...] Eu acho que a dificuldade para lidar com essa pessoa é a questão da formação mesmo. A gente não foi preparado para isso” (Ísis)*

*“As pessoas têm um pouco de dificuldade porque não aprenderam a trabalhar com paciente psiquiátrico” (Ísis)*

*“Eu atribuo essa dificuldade à formação [...] porque eu tive a matéria da faculdade, mas foi assim, superficial. Então eu acredito que a formação não foi aprofundada” (Ademar)*

---

A universidade é mencionada como órgão formador de novos enfermeiros e, assim, tem papel fundamental no preparo teórico-prático desse profissional para a utilização da comunicação e do relacionamento terapêutico como instrumentos essenciais para o cuidado em enfermagem <sup>(73)</sup>.

Refletindo sobre esse aspecto, o que é conhecido por interações terapêuticas tem sido ensinado de forma invertida na enfermagem. Isso significa que, quando é ensinado um procedimento técnico, o foco é a sua execução, baseada em conhecimentos prévios necessários a ela. Durante essa execução, não são considerados os conhecimentos da mente humana, seus mecanismos de defesa e as reações emocionais esperadas para cada situação. Não é questionado ao estudante seu conhecimento sobre comunicação, o que ele pensa sobre si mesmo, seus valores, inquietações e angústias <sup>(70)</sup>.

Assim, não é possível ser terapêutico apenas em situações de desordens emocionais. “Ser terapêutico é uma atitude que deve permear toda a conduta do enfermeiro frente à pessoa que passa por um episódio de sofrimento (físico ou psíquico)” <sup>(70, p.57)</sup>. Dessa forma, a comunicação terapêutica e o desenvolvimento de relações interpessoais efetivas não são responsabilidades apenas da disciplina de saúde mental ou psiquiatria, mas poderiam envolver todo o conteúdo da graduação.

As falas a seguir sugerem que a experiência com a saúde mental durante a graduação pode não ter sido suficiente para preparar o profissional para lidar com as situações subjetivas de pessoas em sofrimento psíquico:

*“Eu acho que um aspecto que influencia um pouco é quando tem um profissional recém formado, acho que isso traz situações que vai dar um pouco mais de receio” (Glória)*

*“A gente tem orientação na faculdade e tudo, mas... é complicado na hora em que você tem que vivenciar isso. Você não tem uma preparação específica, entendeu?” (Luciana)*

A investigação da reação dos enfermeiros frente às manifestações emocionais de pacientes internados e sobre o reconhecimento do

---

comportamento emocional das pessoas mostrou que, muitas vezes, as pistas e os sinais demonstrados pelos pacientes não são tão claras e perceptíveis, ficando difícil para quem não tem o preparo adequado, compreender e interpretá-los. Dessa maneira, a formação profissional torna-se uma ferramenta muito importante para a instrumentalização dos futuros enfermeiros <sup>(74)</sup>.

Corroborando dessa opinião é colocado como fundamental para que o enfermeiro consiga atender aos pacientes de forma integral – bio, psico, sócio, espiritual – que os cursos de graduação façam uma revisão de seus currículos, buscando a igualdade entre os conteúdos físicos e biológicos e às ciências sociais e humanistas <sup>(75)</sup>.

O estudo sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica mostra as diferenças existentes nas diferentes regiões do Brasil <sup>(76)</sup>. Enquanto em algumas delas o conteúdo já aborda a psiquiatria numa perspectiva inovadora, articulada a serviços de saúde criados a partir das concepções da Reforma Psiquiátrica, em outras localidades permanece a resistência às mudanças, baseando o aprendizado em práticas excludentes e que não possibilitam a participação de usuários e comunidade como co-responsáveis da assistência. O mesmo estudo explica que tais diferenças advêm da maneira como está organizada a rede de atenção à saúde mental do território, ou seja, as condições de ensino estão ligadas às estratégias que cada região possui como assistência à psiquiatria. No entanto, como as mudanças nos serviços de saúde pública dependem da esfera política para sua deliberação, a efetivação do processo de transformação e, por consequência, as formas de ensino, pode tornar-se lenta, ou até mesmo estagnada <sup>(76)</sup>.

A forma como se constitui e se transforma o referido ensino tem contribuído para as discussões sobre a proposta da Reforma Psiquiátrica, procurando assimilar e reelaborar parcialmente seus preceitos sem, contudo, avançar no que diz respeito a uma proposta inovadora para a assistência. Existe a necessidade de mudanças, com vistas a aproximar a prática ao processo de Reforma e, para isso, é preciso um melhor preparo para a formação dos profissionais de enfermagem <sup>(77)</sup>. Dessa maneira, “a realidade

que se apresenta carece de mudanças radicais e urgentes, na tentativa de corrigir distorções que se arrastam através da história” (77, p.20).

Também foi apontada, nos discursos, a necessidade da realização de treinamentos ou capacitações específicas para a área:

*“Eu acho que tem que ter mais treinamento para quem trabalha no pronto-socorro, porque ali não tem jeito” (Mara)*

*“Eu acho que ajudaria se tivesse um investimento maior na área [...] um treinamento, educação continuada a respeito” (Ademar)*

*“Eu acho que o pessoal tinha que ter um pouquinho de conhecimento. Vamos pegar uma equipe de pronto-socorro [...] mas vamos trabalhar a parte de urgência e emergência da parte da psiquiatria” (Regina)*

Os sujeitos reconhecem a importância da aquisição de conhecimento científico para compreender com mais propriedade a complexidade do cuidado que contempla necessidades humanas e os possíveis transtornos psíquicos:

*“Com essa epidemia de transtornos que está tendo aí, psiquiátricos, hoje, um monte de nomes diferentes, um monte de transtornos totalmente diferentes do que aprendi na faculdade há alguns anos atrás [...] para mim, hoje, pra eu identificar algum transtorno, teria que estudar muito” (Gabriel)*

*“O paciente está aí e ele merece, precisa de cuidados. Eu acho que quanto maior o conhecimento, melhor a assistência. Então, hoje, eu sinto essa necessidade... apesar desse preconceito, esse receio...” (Ademar)*

*“Eu tenho mais facilidade em tratar transtorno fora da psiquiatria. Dentro da psiquiatria eu tenho um pouco de dificuldade, porque já entra com diagnósticos específicos e eu tenho dificuldade em fazer essa abordagem” (Ísis)*

A última narrativa traz a questão do distanciamento do profissional, mediante o rótulo pré-estabelecido. Parece que, para este sujeito, o psicodiagnóstico afasta a possibilidade de interação com o paciente



acometido por um transtorno mental, como se houvesse uma barreira que impede aproximações.

Vivemos um momento contemporâneo no campo da saúde, onde a questão de “humanização” requer uma reconceitualização, que seria: recuperar o humano no cuidado ao humano. Essa retomada, diz respeito a redescobrir o sujeito, sua relação e seu modo de agir com o mundo <sup>(78)</sup>. Nesse sentido:

Parece urgente abrir passagem às características e desejos singulares, com os quais o sujeito participa e se afirma no contexto de existência social, política, cultural, ambiental, biológica e afetiva. Características estas que lhe possibilita produzir relações, modos de vida e linguagens, como também manifestações relacionadas ao processo saúde-doença <sup>(78, p.329)</sup>.

Um dos sujeitos relata que poderia ter aproveitado melhor o conteúdo apresentado pela graduação, revelando que o aprendizado pode – e talvez precise – ser sempre continuado pelo profissional:

*“Se eu pudesse retornar à época da faculdade, apesar de ter sido muito superficial, eu teria me aprofundado um pouco mais”  
(Ademar)*

Este assunto também foi discutido por Furegato <sup>(70)</sup>, quando a autora comenta que, sendo o enfermeiro responsável pelo plano de assistência ao indivíduo, ele precisa instruir sua equipe quanto à valorização das necessidades de cada pessoa. E, para a realização deste processo, é necessário que o enfermeiro instrumentalize-se para orientar suas próprias ações. Essa instrumentalização, além de guiá-lo no processo de enfermagem, também é necessária para justificar suas atitudes. Assim, a aquisição de conhecimentos é um trabalho contínuo na vida profissional, pode contribuir para o esclarecimento das lacunas de aprendizagem e, conseqüentemente, pode melhorar a assistência prestada.

A fala a seguir sugere que o enfermeiro vê a necessidade de orientar sua equipe quanto ao cuidado prestado:

---

*“Eu já vivenciei situações com auxiliares meus, que dizem que esse paciente não tem jeito, que vai ser assim para o resto da vida, porque doido é doido. E eu perguntava se eles tinham conhecimento da patologia, do que desencadeia, o que acontece. Porquê do drogadito, porquê do alcoolista... E eles: ah não, isso não existe. E eu falo: existe sim” (Regina)*

O conteúdo da fala abaixo nos remete à diferenciação de pacientes agudos e crônicos:

*“Na faculdade a gente fez estágio em psiquiatria, que também era só na observação. E os pacientes eram crônicos... eu acredito que existe isso. Então eles eram mais estabilizados, assim, pela medicação. [...] Mas com pacientes agudos eu não tive contato” (Carina)*

Saraceno <sup>(43)</sup> discute sobre o processo de cronificação, relatando diversos estudos de follow-up sobre a esquizofrenia, por exemplo. Assim, afirma que a cronificação e o empobrecimento da pessoa com transtorno psicótico não são resultados intrínsecos à doença, e sim respostas de uma variedade de fatores que podem ser modificadas e direcionadas durante a intervenção a essa pessoa. Já Spivak <sup>(79)</sup> descreve o processo de cronificação como um distanciamento recíproco entre o paciente e os outros (incluindo os terapeutas). Podemos compreender, então, que uma pessoa torna-se crônica, não apenas por ser portadora de um transtorno considerado incurável, mas principalmente pela ausência de propostas sociais, que levam à deficiência.

Vemos que a necessidade de conhecimento é um fator importante para o desenvolvimento profissional nas diversas áreas da enfermagem. Entretanto, o que pode ser inferido pelas entrevistas, é que além do conhecimento científico, também é necessário que a pessoa esteja disposta internamente para trabalhar a variedade de situações que a profissão exige:

---

*“Eu tenho pavor de psiquiatria, é a última coisa que eu estaria estudando hoje [...] Acho que é por isso [problemas familiares passados] que eu fujo da psiquiatria” (Gabriel)*

Desta forma, a carência de conhecimento, associada às condições internas dos sujeitos, acaba por trazer muitas dificuldades na assistência ao portador de transtorno mental, conforme é trazido nas seguintes falas:

*“Tenho muita [dificuldade], desde falta de preparo para lidar com uma pessoa com transtorno mental, até dificuldade em identificar se é um transtorno mental ou se é alguma causa... tipo uma hipóxia” (Dulce)*

*“Eu não sei se as dificuldades podem ser relacionadas a minha falta de conhecimento, falta de treinamento... ou se eu tivesse os dois, eu sinto que mesmo assim, eu tenho dificuldade” (Carina)*

O processo de cronificação descreve como consequências deste processo as situações de frustração e desapontamento das pessoas que cercam os doentes mentais devido ao suceder de suas falências. Isso pode levar o sujeito a isolar-se cada vez mais de situações que mostrem suas deficiências, num processo que se torna cíclico: quanto mais o indivíduo é colocado em posição distante, mais ele permanecerá no auto-isolamento <sup>(79)</sup>.

O conteúdo dos discursos também suscita outros sentimentos despertados e mencionados pelos sujeitos frente à doença mental:

*“Sinto bastante insegurança em não saber a conduta adequada a ser tomada” (Dulce);*

*“Eu tenho muito medo” (Carina)*

Dentro deste contexto, o medo e a insegurança despertados, podem não ter sido refletidas internamente pelo profissional:

*“Eu tinha vontade de voar no pescoço dele [do paciente com transtorno mental]” (Carina)*

Os comportamentos de auto-isolamento e de marginalização dos portadores de transtorno mental são acompanhados por sentimentos como raiva e culpa que emergem nos atores envolvidos no processo de cuidar, culminando no distanciamento recíproco <sup>(43)</sup>. Além disso, pode haver uma dificuldade em realizar a comunicação de forma terapêutica, devido a alguns fatores, tais como: dificuldade na ação de escutar causada por problemas do ambiente ou de ansiedade pessoal; incompetência ou falta de treino na arte da comunicação; dificuldades na interpretação da mensagem enviada pelo outro, deixando transparecer em demasia nossas opiniões e sentimentos; e, por fim, dificuldades em concentrar-se nos problemas do paciente <sup>(80)</sup>.

Alguns sujeitos percebem que, ao se aproximarem da experiência do transtorno mental já como profissionais, as dificuldades podem ser minimizadas, proporcionando uma melhor assistência:

*“Mas acho que eu, falando por mim, especificamente eu, não tenho dificuldades hoje. Inclusive trato até mais assim, com diferença, conseguindo saber quando está delirando, quando está alucinando. Conseguindo saber algumas alterações que outras pessoas talvez tenham dificuldade” (Glória)*

*“Vindo de um contato que eu tenho tido com mais frequência com paciente psiquiátrico, por atuar um pouquinho lá no [hospital psiquiátrico do município], eu mudei minha visão em relação a isso” (Glória)*

Para confirmar esse contexto, ouvimos um relato que aborda também a necessidade de mudança do paradigma biomédico e traz à discussão um dos princípios do SUS – a integralidade:

*“Eu acho que isso é de cada um também, a questão da valorização. Você vai percebendo, com a sua maturidade, trabalhando, o tanto que é necessário você se aproximar dessa pessoa, para conseguir entender o que ela está sentindo... tentar tirar um pouco o foco do biológico e tentar entrar naquela questão que é tão discutida, da integralidade” (Ísis)*

A integralidade pode ser utilizada como foco da atenção à saúde. Assim, ela deve ser fruto do esforço e junção dos vários saberes de uma equipe multiprofissional de cada serviço de saúde <sup>(40)</sup>. No encontro do usuário com a equipe, há de prevalecer o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades trazidas por esta pessoa que busca o serviço de saúde. Assim:

A integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde em traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, que são sempre complexas, mas que precisam ser captadas em sua expressão individual <sup>(40, p.3)</sup>.

Entretanto, para Merhy <sup>(81)</sup> são muitos os serviços que falam em integralidade e que isso não significa, necessariamente, que sejam realizadores de novas práticas de saúde. O que se percebe é que a integralidade está sendo utilizada por modelos de praticar a produção do cuidado em saúde bem tradicionais e bastante centrados corporativamente.

Já outros participantes, mesmo tendo um conteúdo e uma aproximação considerados como adequados, mantêm os sentimentos de rejeição à ideia de prestar assistência à pessoa acometida pelo transtorno mental:

*“Apesar de eu ter tido muito contato, na especialização de Urgência e Emergência, eu acho que eu não sou uma pessoa preparada para lidar. Tenho medo, receio (risos...)” (Mara)*

Assim, o conceito ou a percepção que o sujeito tem do transtorno mental, ligado ao medo, pode paralisar o profissional e impossibilitar a possível aproximação com o outro que requer assistência. Os resultados do estudo de Gentile <sup>(13)</sup> mostram que o medo e a insegurança estão presentes nos sujeitos devido à agressão, a lembranças de acontecimentos com outras pessoas e a situações inesperadas, percebendo a pessoa portadora de transtorno mental como imprevisível e perigosa. Os sentimentos mais presentes despertados durante o convívio com pacientes em sofrimento psíquico são o medo, indiferença, preconceito e raiva <sup>(82)</sup>.

O mesmo sujeito acredita que para a atuação na psiquiatria é necessário, além do conhecimento científico, ter afinidade com a área e algumas habilidades específicas:

*“Eu acho que na psiquiatria, além de ter a especialização, você tem que ter aptidão, porque é uma coisa que, fora o conteúdo, você tem que ter, eu acho... um jogo de cintura... (risos)” (Mara)*

*“Eu acho que quem consegue lidar melhor com isso é quem consegue falar mais, assim... consegue contornar... tem mais o dom da palavra, de falar. [...] Acho que eu não sou uma pessoa para fazer isso” (Mara)*

Desta forma, pode-se afirmar que “a comunicação é o meio pelo qual o indivíduo domina sua solidão e se converte em parte do grupo, ultrapassa as fronteiras do seu eu e atua de forma recíproca com os demais” (80, p.47). Essas colocações nos levam a refletir sobre as habilidades do indivíduo para que a comunicação aconteça. Toda a linguagem tem uma dimensão emotiva e cognitiva e, dessa forma, os acontecimentos da vida de cada sujeito os afetam e condicionam seus recursos, incluindo a capacidade e o poder de se expressar (70). Pode ser compreendida, então, a dificuldade que cada indivíduo manifesta em suas relações. Entretanto, a comunicação, sendo inerente aos seres humanos, é necessária e eficaz na profissão de enfermeiro e seu desenvolvimento pode promover uma maior satisfação individual e profissional.

Por outro lado, o profissional de saúde também está sujeito a apresentar dificuldades e problemas pessoais, que podem interferir na assistência. Além disso, o próprio cuidar em saúde é envolto por situações desgastantes, que deixam transparecer a fragilidade do ser humano:

*“A gente está cuidando, mas a gente também tem transtorno em alguns momentos... as nossas dificuldades” (Ísis)*

*“Eu acho que uma coisa que teria que ter para as próprias pessoas que cuidam, é o apoio psicológico” (Ísis)*

---

O estudo sobre a proposta de implantação de um programa de apoio ao profissional de enfermagem, afirma que a dinâmica do trabalho de enfermagem não considera os problemas do trabalhador, sejam eles internos ou externos ao trabalho <sup>(83)</sup>. Entretanto, espera-se que o profissional não expresse seus sentimentos junto ao paciente, mantendo sempre postura serena. Também é percebido que as necessidades pessoais do trabalhador e sua ansiedade em relação às situações vivenciadas geralmente interferem no tipo de atendimentos que será prestado à pessoa. Assim, há o sofrimento do profissional, que não consegue realizar o cuidado da maneira que ele sabe e gostaria de executar <sup>(83)</sup>.

Contra o sofrimento e a ansiedade gerados no ambiente de trabalho, os profissionais criam os sistemas sociais de defesa para possibilitar o convívio com as situações potencialmente estressantes <sup>(84)</sup>. Há uma relação entre a rigidez das estruturas defensivas dos enfermeiros e a intensidade de sofrimento das pessoas que recebem o cuidado. Entre os sistemas de defesa há a negação e o distanciamento, traduzidos em tarefas fragmentadas, que prejudicam a vivência real do trabalho de enfermagem. Isto permite, por um lado, o desempenho rotinizado das funções. Por outro lado, ocasiona importantes perdas para o funcionamento do psiquismo individual e para a assistência desenvolvida. Vemos que tal afirmativa converge de maneira significativa com o conteúdo produzido pelos sujeitos ouvidos no presente estudo.

#### 4.2.3 A DEFICIÊNCIA NO CUIDADO

Considerando que a área de atuação da enfermagem incide sobre o cuidado, temos na definição que cuidar (do latim cogitare) “é imaginar, pensar, meditar, cogitar, julgar, aplicar atenção [...], ter cuidado consigo mesmo, com sua saúde, sua aparência ou apresentação” <sup>(56)</sup>.

Para Boff <sup>(85, p. 91)</sup> o “cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim”. E assim sendo, há a dedicação ao outro,

---

a participação em sua vida, ou seja, seu destino, suas buscas, sofrimentos e sucessos. O autor também aproxima o cuidado de duas dimensões, interligadas entre si: o desvelo – solicitude e atenção para com o outro; e a preocupação e inquietação, pois a pessoa que cuida, sente-se envolvida afetivamente com o outro. Outra concepção do cuidado humano é vê-lo como forma ética e estética de viver, que inicia pelo amor à natureza e passa pela apreciação do belo <sup>(86)</sup>.

A produção de cuidado está ligada a uma subjetividade que permeia todas as pessoas envolvidas nesta produção, como os trabalhadores, usuários, famílias, equipes e gestores <sup>(78)</sup>. É colocado, então, que “cuidado é tudo aquilo que se aglutina sob a forma de ações ou intervenções, que colaboram para gerar, organizar ou (re)estabelecer esperança, autonomia, a liberdade de escolha, as relações humanas e o sentido da vida” <sup>(78, p.329)</sup>.

Ide <sup>(87)</sup> afirma que uma reconceitualização do cuidar vem atrelada a um estatuto de ciência renovada, reconhecida no outro, na sua interação com as relações sociais e institucionais, numa compreensão mais ampla do ser e do estar no mundo, que é demonstrada pelo processo saúde-doença. Desta maneira, a aptidão profissional passa a abranger a capacidade de observar e de ouvir.

Especificamente, o cuidado em enfermagem pode ser concebido como um conjunto de ações de acompanhamento contínuo do usuário e população, não apenas durante uma situação de doença, mas durante todos os processos vitais do ser humano (o nascer, crescer, trabalhar, reproduzir-se e envelhecer) <sup>(88)</sup>. Todas essas ações teriam como objetivo principal a promoção da saúde, prevenção de doenças e complicações e a recuperação do bem-estar total do indivíduo.

Na presente investigação, a análise deste tema propiciou uma reflexão sobre o cuidado à pessoa portadora de transtorno mental quando internada em um hospital geral. A partir dos discursos produzidos pelos sujeitos, é possível perceber dificuldades em realizar o cuidado a essas pessoas, afastando o cumprimento do princípio de responsabilização preconizado pelo SUS. Ao referir-se ao paciente psiquiátrico no hospital geral, ouvimos:



---

*“Eu tenho bastante dificuldade em trabalhar com esses pacientes, que delegam bastante responsabilidade para a gente... e bastante paciência” (Carina)*

*“Ele precisa de uma terapia ali, de um enfermeiro que goste daquilo, um psicólogo, psiquiatra, que fique com ele não 15 minutos, mas 6, 7, 8, 10 horas no dia” (Gabriel)*

*“A gente não tem o hábito de tratar desse paciente, de acolher” (Luciana)*

Tomar para si a responsabilidade do cuidado, independentemente dos possíveis diagnósticos, implica na valorização que o profissional dá à pluralidade terapêutica contida no cuidar. Entretanto, parece que alguns sujeitos estabelecem uma dicotomia entre o cuidar das pessoas que apresentam o transtorno mental e as que não apresentam. A narrativa a seguir diverge das anteriores:

*“A gente corre muito para saber o que é certo, errado, o que eu posso e não posso e esquece de [...] dar o cuidado. Vou falar com ela... tem que ser assim a medicação... mas deixa de falar um “oi” para ela. Se eu mostrar a ela que ela está tendo a minha atenção, isso já vai melhorar muito para ela. O bem-estar para ela vai ser melhor, vai melhorar a saúde, a condição mental dela. Vai colocar ela mais para cima” (Regina)*

Estar ao lado, estar junto, mostrar envolvimento, confiança e responsabilização podem ajudar o outro a manifestar-se pelo que há de melhor em si, além de oferecer suporte para superar limites ou adaptar-se a eles. Assim, as relações interpessoais e interações sociais são compreendidas como a base do existir humano e antecedem mesmo as técnicas terapêuticas, inscrevendo-se na dimensão cidadã e política do cuidado<sup>(78)</sup>.

Nesse contexto, a fala a seguir demonstra como o cuidado, o se relacionar, faz parte da profissão de enfermagem e pode ser bastante gratificante para quem realiza tal função:

---

*“Porque quando a gente cuida, nossa intenção é ter alguém restabelecido, na medida do possível. Então se você conseguir isso, é: nossa, estou fazendo o meu papel, que delícia. Também como ser humano, eu estou muito bem, além da parte profissional. Eu penso que isso é gostoso” (Regina)*

A interação é referida como uma ação mediada e orientada, simbolicamente, por normas obrigatórias que definem as expectativas recíprocas de comportamento e “que têm que ser entendidas e reconhecidas pelos agentes da interação” (89, p.394). Com essas colocações, pode-se perceber que estar perto e relacionar-se são inerentes aos seres humanos e fundamentais a quem presta o cuidado. E, da mesma forma que uma pessoa tem suas expectativas quando precisa da internação hospitalar, os profissionais que a atendem também tem suas expectativas e somente o equilíbrio entre essas emoções pode promover uma interação saudável e que objetive a produção de cuidado.

Merhy (90) considera que é necessário pensar em modelos de processos de trabalho em saúde que consigam combinar, de maneira eficaz, a produção de atos cuidadores, ou seja, a busca pelas necessidades de saúde dos usuários, com a conquista dos resultados esperados: cura, promoção e proteção. Na verdade, o autor (p. 108) acredita que no “campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a **produção do cuidado**, através do qual poderá ser atingida a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que se quer atingir” pela maioria dos profissionais e, também, dos usuários.

A dificuldade em cuidar também foi referida nos discursos, mencionando a equipe de enfermagem:

*“Quando a gente tem um psiquiátrico na ala, me angustia muito, porque a minha equipe não sabe trabalhar com o psiquiátrico” (Gabriel)*

O mesmo sujeito anteriormente havia relatado sua própria dificuldade de aproximação da pessoa acometida pelo transtorno mental, o que nos leva mais uma vez à reflexão da importância da conduta do enfermeiro na equipe, assim como a necessidade de haver disposição interna do profissional para rever conceitos cristalizados que, muitas vezes, empobrecem a assistência.

*“Minha equipe também encontra muita dificuldade em lidar com esses pacientes” (Dulce)*

Neste contexto, existe espaço para uma nova postura profissional, que se consolida na responsabilização e do enfrentamento das complexas redes de poder – que procuram suprimir a participação efetiva dos sujeitos dessa dinâmica assistencial durante seu convívio. Com esse enfrentamento, pode ocorrer a recuperação da capacidade profissional de pensar e de criar, para transformar os métodos de trabalho, geralmente pautados na rotina, na fragilidade dos vínculos, na ausência de sentido e de sustentação teórica. Isso significaria a superação dos limites do modelo vigente <sup>(91)</sup>.

Em contrapartida, ouvimos discurso que diverge dos conteúdos apontados anteriormente:

*“Não tenho dificuldades em lidar... suprindo as necessidades, conseguindo entender melhor e acalmando mais até o paciente” (Glória)*

O discurso sugere haver a tentativa de aproximação do profissional com a pessoa que requer ajuda no contexto da internação.

Há ainda a percepção do sujeito quanto ao prejuízo na assistência. No entanto, parece haver certa paralisia ou congelamento quanto à possibilidade de mudança no processo de prestação da assistência:

*“A gente contem e depois vê o que faz (risos). É o que acaba acontecendo pela dificuldade de a gente não saber como abordar” (Luciana)*

---

Saraceno<sup>(43)</sup>, ao considerar as variáveis que interferem na efetivação do processo de reabilitação psicossocial, aponta a variável serviço e sua organização como um dos suportes importantes. Já para Merhy<sup>(39)</sup>, mais do que questionar o que ocorre nos serviços a partir da organização do processo de trabalho em saúde, devemos é desenvolver a capacidade de criar interrogações sobre o que está ocorrendo, abrindo possibilidades do trabalhador coletivo inventar modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas.

A complexidade de situações vivenciadas durante o trabalho de enfermagem, como conflitos interpessoais, foi mencionada como indicativo de distanciamento do profissional para com o paciente:

*“Eu acho que a gente vê muita coisa aqui dentro, passa por muito conflito, até de relacionamento interpessoal, que acaba gerando até dificuldade para lidar com o outro” (Ísis)*

O estudo dos papéis sociais envolvidos na situação de internação hospitalar mostrou que, para o enfermeiro, uma internação significa a continuidade de seu trabalho, ou seja, é uma atividade já esperada – diferentemente do significado que esta mesma internação tem para a pessoa adoecida. Entretanto, durante a sua interação com a pessoa a ser cuidada, o enfermeiro encontra alguns conflitos, gerados pela diferenciação da meta da internação: o atendimento à pessoa. Assim, a cada nova internação, o enfermeiro depara-se com demandas variadas, trazidas por cada novo paciente, seja pelas exigências pessoais ou pelo próprio saber científico que as doenças carregam<sup>(92)</sup>. Assim, torna-se fundamental que o enfermeiro mobilize seus recursos internos para enfrentar os conflitos identificados.

Observamos que o cuidado apareceu de forma dicotomizada nas falas dos sujeitos, ou seja, a assistência acontece de maneira fragmentada, onde cada profissional desenvolve um procedimento específico, sem o envolvimento integral da equipe de saúde.

Ao referir o atendimento em psiquiatria prestado no pronto socorro, o sujeito relata:

*“Porque a gente pega a pior fase [no pronto-socorro], medica, o paciente dorme, fica um tempo lá, em observação, 12, 24 horas, o quanto for necessário e vai embora. Não tem contra-referência, porque... a gente nem sabe de onde essa pessoa veio” (Luciana)*

*“Do que eu vivencio, a maior dificuldade é essa. Porque depois que o paciente tranquilizou e melhorou, a assistente social vai ser encarregada de, se esse paciente tem uma família, direcionar. Se ele é morador de rua, encontrar pelo menos um abrigo para ele ficar por um tempo. Mas morre nisso [a assistência]” (Luciana)*

A dicotomia é presente entre o saber-fazer técnico e um cuidado tido como sensível <sup>(78)</sup>. Assim, há dificuldade em desfazer essa fronteira no processo de cuidar e de acolher sujeitos, processos ainda muito marcados por critérios biológicos e modelos burocratizados, centralizados na intervenção funcional. Desta forma:

Os trabalhadores, formados sob a ótica do paradigma flexneriano, permanecem predominantemente no território referencial do modelo médico-assistencial privatista, da divisão por especialidades e por disciplinas, aceitando a idéia de produção social da saúde mais no caráter da multicausalidade, sem se dar conta das implicações a que está sujeito por se tratar de um processo histórico, social, cultural, econômico, político e ético inerente, e com dificuldades de incorporar a imprevisibilidade e a incerteza como parte do processo, não contando com instrumental coerente para agir <sup>(78, p.330)</sup>.

Já sobre o processo de institucionalização do cuidar vemos que há a divisão e a profissionalização forçadas do trabalho da enfermagem, provocando um afastamento do enfermeiro do cuidado direto. Essa ordem própria, criada em cada ambiente de trabalho, tem por finalidade manter o sistema em equilíbrio. Entretanto, o que pode dar sustentação a essas práticas rotineiras são as “redes de sentidos que centralizam hábitos de pensamento, de ação e de formação” que fornecem representações comuns, que sustentam a continuidade deste sistema <sup>(91, p.413)</sup>.

Para Merhy<sup>(90)</sup> uma das tensões básicas que ocorre nos serviços de saúde é a lógica da produção dos atos de saúde como resultado das ações de distintos tipos de trabalhadores, como por exemplo: as ações de saúde enfermeiro centradas ou médico centradas, sem integração e união em torno do usuário, ou a clínica restrita do médico (procedimento centrada) e os exercícios clínicos de todos os trabalhadores de saúde.

A fala na seqüência mostra que a dificuldade em se obter as informações necessárias para se realizar uma assistência e acompanhamento adequados pode fazer com que pessoas com transtornos mentais diversos retornem com frequência no pronto-socorro, uma vez que o cuidado prestado é fragmentado.

*“E eu continuo sem saber nada dele e sei que ele vai voltar. Aqui tem as “figurinhas carimbadas”, que a gente chama. Ele chega, eu já sei quem é e o quê aconteceu mais ou menos, porque há um mês atrás ele veio, entendeu?” (Luciana)*

Tal conteúdo evidencia que a prática da assistência está ancorada no modelo do dano, na crença do estado de fixidez quanto às possibilidades de transformar a situação da pessoa acometida pelo transtorno mental. É indiscutível a necessidade de progresso e de expansão das políticas de saúde dos municípios. Entretanto, mais uma vez nos reportamos a Saraceno<sup>(43)</sup> quanto à afirmativa da importância da intervenção que passa pelos níveis de afeto, de solidariedade, de alteridade, transformando as “histórias naturais dos serviços de assistência”.

Ao considerarmos o cuidado na enfermagem destaca-se que esse requer uma autonomia profissional que somente procede quando pensamos nas intervenções de enfermagem como algo que não é totalmente definitivo, antes da realização de uma tarefa<sup>(89)</sup>. Isto significa que “não é possível, nem desejável, definir a ação por completo antes da execução, pois há que se tomar em consideração o sujeito a quem se destina a intervenção”<sup>(89, p.94)</sup>. Assim, é prioritário que, antes do planejamento da assistência a ser prestada, haja o conhecimento da pessoa que necessita de ajuda, considerando toda sua complexidade humana.

Nesta mesma ótica, a fala a seguir, diz respeito a um cuidado fragmentado e à pouca autonomia do enfermeiro na assistência ao paciente psiquiátrico:

*“Falta orientação para hospital como um todo. Falta de participação do psiquiatra, que muitas vezes diz: “gente, eu preciso amarrar esse paciente”, como se todo mundo tivesse que deixar de fazer o que está fazendo para fazer isso. Aí entra a falta de formação de uma equipe própria para isso” (Luciana)*

A “falta de participação do psiquiatra” relatada aponta que o sujeito é sensível à fragmentação da assistência no contexto pesquisado. Paralelamente, converge com aspectos encontrados, revelando que a conduta dos enfermeiros no cenário da internação do paciente psiquiátrico em hospital geral é ainda centrada na exclusão e no poder médico, sendo este o detentor do saber e do tratamento <sup>(13)</sup>.

Merhy <sup>(39, p. 13)</sup> afirma que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. Para o autor, é possível afirmar que nesse modelo assistencial a “ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a essa lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais submetidos à lógica médica”, o que acaba por empobrecer o núcleo cuidador.

Para pensarmos em modelos capazes de desconstruir a dicotomia no cuidado é necessária a construção de um novo modelo <sup>(78)</sup>, que pretende romper a exclusividade do modelo curativo, apresentando também o novo objeto: o sujeito social, o cuidar em relação, a noção de vínculo avançando sobre as tecnologias de cuidado, como formas de atingir a rede de subjetividades que cerca o cuidado em saúde e os sujeitos deste cuidado (trabalhadores e usuários), “o que não deixa de representar um enorme desafio, já que isso demanda, sobretudo, a revisão dos instrumentos e das intenções de cuidado” <sup>(78, p.330)</sup>.

Também foi percebido nas narrativas, que a quantidade de funções administrativas e burocráticas delegadas ao enfermeiro afasta esse profissional do cuidado direto, que é realizado pelos profissionais de nível técnico. Ao se referir à pessoa acometida pelo transtorno mental na unidade do hospital geral, ouvimos:

*“Então eu me aproximava mais do auxiliar de enfermagem, por conta do contato maior que ele tinha” (Ademar)*

O cuidado direto – tarefa primária da enfermagem – vincula o profissional ao controle do contexto da prática, agregando ambientes, ações e relações e mediando os poderes intrínsecos a essa prática <sup>(87)</sup>. Ainda sobre esse aspecto, a autora aborda a questão do triplo controle na enfermagem, modelo proposto por Florence Nightingale. Sustentando este modelo de controle, temos a dimensão que diz respeito à ação, sendo aqui o momento onde há a ruptura definitiva que desvincula o enfermeiro do cuidado direto. Assim, o objetivo do trabalho desse profissional é o controle do cenário e o desempenho dos trabalhadores de nível médio, a quem fica delegado, então, o cuidado direto. Vemos que a cultura profissional é perpetuada neste modelo, dificultando a construção de novas práticas para o cuidado em saúde.

Como características desse modelo, existem as expectativas de função, comportamentos estereotipados, hábitos de pensamento e de ação semelhantes à instituição em geral, gerando respostas frágeis em adaptação <sup>(87)</sup>. Nessa perspectiva, a autora descreve a ação em saúde com a finalidade de evitar a angústia do desligamento da subjetividade, marcada por atitudes de demarcação (conferir coisas e pessoas, passagem de plantão), rotinização, atividades administrativas (escalas, censos, requisições, relatórios e controle de materiais e equipamentos). As consequências do processo de afastamento podem provocar, entre outras coisas: a deterioração do espaço interno psíquico, um sofrimento psíquico ímpar decorrente da insatisfação frente às situações vivenciadas e a utilização de mecanismos sociais de defesa contra a ansiedade <sup>(91)</sup>.



A diferença nos processos de trabalho do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem mostra que os enfermeiros são unânimes em definir o gerenciamento do cuidado como sua função principal. Entretanto, as atividades que esses profissionais caracterizam como burocráticas (inclusive a realização da sistematização da assistência de enfermagem) ocasionam um conflito no trabalho em conjunto com o auxiliar de enfermagem, sob o aspecto do planejamento do cuidado e de sua execução integral. Foi observado, então, que o significado cultural que os enfermeiros atribuem ao processo de enfermagem, quando realizado apenas pela ótica burocrática, culmina por afastar o profissional do paciente <sup>(89)</sup>.

O cuidado direto prestado pelo enfermeiro foi mostrado como equivalente ao do auxiliar de enfermagem <sup>(89)</sup>, e, segundo a percepção destes últimos, são abolidas as diferenças técnicas existentes em ambas formações. Para as duas categorias profissionais, o cuidado direto é considerado como ação de destaque, porém, “os enfermeiros reconhecem e expressam intenso conflito e tensão entre o gerenciamento do cuidado, sua ação privativa e predominante, e a execução do cuidado, a cargo, sobretudo, do auxiliar de enfermagem” <sup>(89, p.397)</sup>.

Com relação à assistência integral, um sujeito reconhece o adoecimento físico dos pacientes psiquiátricos:

*“Lembrando que os pacientes que têm alterações psíquicas também adoecem, também têm infecção do trato urinário, também têm tudo. E eles caem aqui e a gente tem que saber lidar com todas as situações. Cuidar dele como um todo. Não vou cuidar da infecção e chamar a enfermeira da psiquiatria para cuidar da parte psíquica, né?” (Glória)*

*“Eu tenho que conseguir ter essa visão geral do paciente” (Glória)*

Entretanto, em outros profissionais ainda permanece a influência do modelo biologicista, onde há a tendência de apreender apenas as alterações clínicas das pessoas sob seus cuidados:

---

*“São muito poucos os casos que ficam lá no fundo [no setor de internação do PS] e não estão internados lá por conta do transtorno psíquico. Estão internados por um fator clínico, cirúrgico, alguma outra coisa” (Luciana)*

A medicalização também foi citada, sugerindo que o cuidado prestado é focado apenas no lado biológico e é possível perceber insatisfação do sujeito, como também é denotada imobilização em relação à possibilidade de mudança na presente dinâmica de funcionamento.

*“A conduta médica é amarrar e medicar” (Luciana)*

*“Muitas vezes esse paciente melhorou e vai embora [após a medicação]. Não tem programação de tratamento, não tem programação de internação” (Luciana)*

Ainda sobre o modelo de controle, proposto por Nightingale <sup>(91)</sup>, é considerado como o segundo âmbito de controle aquele apto a promover a sintonia, ou seja, funcionar como elo das relações entre os atores do processo. Nesse sentido, encontramos a contenção, a disciplina, o respeito à hierarquia e os ritos de pertinência, como mecanismos que justificariam o julgamento e a punição dos desvios de comportamento.

A medicalização – ou melhor definindo-a – o processo de cura e doença, traduz-se pelo “cuidado que, pensado sob o paradigma moderno, vale na medida em que serve ao afastamento do risco, do perigo que a doença representa” <sup>(78, p.331)</sup>, ou seja, é movido pela preocupação em alcançar o sucesso da ação técnica. Na clássica ação prescritiva (por exemplo: para hipertensão, prescreve-se dieta, exercício e anti-hipertensivos) destaca-se a lógica de curar e assim, finalizar o processo, o que esgota e diminui o próprio sentido de cuidado. Para as autoras (p. 331), “não se questiona quem é o sujeito do cuidado, tampouco o que ele tem a expressar, manifestar, produzir, confrontar, trocar, afirmar”.

Para Merhy <sup>(39)</sup>, qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a uma pessoa que requer ajuda é produzida por meio de um

---

trabalho vivo em ato, em um processo de relações, onde se criam, de forma subjetiva, alguns momentos interessantes, como:

Momentos de falas, escutas e interpretações [...]; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação <sup>(39, p. 5)</sup>.

Assim, para o autor, o que deverá se impor ao modelo procedimento centrado é o núcleo cuidador, que pode favorecer a diminuição das relações de dominação estabelecidas entre os profissionais. Além disso, a partir desse núcleo cuidador, pode-se abrir um espaço de trabalho no interior das equipes que seja equivalente a todos os membros, explorando a cooperação entre os diferentes saberes e a partilha das decisões.



*Considerações Finais*

---

---

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que, além do sofrimento psíquico, as pessoas portadoras de transtorno mental também podem padecer de doenças físicas, e, portanto, podem ser atendidas em serviços não específicos, este estudo objetivou identificar as percepções sobre os transtornos mentais elaboradas por enfermeiros que atuam em hospital geral em seu cotidiano de trabalho.

Para tal, foram realizadas entrevistas com os enfermeiros do Hospital das Clínicas de Marília – Unidade I. Durante a fase de coleta de dados, foi notória a dificuldade presente no profissional enfermeiro quanto à participação na pesquisa. Entendendo que não nos compete apontar um motivo e sim considerar que muitos fatores podem ter levado nossos sujeitos a sinalizarem alguma dificuldade quanto à participação na pesquisa como, por exemplo, pouca leitura, insegurança, sobrecarga, problemas pessoais dentre outros.

As narrativas foram analisadas embasadas na análise temática e o referencial teórico de Benedetto Saraceno e Emerson Elias Merhy, autores que abordam a reabilitação psicossocial e o processo de cuidar, respectivamente. Dessa forma, surgiram os seguintes temas para análise: o preconceito, a carência de conhecimento e a deficiência no cuidado.

O preconceito aparece nos discursos por diversas maneiras e culmina por distanciar os sujeitos do cuidado à pessoa com transtorno mental. Este distanciamento pode acontecer pela manifestação de mecanismos de defesa intrínsecos ao ser humano em sua busca para evitar situações de angústia. Dessa forma, o transtorno mental, muitas vezes acaba tornando-se invisível aos profissionais, sendo superado pelos problemas físicos que as pessoas apresentam em um hospital geral. O modelo biologicista tradicional, ainda predominante nas práticas em saúde, contribui para fortalecer a lógica do problema-solução e, dessa maneira, a doença física, que passível de ser diagnosticada por exames e tratada com medicamentos e procedimentos,

---

torna-se mais simples para se lidar, quando comparada ao transtorno mental, considerado como subjetivo, crônico e irrecuperável.

As narrativas trouxeram conteúdos que sugerem o pouco envolvimento pessoal do enfermeiro durante o processo de cuidar. Entre um dos fatores responsáveis por esse fato, pode-se destacar a influência dos poderes envolvidos na relação entre os seres humanos. O profissional, muitas vezes, opta por não se envolver para preservar sua onipotência em relação aos pacientes, ou seja, o profissional tende a se sentir “donos” dos pacientes e essa situação foi ainda mais percebida, nesta pesquisa, com relação às pessoas portadoras de transtorno mental. Associado ao preconceito, o poder transparece em atitudes como a contenção física (ou mecânica), que ocorre sem uma reflexão adequada entre os setores do hospital pesquisado.

O excesso de procedimentos técnicos em detrimento das outras ações de cuidar, como a comunicação terapêutica, prejudica uma assistência adequada a quem precisa de ajuda, reproduzindo o modelo organicista de assistência. Nessa lógica, o poder profissional dificulta o processo de reabilitação das pessoas doentes e impede o exercício pleno de sua cidadania e até a manutenção de sua integridade física e moral.

O preconceito trazido pelos sujeitos também reforça a discriminação e a exclusão a que vêm sendo submetidos os portadores de transtorno mental ao longo dos tempos. As falas sugerem que os sujeitos têm dúvidas quanto às habilidades e aos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, mostrando que há, realmente, representações cristalizadas sobre essas pessoas, quanto ao seu comportamento desequilibrado e imprevisível. A dicotomia no cuidado percebida também tem grande influência do modelo biológico vigente. A reversão desse modelo de assistência necessita de uma reflexão ampliada, uma vez que não é preciso excluir a dimensão biológica, mas considerá-la como ineficaz e retrógrada, se realizada unicamente.

Foi percebido também, que os avanços da Reforma Psiquiátrica ainda não fazem parte do arsenal de recursos dos profissionais que atuam em hospitais gerais. Os discursos sugeriram que as pessoas portadoras de transtorno mental ainda deveriam ser cuidadas em locais específicos a elas,

---

ou seja, o hospital psiquiátrico. Mesmo tendo havido, por muitos anos, uma enfermagem psiquiátrica dentro do hospital geral pesquisado, os sujeitos relataram que sua atuação neste local era muito restrita e, até evitada.

Vale ressaltar que dois sujeitos, a partir de suas falas, não apresentam o preconceito embutido em suas práticas. Talvez por terem já tido uma maior aproximação com a área de saúde mental, mas também pode-se inferir que há, nestes sujeitos, uma maior disponibilidade em reconhecer o outro e se relacionar com ele.

O segundo tema emergido nas análises tem relação ao conhecimento referente à saúde mental, ou melhor, à carência deste conhecimento que leva a uma assistência deficiente. Novamente, a questão da contenção mecânica surge nos discursos, sugerindo que este procedimento faz parte da cultura da instituição e, na ausência de conhecimento específico, acaba por ser a única atitude “terapêutica”, associada também à aplicação de medicamentos como contenção.

Houve, nas narrativas, várias inferências ao Grupo de Oito, para a realização das contenções mecânicas. Entretanto, mesmo tendo um referencial para essa prática, foi percebido que os próprios sujeitos apresentam dúvidas e necessitariam de atualizações do conteúdo. Também houve relatos que demonstraram sentimentos de angústia e revolta frente à situação dos doentes mentais contidos, principalmente nos corredores do setor de urgência e emergência do hospital, sem o cuidado com a privacidade e integridade dessas pessoas, como se elas estivessem lá para a exposição pública. Os próprios sujeitos relatam a necessidade de maior conhecimento, para que a assistência possa acontecer de maneira mais humana e que promova a recuperação das pessoas portadoras de transtorno mental.

A graduação em enfermagem foi colocada pelos sujeitos como responsável para aquisição de conhecimentos. Especificamente na área de saúde mental, a formação foi considerada pelos sujeitos como superficial e insuficiente para a atuação com os doentes mentais. É sabido que o conteúdo referente à enfermagem psiquiátrica pode auxiliar os futuros profissionais a exercitarem as relações interpessoais, a empatia, a comunicação terapêutica

---

e a valorização do outro e, assim, contribuir para que, mesmo o enfermeiro generalista, possa desempenhar suas funções com maior qualidade. Dessa forma, torna-se importante que as faculdades revejam o conteúdo de seus currículos, com a finalidade de equilibrar os aspectos biológicos, com os subjetivos, que abordem as relações, os conflitos e o conhecimento do outro.

Além do conhecimento científico, as entrevistas mostraram que também é necessária uma disponibilização do profissional para lidar com as situações com as quais não possui tantas afinidades. A busca pela solução de situações ainda desconhecidas será necessária e fundamental em todas as áreas, não só para a enfermagem, mas para toda pessoa que procura ser um profissional melhor. A busca incessante por conhecimentos pode evitar situações de um cuidado empobrecido e, especificamente para a saúde mental, pode evitar o processo de cronificação da doença mental e estagnação emocional e social na qual se encontram as pessoas que dela sofrem.

Como já vimos, a aproximação das pessoas em sofrimento psíquico contribui para diminuir o preconceito e melhorar a assistência. Entretanto, os sujeitos, mesmo tendo contato frequente com essas pessoas, ainda mostraram grande rejeição à área de saúde mental. Também foi presente nas falas, que a dificuldade do enfermeiro em lidar com suas próprias angústias e emoções pode prejudicar a forma como presta a assistência. Assim, faz-se necessário que cada instituição preocupe-se em preparar o próprio trabalhador, propondo medidas que o auxiliem a gerenciar conflitos internos e externos ao ambiente de trabalho.

A discussão sobre a carência de conhecimento demonstrada pelas entrevistas, como a execução de contenção física e medicamentosa, os aspectos da formação acadêmica e as condições pessoais internas dos profissionais, é importante para que cada trabalhador reflita sobre suas práticas e busque soluções para lidar com as circunstâncias emocionais que envolvem o serviço de enfermagem, além de propiciar às instituições o reconhecimento das organizações de trabalho e das necessidades individuais de pacientes e profissionais.



---

A análise do tema deficiência no cuidado trouxe reflexões sobre a situação desse cuidado ao portador de transtorno mental. Foi percebido, a partir dos discursos, que há pouca responsabilização dos enfermeiros sobre esses pacientes, mostrando uma dicotomia no processo de cuidar. Essa dicotomia diz respeito à realização de procedimentos técnicos e atividades burocráticas por parte do enfermeiro, colocando em segundo plano o estar perto, conversar, interagir. Ainda prevalece, como pudemos perceber, a influência do modelo biologicista, que preconiza a cura. Entretanto, quando há a produção do cuidado primeiramente, as conseqüências virão na forma de promoção, prevenção, reabilitação e cura.

Os discursos evidenciam que os sujeitos percebem o prejuízo na assistência prestada, porém, parece não haver uma disponibilidade de recursos internos que promova a reversão deste modelo. A divisão social entre o trabalho dos enfermeiros e dos profissionais de nível técnico da enfermagem acaba por distanciar os primeiros do cuidado direto, que seria a tarefa primária desta profissão. Nesse contexto, os sujeitos relatam haver no processo de trabalho um número excessivo de funções administrativas ou burocráticas e o cuidado direto acaba por ser delegado aos profissionais de nível técnico.

O tecnicismo presente nos discursos também transpareceu a fragmentação do cuidado prestado, com atribuições específicas entre médicos e enfermeiros. À enfermagem cabe a responsabilidade do cuidado prático, muitas vezes, subordinado ao saber médico. Alguns sujeitos revelaram assistir ao paciente de forma integral, enxergando nele, tanto as alterações físicas quanto psíquicas, e sentindo como responsabilidade sua, lidar com ambas alterações. Entretanto, a influência do modelo biomédico foi prevalente nos discursos e foi observada a dificuldade dos sujeitos em apreenderem os aspectos subjetivos das pessoas portadoras de transtorno mental.

A partir destas considerações, vê-se a importância de haver uma cultura institucional de valorização do cuidado e das pessoas. Aos enfermeiros, fica a reflexão de sua prática, para que eles passem a considerar, também, como parte de seu processo de trabalho, o estar junto,

a escuta, a conversa, a responsabilização pelas relações interpessoais, que são a essência do cuidar. A valorização profissional, que muitos acreditam vir apenas a partir de conhecimentos científicos e destreza técnica e gerencial, poderá ser cada vez maior quando o enfermeiro conseguir aliar a tudo isso o cerne de sua profissão: o cuidar. Esses mesmos profissionais podem melhorar a assistência prestada colocando-se, também, como sujeitos, como os próprios usuários do serviço e procurando reconhecer a si mesmo como pessoas passíveis de falhas, mas com habilidades suficientes para superá-las.

Cabe também considerar a importância da rede de atenção à saúde mental, da qual faz parte o hospital geral, como ferramenta fundamental para uma assistência completa à pessoa portadora de transtorno mental, valorizando suas habilidades, diminuindo os danos da doença mental e promovendo a reabilitação dessas pessoas, como seres humanos complexos, com histórias de vida, famílias e trabalho. Afinal, qual pessoa não deseja isso?



## *Referências*

---

1. Pereira MA, Labate RC, Farias FLR. Refletindo a evolução histórica da enfermagem psiquiátrica. *Acta Paul. Enferm.* 1998 set./ dez.; 11(3): 52-9.
2. Pereira MAO. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. [tese – livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): EERP/USP; 2003.
3. Chauí MS. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. 4. ed. São Paulo: Cortez; 1989.
4. Foucault M. A história da loucura na idade clássica. 2. ed. São Paulo: Perspectiva; 1978.
5. Lussi IAO. Trabalho, reabilitação psicossocial e rede social: concepções e relações elaboradas por usuários de serviços de saúde mental envolvidos em projetos de inserção laboral. [tese]. Ribeirão Preto (SP): EERP/USP; 2009.
6. Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão como intenção e gesto. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2002; 36(1): 4-9.
7. Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países Avançados”. In: Nicácio F, organizador. *Desinstitucionalização.* São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-59.
8. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas: Anais da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental; 2005 nov. 7-10; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
9. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004.* Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)/PHR. Saúde Mental em dados 8. Área Técnica de Saúde Mental/DAPES/SAS; 2010.

11. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Orçamento e Planejamento/SE/MS, DATASUS, Saúde Mental em dados 7. Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Drogas/DAPES/SAS/MS, 2009.
13. Gentile C. O transtorno mental na percepção da equipe de enfermagem de hospital geral. [dissertação]. Ribeirão Preto: Ribeirão Preto: EERP/USP; 2004.
14. Rolim MA. As representações sociais acerca do doente mental atendido em emergências psiquiátricas. [tese]. São Paulo: EE/USP; 1993.
15. Silva ATM, Souza JS, Silva CC, Nóbrega MML, Oliveira Filha M, Barros S et al. Formação de enfermeiros na perspectiva da reforma psiquiátrica. Rev. Bras. Enfermagem. 2004 nov./dez.; 57(6): 675-8.
16. Monteiro JR, Bellini MIB. Acesso à internação psiquiátrica em hospital geral. In: Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação da PUCRS: Anais da 3. Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação da PUCRS; 2008 ago. 14-11; Porto Alegre, RS. Porto Alegre, RS; 2008.
17. Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. Rev. Ter. Ocup. 1998 jan./abr.; 9(1): 26-31.
18. Machado AL, Colvero LA. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2003 set./out.; 11(5): 672-7.
19. Estevam SAU, Luís MV. A enfermagem numa unidade psiquiátrica de hospital geral. Acta Paul. Enferm. 2000; 13(especial parte II): 156-61.
20. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev. Psiquiatr. Clín. 2006; 33(2): 43-54.

- 
21. Cardoso G. Perturbações psiquiátricas no hospital geral. *PsiLogos - Rev. Serviço Psiquiatria Hospital Fernando Fonseca*. 2005; 1(2): 48-56.
  22. Gioia-Martins DF, Medeiros PCS, Hamzeh SA. Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. *Psicol. teor. prá.* 2009 jun; 11(1): 128-41.
  23. Humerez DC. *Enfermagem e loucura*. [dissertação]. Ribeirão Preto: EERP/USP; 1988.
  24. Castro RCBR, Silva MJP. O conhecimento e a percepção do enfermeiro a respeito do processo da reforma psiquiátrica. *Acta Paul. Enferm.* 2002 abr./jun.; 15(2): 55-64.
  25. Botti NCL, Cotta EM, Célio FA. Visita ao Museu da Loucura: uma experiência de aprendizagem sobre a reforma psiquiátrica. *Rev. Eletrônica de Enferm.* [Internet]. 2006 [acesso em 20 de outubro de 2009]; 8(1): 52-57. Disponível em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/original\\_06.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/original_06.htm)
  26. Rocha RM. *Enfermagem psiquiátrica: que papel é esse?* *Rev. Enferm UERJ*. 1993 nov.; 1(2): 9-23.
  27. Saeki T, Munari DB, Alencastre MB, Souza MCBM. Reflexão sobre o ensino de dinâmica de grupo para alunos de graduação em enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 1999 dez.; 33(4): 342-7.
  28. Esperidião E, Munari DB, Stacciarini JMR. Desenvolvendo pessoas: estratégias didáticas facilitadoras para o autoconhecimento na formação do enfermeiro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2002 jul./ago.; 10(4): 516-22.
  29. Trevisan MA. *Liderança do enfermeiro: o ideal e o real no contexto hospitalar*. São Paulo: Sarvier; 1993.
  30. Machado SC, Stipp MAC, Oliveira RMP, Moreira MC, Simões LM, Leite JL. Liderança em enfermagem psiquiátrica. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2006 dez.; 10(4): 730-4.

31. Minzoni MA. A assistência ao doente mental internado: análise de uma experiência de treinamento de atendentes em hospital psiquiátrico. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*. 1980 mar.; 88(3): 242-51.
32. Vietta EP, Kodato S. Representações sociais de doença mental em enfermeiros psiquiátricos. *Rev. Psiq. Clín.* 2001; 28(5): 233-42.
33. Campos CJG, Teixeira MB. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2001 jun.; 35(2): 141-9.
34. Maia RF, Pavarini SCL. O processo de enfermagem na psiquiatria: a percepção de enfermeiros de uma instituição de moradia asilar. *Acta Paul. Enferm.* 2002 out./dez.; 15(4): 55-65.
35. Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008 jan./fev.; 13(1): 121-33.
36. Santos JR, Marques IR. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em síndrome da abstinência alcoólica no pronto socorro. *Cogitare enferm*, set-dez, 2005; 10 (3): 76-83.
37. Silva MCF, Furegato ARF, Costa Júnior ML. Depressão: postos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2003 jan./fev.; 11(1): 7-13.
38. Avanci RC, Pedrão LJ, Costa M.L, Jr. Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2005 fev; 1(1): 1-8.
39. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência: o SUS em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã; 1998.
40. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R,

- 
- Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMSUERJ- ABRASCO; 2001. 113-26.
41. Merhy EE, Amaral H, organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Hucitec; 2007.
42. Arruda A, organizador. Representando a alteridade. Vozes: Petrópolis; 1998.
43. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá; 1999.
44. Amaro RR. A exclusão social hoje. Cadernos do ISTA. 2005; (9).
45. Sawaia B. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004. Cap. Intro., Exclusão ou inclusão perversa?; p.7-13
46. Wanderley M B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: Sawaia B, organizador. As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 5. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004. p.19-23.
47. Lougon M. Psiquiatria institucional: do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 226 p. (Coleção Loucura & Civilização).
48. Machado AL. Reforma Psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de São Paulo. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004; 9(2): 483-91.
49. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Vozes; 1994.
50. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev. Saúde Pública. 2005 jun.; 39(3): 507-14.
51. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.



- 
52. Humerez DC, Cavalcante MBG, Cordone FRG. Enfermeiro e paciente: co-participantes na gestão do cotidiano da internação psiquiátrica. *Acta Paul. Enferm.* 2000 set/dez.; 13 (3): 43-50.
53. Bleger J. *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes; 1993.
54. Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
55. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (Portugal): Edições 70; 1994.
56. Ferreira ABDEH. *Mini-aurélio: mini-dicionário da Língua Portuguesa*. 6. ed. rev. e atual. Curitiba: Positivo; 2004. p.180, 203, 416 e 589.
57. Graham N, Lindesay J, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JRM et al. Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração técnica de consenso. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2007; 34(1): 39-49.
58. Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2006 mar.; 40(1): 123-7.
59. Ribeiro MBS, Martins STF, Oliveira LR. Familiares de usuário vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. *Estud. Psicol (Natal)*. 2009 maio/ago.; 14(2): 133-40.
60. Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *J. Bras. Psiquiatr.* 2010; 54(4): 326-32.
61. D'Andrea FF. *Desenvolvimento da personalidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003. 185 p.
62. Amarante PCA. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
63. Minzoni MA. Atitudes do profissional de enfermagem frente à pessoa que requer ajuda. In: *Encontro Multiprofissional de Saúde Comunitária*:

- 
- Anais do 1. Encontro Multiprofissional de Saúde Comunitária; 1979 abr.; Campinas, SP. Campinas (SP); 1979. 10 p.
64. Cavalcante MBG, Humerez DC. A contenção na assistência de enfermagem como ação mediadora na relação enfermeiro-paciente. *Acta Paul. Enferm.* 1997 maio/ago.; 10(2): 69-73.
65. Paes MR, Maftum MA, Mantovani MF. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2010 jun.; 31(2): 277-84.
66. Minzoni MA. O relacionamento da enfermeira com a equipe e com os pacientes em um hospital diurno psiquiátrico. *Rev. Psiquiatr. Dinâmica.* 1967 maio; 7(2): 38-43.
67. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface – comunic., saúde, educ.* 2002 fev.; 6(10): 63-74.
68. Lucchesi M, Malik AM. Viabilidade de unidades psiquiátricas em hospitais gerais no Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2009 fev; 43(1): 161-8.
69. Baccega MA. Conhecimento, informação e tecnologia. *Comunicação & Educação.* 1998 jan./abr.; 11: 7-16.
70. Furegato ARF. *Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem.* Ribeirão Preto (SP): Scala; 1999. 142 p.
71. Oliveira EM, Blaya JPF, Blaya L. Formas democráticas de enfrentar a violência individual e/ou grupal. In: *Jornada Sulriograndense de Psiquiatria Dinâmica: Anais da 6. Jornada Sulriograndense de Psiquiatria Dinâmica; 1972; Pelotas, RS; 1972.* Mimeografado.
72. Esperidião E, Munari DB. Holismo só na teoria: a trama dos sentimentos do graduando de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2004 set./dez.; 38(3): 332-40.
73. Kantorski LP, Pinho LB, Saeki T, Souza MCBM. O relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no estado de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2005 set.; 39(3): 317-24.

- 
74. Ferreira NMLA, Hisamitsu C. O enfermeiro frente às manifestações emocionais do paciente hospitalizado. *Acta Paul. Enferm.* 1993; 6(1/4): 16-23.
75. Paim L. Algumas considerações de enfermagem sobre necessidades psico-espirituais dos pacientes. *Rev. Bras. Enferm.* 1979 abr./jun.; 23(2): 160-6.
76. Munari DB, Godoy MTH, Esperidião E. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Goiás. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2006 dez.; 10(4): 684-93.
77. Braga VAB, Silva GB. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará: a realidade que se esboça. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2000; 8(1): 13-21.
78. Martines WRV, Machado AL. Produção de cuidado e subjetividade. *Rev. Bras. Enferm.* 2010 mar./abr.; 63(2): 328-33.
79. Spivak M. Introduzione all'á riabilitazione sociale: teoria, tecnologia e metodi di intervento. *Riv. Sper. Fren.* 1987; 111(3): 522-74.
80. Travelbee J. *Intervención en enfermería psiquiátrica.* Colombia (AR): Carvajal; 1982. 282 p.
81. Merhy EE. Engravidando palavras: o caso da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2005: p.195-206.
82. Silva JFS, Filho. Trabalho e doença mental. In: *Cadernos IPUB - organização do trabalho em saúde mental.* 4. ed. Rio de Janeiro: UFRJ/IPUB. p. 139-42, 2000. n. 2
83. Haddad MCL. Proposta de implantação de um programa interdisciplinar de apoio ao trabalhador de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 1998; 32(4): 307-18.

- 
84. Menzies I. O funcionamento das instituições como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. São Paulo: Escola de Administração de Empresas/FGV, 1970. Mimeografado.
85. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis (RJ): Vozes; 1991.
86. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1999.
87. Ide CAC. A coordenação do processo de cuidar. In: Ide CAC, Domenico EBL. Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu; 2001. p.153-64.
88. Peduzzi M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde. In: São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de Saúde da Família: Anais do 1. Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de Saúde da Família; 2000 nov. 9-11; São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. P. 1-11.
89. Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. Rev. Bras. Enferm. 2002 jul./ago.; 55(4): 392-8.
90. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação. Ver-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
91. Ide CAC. Delineando as propriedades que conferem ao cuidado em enfermagem seu estatuto singular: o quadro e o fato. Rev. Esc. Enferm. USP. 1999; 33(4): 411-20.
92. Chaves EC, Ide CAC. Singularidade dos sujeitos na vivência dos papéis sociais envolvidos na hospitalização. Rev. Esc. Enferm. USP. 1995; 29(2): 173-9.



## *Apêndices e Anexo*

---

---

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa para o Mestrado Profissional em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, que tem como título: **“Transtornos Mentais no Hospital Geral: percepções elaboradas por enfermeiros**. Tenho como objetivo: Identificar as percepções dos enfermeiros de um hospital geral acerca dos transtornos mentais ao lidarem com os pacientes psiquiátricos em seu cotidiano de trabalho. Espero, com isso, auxiliar os enfermeiros no processo de assistência ao paciente psiquiátrico e, assim, promover sugestões de melhoria para o serviço.

Para realizar essa pesquisa conto com a sua participação, que será feita através de entrevista gravada, no próprio local de trabalho e em horário a ser combinado.

Serão considerados os seguintes aspectos éticos:

- Sua participação é facultativa e você pode deixar a pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe cause qualquer tipo de riscos, danos, gastos ou implicações pessoais e no ambiente de trabalho;

- Garanto que todas as suas dúvidas em relação à pesquisa serão esclarecidas antes de sua participação;

- As informações fornecidas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e seu anonimato será preservado;

- Você poderá solicitar os resultados dessa pesquisa, para ter conhecimento quando prontos, sabendo que esses resultados poderão ser divulgados em eventos científicos e publicações, sempre garantindo o respeito e o sigilo aos participantes do estudo.

Assim, solicito sua assinatura neste termo de consentimento, em duas vias (sendo que uma ficará com você, para sua segurança), depois de esclarecidas as possíveis dúvidas.

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar do projeto de pesquisa **“Representações acerca dos transtornos mentais elaboradas por enfermeiros que atuam em hospital geral”**, após ter sido instruído plenamente em relação aos aspectos éticos citados acima. Informo ainda que minha participação é voluntária, sem nenhum caráter de coerção pessoal, e sei que tenho total autonomia para permanecer no estudo ou sair dele a qualquer momento.

Marília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do participante)

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL**

---

Enf<sup>a</sup> Raquel Mori Pires de Camargo  
COREN – SP 121788

Contatos:  
Hospital das Clínicas de Marília – (14) 3402-1744  
ramal 1023  
e-mail: [rakel.camargo@gmail.com](mailto:rakel.camargo@gmail.com)

---

---

## Roteiro de Entrevista

### I. Identificação:

Iniciais: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_ sexo: \_\_\_\_\_

Quanto tempo de formação: \_\_\_\_\_

Quanto tempo de trabalho na instituição: \_\_\_\_\_

Especialização: \_\_\_\_\_

---

### II. Questões:

- 1) Qual sua ideia sobre pessoa que apresenta sintomas de transtorno mental?



**FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA**  
**Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo**  
**Seres Humanos – CEP/FAMEMA**

Marília, 16 de Dezembro de 2009

Ilmo(ª) Sr.(ª)  
Raquel Mori P. De Camargo  
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 769/09, intitulado: "Representações e Dificuldades Acerca dos Transtornos Mentais Elaboradas por Enfermeiros que Atuam em Hospital Geral", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 14/12/2009, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde, podendo ser iniciado

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz**  
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humanos