**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E
CIÊNCIAS HUMANAS**

**PASSAGEM DE PLANTÃO DE ENFERMAGEM
EM UM HOSPITAL DIA PSIQUIÁTRICO**

Maria Aparecida Vilas Boas

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre, vinculado à linha de pesquisa Educação em saúde e formação em Recursos Humanos.

Ribeirão Preto
2004

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E
CIÊNCIAS HUMANAS**

**PASSAGEM DE PLANTÃO DE ENFERMAGEM
EM UM HOSPITAL DIA PSIQUIÁTRICO**

Maria Aparecida Vilas Boas

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre, vinculado à linha de pesquisa Educação em saúde e formação em Recursos Humanos.

Orientador: Luiz Jorge Pedrão

Ribeirão Preto
2004

Data da Defesa: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____

Julgamento: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Norberto e Maria Luiza exemplo de dignidade e amor, por me impulsionarem em direção à vida e me ensinarem a persistir e acreditar.

Aos meus filhos Maria Cecília e Victor Humberto pela demonstração de carinho e pelo próprio fato de existirem, o que muito me estimula ir em frente.

Ao meu irmão José Ronaldo e minha cunhada Ângela pelo apoio nos momentos mais difíceis dessa trajetória.

AGRADECIMENTO

A DEUS, por abrir mais este caminho em minha vida.

Ao Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão, orientador deste trabalho, meu carinho e admiração, pelo apoio recebido, pela confiança em mim depositada e, principalmente, por tudo que representa como profissional, educador e pesquisador.

Ao Prof. Dr. Jose Onildo Betioli Contel, pelas sugestões apoio e por sempre ter valorizado o meu trabalho e muito me ensinado.

À minha grande amiga Lúcia da Costa Pontes pelo estímulo e determinação nos momentos difíceis.

Aos funcionários do Hospital Dia, meus amigos e colegas pelo carinho, estímulo e modelo permanente que representam na minha trajetória profissional.

Aos estagiários e funcionários da equipe fixa, por terem aceito participar do estudo, sem a participação dos quais este trabalho não poderia ser realizado.

A Sinval Avelino dos Santos e Margarete de Agostine pelas valiosas informações à respeito da história desta reunião.

À Prof. Dr. Toyoko Saeki, pelas sugestões e apoio na execução deste projeto em seu papel de integrante da banca do exame geral de qualificação.

À auxiliar administrativa Ângela Lúcia Zanine Rodrigues, pelo auxílio e atenção na digitação deste trabalho.

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina em especial às minhas diretoras da divisão de enfermagem pela flexibilidade nos horários, sem os quais não teria oportunidade de crescimento.

À funcionária Ines Mattos que gentilmente contribuiu com o trabalho de digitação.

A minha colega e diretora de serviço de enfermagem do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina Josefina Maria Ballini pela compreensão e facilitações para a realização deste trabalho.

Ao Igor Antonievicki Degiterevi, pelo companheirismo e opiniões valiosas.

Á Del e Lourdes pela disponibilidade e boa vontade ao realizarem minhas solicitações.

À minha colega Simone E. Junqueira pela ajuda com idéias e cooperação nos horários destinados ao meu trabalho.

Á minha colega Edilaine Silva pelo estímulo, cooperação e amparo na coleta de dados.

A todos que direta ou indiretamente facilitaram na elaboração deste trabalho os meus sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

RESUMO

SUMMARY

RESUMEN

1 INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Hospital Dia Psiquiátrico.....	02
1.2 Hospitalização Psiquiátrica Diurna em Ribeirão Preto....	03
1.2.1 Critérios de Admissão Gerais e Específico.....	05
1.2.2 Participação da Família no Tratamento.....	07
1.3 Equipe Interdisciplinar Psiquiátrica.....	08
1.4 Equipe Interdisciplinar do Hospital Dia.....	11
1.4.1 Equipe Interdisciplinar e Equipe de Enfermagem do Hospital Dia.....	14
1.4.2 O papel do Enfermeiro na Equipe de Enfermagem.....	16
1.5 Reunião de Passagem de Plantão de Enfermagem.....	19
1.5.1 Reunião de Passagem de Plantão de Enfermagem no Hospital Dia.....	21
2 OBJETIVOS.....	30
3 METODOLOGIA.....	32
3.1 Sujeito e Local.....	33
3.1.1 Sujeito.....	33
3.1.2 Caracterização do Local do Estudo.....	35
3.2 Procedimento.....	40
4 RESULTADOS.....	42
5 DISCUSSÃO GERAL.....	98
6 CONCLUSÃO.....	102
7 ANEXOS.....	105
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109

RESUMO

VILAS BOAS, M. A. PASSAGEM DE PLANTÃO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DIA PSIQUIÁTRICO 2004. Dissertação Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

A Reunião de Passagem de Plantão de Enfermagem (RPPE) realizada no Hospital-Dia (HD) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, possui características particulares que a diferencia das reuniões tradicionais de passagem de plantão de enfermagem. Ela reúne os integrantes da equipe interdisciplinar e todos têm a oportunidade tanto de informar sobre os pacientes assistidos no HD segundo os comportamentos apresentados nas suas atividades específicas, quanto de ouvir as informações dos demais integrantes. Trata-se, portanto, de um momento ímpar, reunindo motivos suficientes para levar a RPPE a objeto do presente estudo, que se caracteriza como quanti-qualitativo e teve como objetivos fazer um levantamento das frequências dos integrantes da equipe interdisciplinar nessa reunião, dos relatos que fazem sobre observação e evolução dos pacientes e das decisões que tomam frente às ocorrências apresentadas. Para isso, foram utilizadas 20 RPPE em um período de tempo de dois meses, gravadas, transcritas na íntegra, realizadas sínteses e análise de conteúdo com apresentação descritiva dos resultados utilizando-se também de quadros. Os resultados mostraram uma participação maior de profissionais mais experientes na RPPE, talvez por eles coordenarem a maioria das atividades terapêuticas rotineiras do HD. Mostrou ainda, que a RPPE através do enfermeiro coordenador/facilitador, ofereceu oportunidades para os integrantes da equipe interdisciplinar informar sobre comportamentos dos pacientes nas suas atividades específicas, como também ouvir as informações dos outros. Ela mostrou-se cuidadosa, examinando sempre todos os pacientes semi-internados no HD, fazendo as observações e evoluções para cada um e tomando decisões sobre condutas a serem realizadas para aqueles que tinham necessidade no momento. A RPPE favoreceu trocas de experiências entre os profissionais das diversas áreas e contribuiu no processo ensino/aprendizagem do HD, que se constitui também em uma unidade de ensino.

FICHA CATALOGRÁFICA

Vilas Boas, Maria Aparecida

Passagem de Plantão de Enfermagem em um Hospital Psiquiátrico.
Ribeirão Preto-SP. Maria Aparecida Villas Boas. – Ribeirão Preto, 2004.
116p.:il.;30cm

Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

Orientador: Pedrão, Luiz Jorge

1. Passagem de Plantão 2. Hospital Dia Psiquiátrico 3. Equipe Multidisciplinar Psiquiátrica

SUMMARY

VILAS BOAS, M. A . NURSING SHIFT ALTERNATION IN A DAY PSYCHIATRIC HOSPITAL 2004. Master Dissertation – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo

The meeting for nursing shift alternation which happens at the Day Hospital in the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto of São Paulo University, has particular characteristics which makes it different from the traditional nursing shift alternation meetings. It gathers members of the whole interdisciplinary team and each one, during this meeting, has the opportunity of informing about the patients under assistance at the Day Hospital regarding to their behaviour towards the specific activities, as well as to hearing from the others. Therefore it is a single moment, combining sufficient reasons for bringing the nursing shift alternation meeting to object of the present study, which has a quantitative and qualitative character and has as objective to raise the interdisciplinary members frequency to those meetings, to report about observations and evolutions of patients, and decisions taken towards the presented situation. To obtain the result were used 20 nursing shift alternation meetings in a period of two months, which were recorded, integrally written-down, prepared content syntheses and analyses for descriptive results presentation also using panels. The results show an increased participation of experienced professionals in the nursing shift alternation meetings, maybe because they coordinate most of the therapeutical routine activities at the Day Hospital. It has also shown that the nursing shift alternation meeting, through the coordinator nurse, offers opportunities for all interdisciplinary team members to inform about their patients' behaviour towards the specific activities, as well as to hearing from the others. The coordinator was careful, always examining all semi-hospitalized patient at the Day Hospital, making observation and evolution for each one, taking decisions about procedures to be adopted for those who were in need at that moment. The nursing shift alternation meeting gives support to exchanging experiences among professionals from different areas and contributes for the teaching/learning process at Day Hospital, which is also a teaching institution.

Key words: Shift Alternation – Psychiatric Day Hospital – Multiprofessional Psychiatric Team.

RESUMEN

VILAS BOAS, M. A . PASAJE DE TURNO EN UN HOSPITAL DÍA PSIQUIÁTRICO 2004. Disertación de Maestría – Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto.

La reunión para el pasaje del turno de enfermería realizada en el Hospital Día del Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, tiene características peculiares que la hace distinta de las tradicionales reuniones de pasaje de turno de enfermería. Ella reúne miembros de todo el cuadro interdisciplinar y cada uno, durante la reunión, tiene la oportunidad de informar sobre los pacientes asistidos en el Hospital Día acerca de los comportamientos presentados en sus actividades específicas, y también oír informaciones de los demás miembros. Así es una oportunidad singular, reuniendo motivos suficientes para traer la reunión de pasaje de turno de enfermería para objeto del presente estudio, que se caracteriza como siendo quanti-cualitativo y tiene como objetivo hacer un examen de frecuencia de los miembros del cuadro interdisciplinar en esta reunión, de los relatos que hacen acerca de observaciones y evoluciones de los pacientes y de las decisiones tomadas delante de las ocurrencias presentadas. Para esto fueron utilizadas 20 reuniones de pasaje de turno de enfermería por un período de dos meses, grabadas en la totalidad, transcritas íntegramente, realizadas síntesis y análisis de contenido con presentación descriptiva de los resultados utilizandose también de panel. Los resultados mostraron una mayor participación de profesionales experientes en las reuniones de pasaje de turno de enfermería, quizá de que ellos coordinaron la mayoría de las actividades terapéuticas rutinarias en el Hospital Día. También he mostrado que la reunión de pasaje de turno de enfermería, por medio del profesional coordinador/facilitador, ofrece oportunidades para los miembros del cuadro interdisciplinar informar acerca de lo comportamiento de los pacientes en sus actividades específicas, así como también oír las informaciones de los demás . Ella se he mostrado cuidadosa, siempre examinando a todos los pacientes semi-internados en el Hospital Día, haciendo las obeservaciones y evoluciones para cada uno y tomando decisiones acerca de las conductas a seren realizadas para aquellos que tenían necesidad de momento. La reunión de pasaje de turno de enfermería beneficia el cambio de experiencias entre los profesionales de áreas distintas y contribuye en el proceso enseñanza/aprendizaje del Hospital Día, que se constituye también en una unidad de enseñanza.

Palabras llave: Pasaje de turno – Hospital Día Psiquiátrico – Cuadro Multiprofesional Psiquiátrico.

LISTA DE QUADROS

Quadro1	Constituição da equipe interdisciplinar de técnicos fixos do HD e suas funções no período da coleta de dados.....	34
Quadro 2	Constituição da equipe interdisciplinar móvel do HD e suas funções no período da coleta de dados.....	34
Quadro 3	Cronograma de atividades desenvolvidas com pacientes do HD no período da coleta de dados.....	36
Quadro 4	Cronograma de atividades desenvolvidas com equipe interdisciplinar do HD no período da coleta de dados.....	37
Quadro 5	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE1.....	43/44
Quadro 6	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE2.....	45/46
Quadro 7	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE3.....	46/47
Quadro 8	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 4.....	48/49
Quadro 9	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados	

	no HD, na RPPE 5.....	50/51
Quadro 10	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 6.....	52
Quadro 11	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 7.....	53/54
Quadro 12	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 8.....	55/56
Quadro 13	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 9.....	57
Quadro 14	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 10.....	58/59
Quadro 15	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 11.....	60
Quadro 16	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 12.....	61/62
Quadro 17	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 13.....	63/64
Quadro 18	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 14.....	65

Quadro 19	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 15.....	66/67
Quadro 20	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 16.....	68/69
Quadro 21	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 17.....	70/71
Quadro 22	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 18.....	71/72
Quadro 23	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 19.....	73/74
Quadro 24	Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 20.....	74/75
Quadro 25	Número de participantes (terapeutas fixos e terapeutas móveis) em cada RPPE.....	77
Quadro 26	Número de falas de participantes: terapeutas Fixos (TF) e Terapeuta Móvel (TM) em cada RPPE.....	78
Quadro 27	Número de pacientes examinados em cada RPPE.....	78
Quadro 28	Número de vezes que cada paciente foi examinado e permanência ou exclusão do estudo.....	79
Quadro 29	Dados dos pacientes examinados na coleta de dados.....	80

Quadro 30 Número de pacientes examinados em cada RPPE..... 81

Quadro 31 Frequência de verbalizações das frases na RPPE..... 83/84

1 INTRODUÇÃO

1.1 Hospital-Dia Psiquiátrico

Após a segunda guerra mundial, havia um interesse geral para a criação de novas formas assistenciais na psiquiatria, havendo uma enorme aceitação quando Ewen Cameron, em 1946, no Canadá e Josué Beirar, em 1948, na Inglaterra, criaram os primeiros hospitais-dia. Curiosamente, apesar de Cameron e Beirar serem os criadores desse tipo de hospital, foi Beirar o primeiro a criar um centro de psiquiatria social. Foi uma idéia revolucionária na época e aceita praticamente em todo o mundo. Para Cameron, o hospital-dia seria uma variedade de serviço anexa ao hospital geral com a única diferença que à noite o paciente iria para sua casa. Beirar foi mais longe, pois acreditava que o esquema de Cameron não era suficiente e transformou-o em assistência grupal, terapia familiar e clube social terapêutico, mas, para ambos a conclusão e a proposta eram únicas (Aliño, 1976).

Coincidindo com o desejo de mudanças na prática psiquiátrica, alguns hospitais-dia como alternativa de assistência foram se instalando em outros locais, e assim, nos Estados Unidos, em 1948, começaram a surgir os primeiros hospitais diurnos. Em 1958, esse país contava aproximadamente com 50 unidades de tratamento diurno, e a Inglaterra, em 1959, contava com cerca de 38 desses serviços (Azoubel Neto, 1966).

No Brasil, em 1973, o psiquiatra Luiz da Rocha Cerqueira, foi inovador e defensor das práticas extramurais e do atendimento multiprofissional aos doentes mentais e enquanto coordenador de Saúde Mental do Estado de São Paulo, apresentou como diretrizes para uma política estadual de Saúde Mental, o tratamento ambulatorial, a implantação de emergências psiquiátricas e leitos psiquiátricos em hospital geral, além da articulação entre a universidade e serviços de saúde. As internações em hospitais psiquiátricos ocorreriam somente quando esgotados os demais recursos (Cerqueira, 1984).

Para a realização desse trabalho, merece destaque a hospitalização diurna psiquiátrica na cidade de Ribeirão Preto que se descreve a seguir.

1.2 Hospitalização Psiquiátrica Diurna em Ribeirão Preto

Para os propósitos do presente estudo, é importante fazer um breve histórico do Hospital-Dia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HD-HCFMRP-USP).

Em 1961, o serviço de psiquiatria da FMRP-USP passou a contar com uma unidade de hospitalização diurna, o primeiro ligado a uma universidade brasileira. Foi um dos primeiros serviços a oferecer hospitalização parcial para doentes mentais graves, fora do contexto da internação integral.

Inicialmente funcionou em uma casa anexa alugada pela FMRP-USP, ao antigo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Em 1962, mudou-se para o mesmo prédio onde funcionava o hospital psiquiátrico Dr. Emboaba, onde permanece até os dias atuais. Essa nova instalação possibilitou um funcionamento mais adequado, por contar com um espaço físico maior.

Em 1967, o HD foi desativado por razões administrativas, e reaberto, em 1974. Esta estratégia, ousada para a época, foi contra os princípios da assistência psiquiátrica naquele momento, que tinha o modelo asilar como única opção de tratamento e que reforçava a exclusão do paciente psiquiátrico do convívio familiar e social.

Sua reabertura, em 1974, iniciou com nova forma de assistência, com uma maior participação da família no processo terapêutico, semi-internação com tempo limitado e o acréscimo de múltiplos grupos terapêuticos (Contel, 1991a). Esse serviço, onde o presente trabalho foi realizado, encontra-se em funcionamento até hoje e contribui também para a formação e aprimoramento de diferentes profissionais da área de saúde mental (Campos, 1986).

É uma das modalidades assistenciais intermediárias entre a hospitalização integral e o tratamento ambulatorial, onde os pacientes recebem um tratamento intensivo com ênfase na reabilitação social visualizando o hospital como local onde o processo terapêutico tem apenas início (Blaya, 1960).

A organização e o funcionamento do HD, baseiam-se predominantemente nos pressupostos de comunidade terapêutica e da psiquiatria dinâmica e biológica. Desde sua fundação, assume as características de uma instituição reintegradora, em que o paciente enfrenta a doença fora das instituições fechadas, tão comuns na época de

sua fundação. Sempre se manteve cumprindo o objetivo de substituir os longos períodos de internação por uma assistência que prioriza a participação do paciente na vida familiar e social.

O HD trata-se de uma instituição universitária também voltada para o ensino e a pesquisa, onde há treinamento em serviço para profissionais de áreas relacionadas à Saúde Mental que estagiam no local, sendo, desta forma, sua equipe terapêutica constituída de duas partes: uma fixa e outra móvel. A fixa é constituída pelos profissionais que compõem a equipe permanente de trabalho, e a móvel é constituída por estagiários que passam pelo serviço, cumprindo requisitos conforme programas específicos (Campos, 1988).

A família também é envolvida no processo assistencial, podendo obter dessa interação com o hospital um espaço para revelações de relacionamentos familiares patológicos que necessitam de ajuda, e através de um trabalho educativo, objetiva-se que estes conheçam com mais detalhes a doença com a qual convivem.

O HD, desde sua criação, obteve resultados qualitativos na assistência e no ensino e teve um destaque pelo significado de um trabalho altamente reformador e integrador numa época em que o sistema era impotente e a ação terapêutica praticamente impossibilitada. Portanto, tornou-se uma forma de ação da psiquiatria com o objetivo de inserir o paciente no contexto social, ajudá-lo a compreender sua doença e aproximá-lo à equipe interdisciplinar, para a construção de um vínculo e para execução de uma tarefa integrada.

Ao procurar assistência o paciente recebe estímulos para superar as barreiras da sociedade e diariamente entra em contato com fatores que possivelmente facilitam o desencadear de sua crise, portanto, a complexidade da semi-internação está no retorno diário para sua casa e para a sociedade, onde constantemente ele tem oportunidades de testes com a realidade do cotidiano diário de seu meio social.

No HD o paciente passa por uma avaliação diária de como está sendo seu contato com os fatores sociais, através de atividades propostas que facilitam evidenciar a evolução das interações pessoais, como comenta Pereira et al. (2001), aquele que sofre de doença mental está exposto às influências da cultura e da sociedade como se fosse sujeito-objeto de um sofrer social.

Segundo Motta (2001a), a noção de hospitalização parcial indica ao menos as seguintes expectativas: a) opção por tratamento menos restritivo; b) ausência de

exclusão comunitária; c) ênfase na participação grupal e d) interdisciplinaridade como eixo do trabalho.

Osinaga & Furegato (1999), quando falam da transformação da realidade psiquiátrica, citam que a nova visão da assistência nessa área requer discussão e trabalho com a população que rejeita o doente mental. E que deve ser recebido em seu espaço público e privado, para que seja aceito e integrado à vida social, pois esses indivíduos sempre foram temidos e rejeitados inclusive no dias atuais. O HD sempre realizou, desde sua fundação, um papel de integração do paciente à comunidade, objetivando a transformações da realidade com mudança da visão de rejeição para acolhimento ao doente mental.

Atualmente o HD-HCFMRP-USP presta assistência a 14 pacientes portadores de transtornos psiquiátricos graves, maiores de 15 anos, de ambos os sexos, em regime de semi-internação com atendimento diário de 2ª à 6ª feira das 7:30 às 16:00 horas. Os pacientes são encaminhados de outros serviços psiquiátricos de Ribeirão Preto e da DIR XVIII, sendo Unidade de Emergência, Enfermaria de Psiquiatria e Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve do HCFMRP-USP, Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto, Consultórios Particulares, Ambulatório Regional de Saúde Mental de Ribeirão Preto e Ambulatórios de Saúde Mental de cidades da região pertencentes à DIR XVIII. Para melhor elucidação dos casos podemos dividir os critérios de admissão do Hospital-Dia em gerais e específicos, descritos a seguir.

1.2.1 Critérios de Admissão Gerais e Específicos

Critérios gerais para admissão no Hospital-Dia:

- pacientes de ambos os sexos maiores de 15 anos;
- residir em Ribeirão Preto ou região (DIR XVIII);
- ter suporte familiar;
- aceitar o tratamento (internação voluntária);
- ter capacidade de locomoção no ambiente para poder participar de todas atividades que envolvem movimentação do corpo.

Critérios específicos para admissão no Hospital-Dia:

- pacientes provenientes de internação integral;
- pacientes provenientes de atendimento ambulatorial que se mostrou insuficiente;
- pacientes em fase aguda sem evidência clínica de heteroagressividade e risco suicida importante;
- pacientes psicóticos com sintomas agudos ou crônicos cuja desorganização das funções psíquicas não inviabilize o trabalho a ser desenvolvido em comunidade terapêutica;
- pacientes com indicação de ressocialização.

São oferecidas atividades programadas que possibilitam um tratamento intensivo, incluindo a família nesse processo. A assistência é realizada por meio de múltiplos grupos terapêuticos que compõem um trabalho amplo e diferenciado, que se constituem em: grupo operativo; terapias sociais; reuniões familiares e reuniões familiares nucleares; terapia de casais; terapia ocupacional; atividades físicas e recreativas; reuniões educativas e reuniões comunitárias. Além desses, existem atividades tais como: o canto-corale e a yoga, que são desenvolvidas por voluntários, sempre direcionando para o desenvolvimento de habilidades sociais e pessoais, como bons hábitos de vida e saúde, e para a realização de um trabalho que dá ênfase ao lado mais saudável da vida do paciente, bem como, trabalhando com esta parte menos comprometida e apontando seu potencial sadio e a reabilitação psiquiátrica (Campos 1986; Contel, 1996).

A realização de cada atividade tem um caráter concreto, objetivo e imediato, representando, portanto, uma oportunidade única tanto de confronto com a realidade quanto de organização do pensamento, das emoções e das ações, através de rotinas semanais que vão sendo transformadas de acordo com a participação maior ou menor de cada paciente na comunidade terapêutica (Contel et al.1995a). As estratégias de intervenção visam a reabilitação psicossocial e a prevenção de novas crises evitando o processo repetitivo de reinternações.

Os benefícios que o paciente recebe na semi-internação no HD, são de não perder contato com o contexto sócio-familiar de origem, desestimulando a excessiva dependência e regressão que frequentemente acontece na internação integral. Além disso, permite ao paciente desenvolver alguma atividade noturna ou de fim de

semana, reduzindo a intensidade do estigma social que incorre sobre o mesmo. Pode também, participar da sociedade, pois, em termos econômicos, esse tipo de internação é menos oneroso que a internação integral.

No HD, como citado anteriormente, a maioria das atividades assistenciais é grupal, e nesse processo grupal estimula-se uma troca saudável e terapêutica entre os pacientes, objetivando se beneficiarem compreendendo a experiência do outro semelhante a sua.

1.2.2 Participação da Família no Tratamento do HD-HCFMRP-USP

Entre os múltiplos grupos na prática cotidiana do HD, foi inserido um Grupo de Apoio Familiar (chamado “Reunião de Família”), com objetivo de orientar os familiares sobre o tratamento, as condutas, abordagens e as atividades oferecidas. Além de esclarecê-los sobre a doença do paciente, bem como proporcionar um espaço para que os mesmos se coloquem expressando suas dúvidas, angústias e incertezas.

Desta forma, espera-se que os familiares participem de uma maneira mais integrada no hospital e colaborem: a) procurando compreender o paradigma de tratamento psicossocial e medicamentoso de seus pacientes; b) ajudando na melhora do desempenho psicossocial dos pacientes em casa e nas relações sociais; c) diminuindo seus níveis de emoção expressa, quando expostos aos sintomas ou comportamentos desadaptados do paciente; d) mostrando interesse e apoio pelos comportamentos adaptados e saudáveis do paciente (Contel et al. 1995b).

Antes do início do tratamento é fundamental fazer um contrato muito claro, envolvendo o paciente e sua família, esclarecendo-os das condições de tratamento, as propostas terapêuticas e firmando um contrato da participação ativa da família para realização de um processo integrado, pois sem esse compromisso provavelmente se inviabilizará o tratamento no HD (Contel et al. 1995c).

Durão (2004), destaca que o relacionamento entre os familiares com certa frequência fica conturbado junto a convivência com um elemento portador de problemas mentais, necessitando, desta forma, de um acompanhamento terapêutico mais humanizado e efetivo envolvendo uma equipe preparada para esse trabalho.

1.3 Equipe Interdisciplinar Psiquiátrica

As equipes interdisciplinares de saúde mental são com certa frequência equipes articuladas, que se interagem e se complementam com discussões frequentes e avaliações sistematizadas de suas práticas, que objetivam uma melhor assistência psiquiátrica e um melhor ambiente de realizações profissionais.

Souza (1992), refere que para a instituição ser um espaço terapêutico onde se realiza um trabalho em equipe, não significa que todos façam tudo ou que todos devam saber de tudo, mas, a idéia de equipe remete antes a um campo de acolhimento, de complementação, em que cada elemento da equipe tem um lugar na realização do processo de cura. Portanto, deverá haver o mínimo de interesse e envolvimento de cada elemento para esse exercício. Sabe-se que atritos, desgastes e certas fragmentações, são constantes e inevitáveis entre elementos que compõem uma equipe interdisciplinar. Para tanto, necessitam de avaliações que objetivam afinamentos de opiniões, determinações claras de tratamento, para criação de um cuidado que impeça a calcificação das inflexibilidades.

Para Lunardi et al. (2000), no trabalho em equipe, o relacionamento com as pessoas significa o cruzamento de diferentes histórias pessoais e a montagem de uma rede de comunicação que pode harmonizar essa convivência, para o bem de todos e para a realização da tarefa a que o grupo se propõe.

As equipes terapêuticas interdisciplinares psiquiátricas são frutos de uma proposta proveniente de um processo de modernização e de reforma na assistência psiquiátrica. Essas equipes são compostas por elementos de várias categorias profissionais com formações diversas que priorizam uma horizontalidade nas ações e busca constante de consenso. Há uma delimitação do espaço onde cada categoria profissional atua, porém, com complementação entre todos. Neste propósito, lembramos quando Furegato, (1999), refere que precisamos conviver profissionalmente com as discrepâncias ilimitadas, pois se sabe que a complementaridade dos profissionais enriquece o trabalho em equipe.

Na complexidade da assistência psiquiátrica, quando o trabalho é realizado por uma equipe interdisciplinar, faz-se necessário uma aproximação entre todos para a aplicação da prática terapêutica, para haver uma facilitação por parte de cada um e para que aconteça uma dinâmica relacional proporcionando crescimento e anseios

para maiores trocas. Cada elemento deverá ter espaço para opinar em decisões e ter abertura para acatá-las num exercício de flexibilização, ponderação e decisão.

Uma equipe interdisciplinar psiquiátrica, com objetivo assistencial, dispõe de um recurso que é o contato e o vínculo com o paciente, o que facilita compreender os sinais e sintomas da doença mental e para que o paciente receba uma melhor assistência. Na articulação da equipe com o meio terapêutico, o paciente psiquiátrico obterá, dessa somatória, grandes possibilidades de ser assistido de maneira breve e objetiva quando sua doença mental encontrar-se em fase mais produtiva de sintomatologia (Pedrão, 1997). Por isso, os profissionais devem estar interconectados com uma visão que se assemelham sobre saúde, doença e pacientes, para que haja uma maior eficiência no tratamento.

A equipe interdisciplinar deverá contar com um coordenador com capacidade de liderança, flexibilidade abertura, que esteja muito presente, para atuar em questões amplas e complexas do grupo e da instituição no geral. É necessário que tenha habilidade para delegar funções e priorizar necessidades. Portanto, em uma equipe interdisciplinar que todos objetivam a integração do grupo para a realização de tarefas proveitosas, há necessidade de um líder para coordenação geral.

O doente mental apresenta-se muitas vezes numa postura de dependência e fragilidades, assumindo atitudes infantilizadas e regredidas, assim tem necessidade de receber estímulo para evoluir de uma situação de dependência para o máximo possível de independência e autonomia. Esse processo exige uma equipe com o mínimo de capacitação profissional e maturidade que inclua, integração, confiança e envolvimento no trabalho para obter uma melhora no estado geral do paciente.

Segundo Botega & Dalgalarro (1997), o modelo terapêutico de uma equipe deve aproximar-se do modelo de cuidados maternos que favorecem o crescimento e a formação do indivíduo adulto. Afirmam que o diagnóstico e o tratamento biológico não bastam, é necessário trabalhar para a reabilitação social, desenvolver diferentes formas de psicoterapia e investir no trabalho com a família, o que justifica um trabalho interdisciplinar para prestação da assistência.

Existem inúmeras questões no processo de atuação de uma equipe interdisciplinar, uma delas é que a equipe necessariamente passa por um processo de formação, desenvolvimento e crescimento, para que de alguma forma identifique com as necessidades afetivas dos pacientes. Isso vai de encontro com os dizeres de

Japiassu (1976), na multidisciplinaridade há muitas possibilidades de trocas e de críticas, o que facilita a ampliação dos conhecimentos, e a formação geral dos profissionais.

Atualmente, se observa que o ser humano tem sofrido ações de vários fatores externos que refletem internamente e que se traduzem nas mais variadas esferas. O reconhecimento de todos esses fatores impõe um trabalho interdisciplinar na assistência psiquiátrica, com objetivo de conhecer o ser humano por vários focos e por seus múltiplos aspectos para que se possa melhor orientá-lo. Por essa razão, alargam-se os estudos das psicoterapias individuais para as coletivas, com a atuação de uma equipe interdisciplinar que procura atuar através de relações horizontais. Há necessidade de uma articulação coordenada pelos diversos profissionais para realização das tarefas terapêuticas. É importante considerar a citação de, Filho Queiroz (1993), onde refere que as estratégias de nivelar papéis, funções e responsabilidades são prejudiciais para os objetivos as quais ela propoem-se e que só podemos chamar de equipe a um grupo multidisciplinar com objetivos comuns, mas que seja sustentado por práticas diferentes e complementares.

Campos (1992), chama à atenção do quanto é difícil o trabalho em equipe, pois requer ora firmeza, ora tolerância, ora flexibilidade e nem sempre seus efeitos são percebidos de imediato, e afirma que cada equipe é única, cada momento tem suas peculiaridades, bem como cada situação e problemas vivenciados são únicos.

Temos conhecimento da existência de vários grupos de profissionais de saúde, em diversas clínicas que procuram trabalhar em equipe e sabemos que cada qual enfrenta sua realidade na busca da melhor assistência.

Segundo Camacho (2002), uma estrutura multidisciplinar onde atuam vários profissionais de saúde, facilita considerações sobre a forma como se compartilham os conhecimentos para reflexão da maneira como se assiste o idoso, evitando atitudes individualistas. Essa organização, na qual são estabelecidos saberes, atitudes e valores, tem como pano de fundo a interdisciplinaridade. Vivências estas, são muito semelhantes as que acontecem em equipes psiquiátricas, que prestam assistência interdisciplinar com objetivo de complementaridade para o cuidado mais completo ao doente mental.

1.4 Equipe Interdisciplinar do HD-HCFMRP-USP

No HD sabe-se que é fundamental uma boa articulação entre os elementos que prestam assistência (equipe fixa e equipe móvel) para realização de um trabalho complementar e integrado. Para isso, desde 1974, essas duas partes da equipe se reúnem uma vez por semana, durante uma hora, em uma reunião conhecida como Reunião de Equipe Geral, onde são tratados assuntos administrativos, assuntos de relacionamento interpessoal. E onde são feitas avaliações do trabalho em equipe, bem como, tem a finalidade de facilitar uma melhor integração e estabelecimento de trocas entre os participantes. Discutir condutas e abordagens de pacientes, com a participação de um maior número possível de profissionais do serviço.

Raimundo et al. (1994) comentam a importância de reuniões regulares da equipe, onde se pode discutir os diversos aspectos vivenciados pelo trabalho interdisciplinar e suas dificuldades inerentes. Além de aumentar a capacidade técnica da equipe nas práticas de estudos de casos clínicos, conseqüentemente horizontalizam o saber e se integram à equipe, além de otimizar o funcionamento do serviço.

A hospitalização por si só é um fator de insegurança e desenvolve reações e sentimentos nos pacientes (Miranda et al., 1997). A grande maioria dos pacientes tratados no HD vem de uma desestruturação familiar e social, são portadores de fragmentações e carentes de um ambiente acolhedor e continente. Nesse sentido, a equipe interdisciplinar deverá ter uma identidade profissional própria e uma delimitação clara e flexível de campos de atuação. Para que esse objetivo seja atingido é indispensável que aconteçam encontros semanais para avaliação da atuação geral do grupo, e de cada elemento, no cumprimento de seu papel terapêutico.

Ao longo de suas atividades, a equipe fixa do HD foi sentindo necessidade de ter um espaço próprio para discutir assuntos burocráticos e administrativos, trabalhar conflitos entre setores. Além de fortalecer-se enquanto grupo que sustenta o serviço e manter um espaço para refletir sobre sua prática. Para tanto, reúne-se uma vez por semana, durante uma hora, desde 1987, em uma reunião chamada Reunião de Equipe Fixa, que faz parte, também, dos múltiplos grupos com características administrativas.

O HD enquanto comunidade terapêutica, hospital escola e local de prática para seus técnicos, oferece um ambiente no qual estagiários e técnicos interagem com harmonia, o que possibilita o tratamento de pacientes psicóticos. Essa harmonia facilita a compreensão dos sintomas psicóticos, o que contribui muito para este modelo de assistência, conforme os dizeres de Contel (1991b), que aponta como fator positivo no ambiente do HD a harmonia existente enquanto comunidade terapêutica e hospital escola.

A equipe envolvida na assistência atua de forma interdisciplinar, favorecendo o trabalho no campo interpessoal, tanto no gerenciamento técnico, como na assistência aos usuários. A efetiva integração entre os diversos profissionais é estimulada através do estabelecimento de relações que se aproximem da horizontalidade (Campos, 1986; Contel, 1991).

Segundo Scherer (1999), o trabalho em equipe interdisciplinar é percebido como tendo vantagens significativas sobre os que não visam a aproximar os diferentes profissionais que atuam nesse campo, e tem resultados evidentes sobre os pacientes no seu contato com a realidade, no fortalecimento do seu ego e na própria identidade pessoal.

O trabalho no HD é um fórum permanente e democrático para exames das convergências e divergências da interdisciplinaridade. A tônica é a busca de um acordo mínimo entre disciplinas, profissionais, pacientes e teorias, necessariamente múltiplo, da comunidade terapêutica (Contel, 1991c).

No HD, uma questão inevitável em se tratando de um hospital escola, é o fato da necessidade de haver um rodízio de estagiários, onde tensões acontecem durante as mudanças. Quanto à equipe fixa, demanda-se um maior envolvimento por parte dos elementos e um trabalho de acolhimento e manutenção do ambiente, de modo que a atmosfera seja a mais equilibrada possível e evite intercorrências negativas em função dessas trocas.

Cabe evidenciar que ao procurar o serviço de saúde em busca de ajuda, o paciente já manifesta sofrimento psíquico em andamento e, com frequência, seus mecanismos emocionais e suas defesas já estão enfraquecidos. Portanto, o atendimento grupal por uma equipe interdisciplinar devidamente preparada configura-se como retaguarda, tornando-se sob certos aspectos instrumentos de

promoção de saúde, de prevenção de conflitos, de cronificações da doença e de sofrimento psíquico (Motta 2001b).

Procurando compreender o caminho percorrido pelo paciente que se submete a uma semi-internação sob cuidados de uma equipe interdisciplinar, inúmeras questões relevantes à respeito dessa assistência psiquiátrica são suscitadas. Lembramos que várias categorias profissionais estão envolvidas em um mesmo processo complexo e delicado que é procurar compreender a gravidade de cada caso, juntamente com os conflitos familiares, para facilitar a melhora da convivência e qualidade de vida.

Como o HD é um hospital escola, há uma alta rotatividade de estagiários de várias categorias profissionais. Estes são procedentes de diferentes universidades do país com diversas formações e idealizações profissionais. Ao iniciarem seus estágios no HD pressupõem-se tomar contato com uma realidade muito diferente da maioria de suas formações no período da graduação. Inicialmente se revela uma convivência de intenso esforço de compreensão do funcionamento do hospital e de aproximação dos elementos da equipe fixa para se compartilhar um único objetivo.

Além disso, nesta situação e momento, emergem inúmeros sentimentos e oportunidades de trocas entre as duas equipes que suscita um interesse e uma tentativa de compreender o caminho percorrido pelo paciente nas suas trajetórias em busca da saúde.

Há também, uma tentativa constante para que aconteça um afinamento entre as equipes para que todos possam trabalhar com uma abordagem mais voltada para a saúde, dando destaque à parte saudável, valorizando mais as habilidades e capacidades individuais dos pacientes.

Logo, a articulação saudável de uma equipe requer compreensão, flexibilidade e trocas entre os elementos. Não acontecendo essa harmonia propicia-se um ambiente predisposto a conflitos, competições e mal estar.

1.4.1 Equipe de Enfermagem e Equipe Interdisciplinar do HD-FMRP- USP

Um profissional que integra a equipe fixa do HD, tem a oportunidade de participar das atividades desenvolvidas durante todo o dia ao longo da semana, sistematicamente, junto da equipe interdisciplinar. Além disso, compartilha com outros elementos dessa equipe um processo construtivo e gratificante na assistência ao doente mental semi-hospitalizado, com isso, é possível que esse profissional conheça a importância dos aspectos de interação grupal, ou seja, um trabalho compartilhado com técnicos de diversas formações profissionais, como também atuar na sua área específica e executar tarefas com elementos que incorporam algo altamente incentivante.

Compondo a equipe interdisciplinar nesse serviço, existe a equipe de enfermagem, que se constitui em um grupo participante do processo de elaboração e desenvolvimento do plano de assistência de enfermagem. Esta mantém contato contínuo com os pacientes, podendo, através desse contato, construir um vínculo e obter do paciente e da família um conhecimento amplo e minucioso de cada situação que vivenciam.

Esse grupo percebe e avalia as evoluções diárias dos pacientes, podendo, assim, ser uma via de informação aos demais elementos da equipe, que também objetivam a proteção e a recuperação da saúde dos pacientes assistidos. Mas, pela função que desenvolvem, não permanecem em contato direto e constante com os pacientes, como a equipe de enfermagem, e para obterem uma visão mais ampla do comportamento dos pacientes, precisam das referidas informações, para, inclusive, terem noções do contexto geral do hospital.

As atividades da enfermagem, especificamente, são ligadas a todos os outros setores, havendo uma autonomia em aspectos estritamente ligados à enfermagem. Na compreensão de, Kantorski et al., (2002), a enfermagem por constituir-se numa profissão que tem se aprimorado, no cotidiano do seu fazer, tem dado importante contribuição a transformação das práticas de cuidados ao indivíduo portador de sofrimento psíquico e no trabalho em equipes de saúde mental.

O serviço de enfermagem destaca-se por ser um grupo do sistema hospitalar que funciona ininterruptamente e considera vital para o seu funcionamento o contato

direto com o paciente e as trocas de informações entre equipes. E essas informações devem ser acessíveis a todos os seus componentes e cuja transmissão deverá ser feita de modo claro e objetivo, direcionando para as reais necessidades dos pacientes examinados. Bem como deverá haver um consenso de opiniões para unidirecionar os cuidados, evitando complexidades que induzem a distorções e erros.

A complementaridade dos vários profissionais especializados, com suas diferentes técnicas, contribui para a obtenção do objetivo previamente esperado, pois como refere Peduzzi (1999), as situações de trabalho requerem articulações das intervenções técnicas, não cabendo a nenhum profissional isolado realizar as ações necessárias às qualidades dos cuidados.

Considerando o processo de comunicação da enfermagem no HD, verifica-se que há um movimento bidirecional. Inicialmente há um diálogo, uma aproximação da equipe de enfermagem com o paciente no ambiente do hospital, e em seguida há o movimento dessa equipe para informar aos demais elementos da equipe interdisciplinar, através da reunião de passagem de plantão de enfermagem, acontecimentos sobre essa comunicação e interação.

Compete à equipe de enfermagem do HD receber os pacientes e familiares às 7:30 horas da manhã que é o horário de sua chegada. Interar-se das condições que os mesmos se encontram e o que informam juntamente com os familiares, de como passaram à noite ou o final de semana em casa. Verificar suas condições físicas incluindo sinais vitais, higiene pessoal, postura e locomoção, bem como, verificar as condições emocionais, desde expressão facial, manifestação de interesse e verbalização, até a interação com os demais.

No ambiente do HD, desde a chegada do paciente pela manhã, nos intervalos das atividades e também no final do período, enquanto aguardam os seus familiares, encontram-se elementos da equipe de enfermagem que permanecem juntos a ele em um processo interativo onde se obtém dados significativos das evoluções das psicopatologias. Nestes momentos ouvem-se verbalizações de queixas, expressões de interesse pelo tratamento, questionamentos de sintomatologia e tratamentos recebidos, entre outros.

O paciente está nesse ambiente convivendo com outros pacientes que apresentam tanto sintomas parecidos, quanto diferentes dos seus, é foco de vários olhares de elementos dessa equipe, que procuram oferecer um ambiente terapêutico,

onde o paciente sente conforto para expressar seus sintomas, suas queixas e idéias, bem como, manifesta as suas dúvidas e curiosidades, não se sentindo tão exposto. Nesse ambiente há uma estrutura, uma continência que o transforma num ambiente terapêutico e saudável, favorecendo o controle de sintomas provenientes da doença mental.

Por parte dessa equipe de enfermagem e de alguns elementos da equipe interdisciplinar que atuam no ambiente, deve haver uma postura terapêutica, segundo condutas e abordagens específicas previamente estudadas em reuniões clínicas e supervisões. Nessa convivência, há um aspecto marcante e complexo de que no ambiente não há uma regra de assuntos a serem tratados ou temas a serem abordados.

Os assuntos e as interações fluem cabendo aos elementos da equipe a função de direcioná-los para um rumo terapêutico, sem que envolva prejuízo ou atrito entre os presentes. Espera-se que haja uma harmonia, um acolhimento por parte da equipe que é devidamente preparada para esse papel de ação terapêutica, não só na interação verbal, como na não verbal com os pacientes, e isto, vai também de encontro aos dizeres de Castro & Silva (2001), onde destacam a importância da adequação da comunicação não verbal na relação interpessoal enfermeiro-paciente.

1.4.2 O Papel do Enfermeiro na Equipe de Enfermagem

Segundo Mello (1998a), o enfermeiro está diretamente ligado ao cuidar, e ele é quem mantém contato direto com todos os profissionais que cuidam do paciente no tratamento. Destaca também que seu trabalho tem relações diretas com ações educativas e sociais no processo assistencial. Considerando isso, é importante lembrar do papel do enfermeiro dentro de uma equipe de enfermagem psiquiátrica e constatar que há uma complexidade.

O enfermeiro destaca-se como um elemento que muitas vezes se ocupa priorizando as atividades administrativas que executa na organização do trabalho e dos demais profissionais e tem dificuldade de atuar na assistência, mantendo-se numa postura de submissão à equipe médica e sendo um profissional pouco atuante junto dos pacientes.

Para Chaves (1993), uma das tarefas e desafio do enfermeiro de uma unidade é ganhar força trabalhando junto de uma boa equipe de enfermagem e junto dos

pacientes, estabelecendo as prioridades e desenvolvendo uma rede de relacionamento.

No HD-HCFMRP-USP o enfermeiro procura executar seu papel envolvendo-se mais no contexto geral assistencial, de maneira mais atuante junto da equipe de enfermagem e ao paciente no ambiente, e em atividades terapêuticas assistenciais. Essa postura remete a uma realização profissional gratificante, vindo reforçar um modelo diferencial do tradicional na assistência psiquiátrica. Portanto, se o objetivo do enfermeiro é conhecer o paciente, interagindo-se do caso, para que juntamente com a equipe possam oferecer uma assistência privilegiada, deverá ter conhecimento das formas de comunicar-se com o doente mental, não necessariamente e exclusivamente a verbal.

Angerami (1976) comenta que a identificação do problema baseia-se nas observações, caracterizando-se como função de todos os elementos da equipe de enfermagem essa função, porém, cabe ao enfermeiro agir procurando uma solução mais adequada, quando se trata de assuntos mais complexos referentes à assistência ou quando se trata de questões administrativas.

Sabe-se que um enfermeiro individualmente não realiza todas as ações necessárias para a assistência de enfermagem. Ele está inserido em um grupo que se articula em suas ações como comenta Munari (1997), onde refere que no trabalho de enfermagem o emprego de grupos não se aplica como um ato novo. A ação desenvolvida pelo enfermeiro, por sua natureza, é constituída por um trabalho grupal e cita, como exemplo, a passagem de plantão realizada pela equipe de enfermagem, bem como outras atividades educativas e realização de grupos para a discussão de casos.

A literatura tem-nos oferecidos dados de que as funções do enfermeiro têm sofrido modificações consideráveis, não só na área de psiquiatria, mas também nas demais áreas, abrangendo uma vasta extensão, variando desde atividades simples e rotineiras até aquelas que são extremamente complexas (Mendes, 1997).

Dentro dessa complexidade assistencial e de interação grupal, considera-se o que, Mello (1998b), reflete em seu trabalho sobre o dia a dia do enfermeiro, onde comenta que a enfermagem está diretamente ligada ao cuidar, seu trabalho tem atividade direta com ações instrutivas e sociais e possui toda uma carga afetiva, que é inerente ao exercício da profissão. Como também, compete ao enfermeiro facilitar

para que todos os demais agentes da equipe da enfermagem integrem-se à equipe interdisciplinar, impedindo que aconteça a formação de um subgrupo que venha a impossibilitar o trabalho integrado.

Oliveira & Alessi (2003), em uma breve reflexão, sobre o profissional enfermeiro que atua em saúde mental dentro do contexto interdisciplinar, evidenciam que o processo de comunicação torna-se um instrumento básico e fundamental para o enfermeiro. Além disso, julgam ser a forma não verbal de se comunicar a que mais adequadamente pode evidenciar uma relação interpessoal enfermeiro-usuário. Portanto, se o objetivo do enfermeiro é conhecer o paciente e interar-se do caso para que juntamente da equipe possa oferecer uma assistência privilegiada, deverá ter conhecimento das formas de comunicar-se com o doente mental.

Dentre as diferentes formas de intervenções psicoterápicas e de interação grupal, o enfermeiro utiliza-se de um instrumento essencial para a realização de seu trabalho, que é a comunicação. Esta serve como base para a complexa gama de variáveis na ação grupal da assistência psiquiátrica.

Stefanelli (1986), confirma em seu trabalho que a comunicação é colocada como fundamental para a vida humana e conseqüentemente de suma importância para a enfermagem, uma vez que toda situação de enfermagem envolve seres humanos, e é portanto, uma situação interpessoal.

No caso da enfermagem psiquiátrica em que há necessidade de uma habilidade para uma comunicação terapêutica. E que considera a doença mental como distúrbio nesse processo, verifica-se a importância da comunicação com o paciente e seu familiar. Bem como, saber transmitir aos demais elementos da equipe o conteúdo dessa mensagem, para que juntos possam ter uma melhor compreensão de cada caso. Assim, Corniani et al. (2002) também entendem que a liderança e a comunicação são meios essenciais para o enfermeiro desenvolver a sua prática profissional. Sabe-se, portanto, que a prática da enfermagem envolve conhecimento e habilidade de comunicação, cabendo ao enfermeiro saber comunicar-se com todos os integrantes da equipe interdisciplinar, além da comunicação com a equipe de enfermagem que ele coordena.

Tratando-se de uma comunicação em grupo, Pirolo (2002) conceitua a comunicação como sendo um processo amplo em todas as fases da vida, sendo essencial na socialização dos indivíduos e indispensável na relação interpessoal e

grupal, bem como na propagação de idéias e cultura. Em se tratando de uma equipe de enfermagem é evidente que o processo assistencial grupal só é efetivo se houver uma comunicação clara, explícita e ampla objetivando que todos tenham conhecimento dos fatos e possam ter uma ação conjunta. Compete ao enfermeiro o cuidado e vigilância para que a comunicação dentro da equipe de enfermagem seja ideal.

Há uma complexidade e exigência de flexibilidade para que o trabalho em grupo seja desenvolvido. Quando nos referimos a uma equipe interdisciplinar psiquiátrica, a complexidade é mais evidente, pois envolve um número de pessoas com formações profissionais, ideais e objetivos diversos.

Travelbee (1979), destaca a importância da informação aos demais elementos da equipe como função da enfermeira que esteve em contato direto com o paciente, passando dados que complementam a compreensão do caso e pelos quais se obtém com mais clareza, detalhes do funcionamento do paciente na doença.

1.5 Passagem de Plantão de Enfermagem

A Passagem de Plantão de Enfermagem sempre foi realizada pela enfermagem e tradicionalmente coordenada pelo enfermeiro em hospital geral, onde há mudanças de turnos num período de 24 horas. Caracteriza-se pela passagem dos acontecimentos ocorridos com os pacientes, num período de trabalho executado por um grupo para que seja dada a seqüência das ações pelo grupo que continuará a atuação. Mas, isso se dá na enfermagem para a própria enfermagem. Para Zoehler & Lima (2000), é uma atividade que oferece possibilidade para a identificação de problemas singulares de cada paciente, e onde se definem as necessidades para os planejamentos e execução de medidas de enfermagem, que tornam possíveis a eficácia do tratamento.

Tem-se necessidade de conhecer melhor, como e porque esse procedimento surgiu. Sabe-se pela história que, a partir do século XVIII, o hospital passou a ser o local de ação curativa ao enfermo e não só de assistência aos pobres e moribundos, portanto, exigiu-se a atuação de um grupo cuidador cada vez maior.

Segundo Miranda et al. (1997), a hospitalização por si só é um fator de insegurança e provocador de reações nos pacientes. A partir do momento que o

indivíduo adoece, é obrigado a modificar seus hábitos de vida, principalmente quando é hospitalizado, gerando sentimentos diante do novo desafio. Após a equipe conhecer os sintomas, as dificuldades do paciente, seus costumes e suas atitudes, torna-se possível à realização de uma comunicação terapêutica, que será avaliada pelos membros da equipe participante da passagem de plantão de enfermagem.

Segundo Moreira (1989), na enfermagem, o processo de comunicação é reunido de várias maneiras, mas a comunicação verbal é a forma predominantemente mais utilizada para transmitir os fatos e intercorrências ocorridas durante a assistência ao paciente. Destaca também, que em meio as situações em que se verificam maiores incidências de forma verbal de comunicação em enfermagem, temos o procedimento da passagem de plantão, onde ocorre um grande volume de trocas de informações acerca da assistência prestada e traduz-se como o ponto de aglutinação de mensagens necessário para orientar a seqüência do trabalho a ser desenvolvido.

O mesmo autor afirma que através de várias experiências observadas, muitas das barreiras encontradas na assistência de enfermagem são reflexos de maneiras de como são verbalizadas as informações nas passagens de plantão. Esse procedimento foi convencionalmente estabelecido na prática com o objetivo de troca de informações interplantões. Considerando que a assistência de enfermagem é prestada continuamente no hospital, interligando-se por turnos, com mudanças de equipes assistenciais, pode-se concluir que esta é a razão da existência da reunião de passagem de plantão.

Importante salientar que, Nogueira (1988), mostra que apesar de pesquisas bibliográficas exaustivas, não são encontrados registros dessa atividade em período anterior à enfermagem moderna. Relata que o pessoal de enfermagem cresceu numericamente e subdividiu-se por turnos de trabalho em função do aumento da demanda, quando o hospital passou a ser local de ação curativa aos doentes. Assim, é provável que houve a necessidade do surgimento de um mecanismo que disciplinasse a troca entre os diferentes grupos de trabalho diário, sendo então, esta a hipótese que explica o início das reuniões de equipe com objetivo de troca de informações e garantia da continuidade da assistência. A mesma autora, cita que um dos fatores indispensáveis para a sobrevivência de um grupo de indivíduos que trabalham em equipe é a informação que é trocada entre seus membros, e comenta que o sistema

hospitalar caracteriza-se por empregar profissionais de várias áreas, evidenciando que nesse sistema, uma grande diferenciação e especialização de funções devem manter um trabalho integrado, através de uma interdependência e troca de informações.

1.5.1 Reunião de Passagem de Plantão de Enfermagem no HD-HCFMRP-USP

Dentre as atividades desenvolvidas em grupo no HD, todas de importância ímpar na assistência ao doente mental internado nesse hospital, encontra-se a Reunião de Passagem de Plantão de Enfermagem (RPPE), também com a mesma importância, pois se trata de uma reunião onde a equipe tem possibilidades de obter uma visão mais compreensiva de cada paciente em tratamento.

Além de propiciar a integração para atualizar e uniformizar as condutas e tomadas de decisões frente às observações e evoluções dos pacientes feitas por todos os elementos da equipe. Propicia ainda, trocas de informações entre os referidos elementos que são extremamente úteis nas abordagens terapêuticas que desenvolvem, cada um em sua modalidade.

Acredita-se não ser casual a existência da RPPE e possivelmente algumas razões levaram à sua criação e permanência durante anos. Certamente devido ao fato dos assuntos nela desenvolvidos não se limitarem a um único tema e não se esgotarem em si, e ainda, possibilitar a discussão de todos os pacientes internados, no entanto, ao se investigar a literatura verifica-se que não existem publicações sobre a mesma ou reuniões semelhantes.

Alguns elementos que pertenciam à equipe interdisciplinar do HD no período da introdução da RPPE nesse serviço, relataram, de forma oral e informal, que ela iniciou-se em meados do ano de 1987, portanto, sua existência data de dezessete anos, e o seu início foi com o objetivo de divulgar os dados de cada caso dos pacientes semi-internados a todos os elementos da equipe, pois entre os elementos da equipe de enfermagem já acontecia essa comunicação, que seguia os moldes da passagem de plantão tradicional.

No momento de sua introdução na rotina de atividades do HD, ela tinha início marcado para as 8:00 horas, que coincidia com a chegada da equipe, e outro fato que

merece destaque, é que a existência da RPPE deu-se também pelo fato de que todos os elementos tinham ações sobre os pacientes, portanto, as informações nela passadas trariam dados importantes para o desenvolvimento do trabalho de todos e, assim sendo, na época ela era entendida como uma reunião administrativa.

Após algum tempo da existência da RPPE, constatou-se que havia necessidade de mudar o modo de entendimento referido anteriormente, pois ela se direcionava exclusivamente aos pacientes e não tinha caráter administrativo, o qual teria um espaço reservado na reunião de equipe geral. Daí, ela passou a ocorrer de forma breve, sucinta, e abordando todos os pacientes que recebiam assistência no HD.

Verificou-se que em anotações da reunião de equipe geral, na época que a RPPE foi introduzida, assuntos que se trataram do tema. No dia 13/01/1987, quando a RPPE estava sendo implantada, ela entrou como o terceiro assunto da reunião de equipe geral e recebeu a denominação inicial de “Passagem Matinal de Ocorrências - PMO”, onde se discutiu que a introdução dessa reunião seria para uma melhor informação e pela necessidade dos vários setores saberem o que era feito com os pacientes, visando a uma melhor integração. Destacou-se também que seria para integrar os residentes e estagiários com os elementos da equipe fixa. Houve sugestão de que a reunião acontecesse durante o horário que os pacientes tomassem o café da manhã, havendo acordo por parte de todos e onde determinaram que 30 minutos para essa atividade seriam suficientes.

Em uma próxima reunião da equipe geral no dia 29/01/1987, o assunto da PMO voltou à discussão e decidiram que ela não deveria ser um momento em que a equipe informasse apenas aos médicos de como os pacientes estavam, mas, onde todos pudessem falar o seu ponto de vista à respeito dos pacientes. Enfatizaram também, que a PMO fosse um momento para notícias rápidas de cada paciente, passando pelas informações dos setores e que o aprofundamento dos casos seriam nas reuniões de supervisões.

Ainda, em uma outra reunião seguinte, no dia 18/02/1987, em assunto discutido na reunião de equipe geral, comentaram que na PMO deveria haver mais clareza e objetividade, sem chegar no ponto de discussão de casos, o que permite o entendimento de que os objetivos pré-determinados na introdução dessa reunião no

HD são mantidos há dezessete anos, e que hoje, tem a denominação já referida anteriormente de RPPE.

No HD, a RPPE, com as modificações que sofreu, apresenta características diferentes da passagem de plantão tradicional de enfermagem, pois mesmo continuando coordenada pelo enfermeiro, conta com a participação dos elementos de toda a equipe interdisciplinar. Conforme referido, ela acontece há 17 anos, e sua frequência é de uma vez ao dia, no período da manhã, nas segundas, terças, quartas e sextas feiras. É uma forma de integração da equipe interdisciplinar, onde se examina cada caso de paciente semi-internado e as abordagens terapêuticas feitas, desde sua chegada pela manhã no hospital, até o horário do seu retorno para casa, no final da tarde.

O trabalho realizado pela enfermagem no HD funciona como ligação de “mão dupla” do ambiente terapêutico ao encontro geral com os demais elementos da equipe através da RPPE que se torna uma via de trocas de informações.

O enfermeiro a coordena com a autonomia e o conhecimento obtidos em sua formação teórica e na experiência prática, propiciando uma troca de informações entre os elementos da equipe sobre tudo o que está acontecendo com cada paciente no ambiente do HD.

Na RPPE aparecem tanto convergências como divergências entre os elementos da equipe, e é onde poderão ser esclarecidos as idéias, opiniões e pareceres para que se tenha um acerto e uniformidade nas condutas e para que os pacientes possam se beneficiar com a unidirecionalidade.

Esse encontro diário configura-se em um momento próprio para a equipe acompanhar as evoluções de cada paciente, pois são informadas situações não vivenciadas por todos no contexto geral do hospital, possibilitando trocas com relação a procedimentos e posturas adequadas, frente às informações provenientes de todos.

A participação da equipe interdisciplinar é de modo ativo, onde colocam seus pontos de vista e acatam os demais, sempre com objetivo terapêutico, possibilitando trocas de conhecimentos entre todos.

Na RPPE acontece a participação do maior número de elementos da equipe fixa e móvel possível, cuja participação é livre. E a partir deste momento, no início da manhã, obtém-se o perfil da assistência geral a ser prestada no dia que se inicia.

Dentro do serviço de assistência psiquiátrica hospitalar e extra-hospitalar, o elemento de destaque é a pessoa que está em grande sofrimento psíquico e que traz consigo cobranças e preconceitos de uma sociedade. Para isso, Taylor (1992) destaca que em um processo lento que exige um trabalho consistente, ao longo de um certo período, espera-se obter através de uma interação o restabelecimento da auto-estima e da autoconfiança, que na maioria dos casos o doente mental experimenta.

Se os objetivos do tratamento estiverem claros para todos elementos da equipe, facilmente se realiza uma assistência complementar e integrada. Na RPPE examinam-se diariamente esses objetivos pré-determinados que estão sendo realizados.

Quando se refere à equipe fixa, destaca-se que são aqueles funcionários que estão trabalhando no HD, por tempo indeterminado, e quando se refere à equipe móvel, diz-se de estagiários como: médicos residentes de 1º e 2º ano, aprimorando de psicologia, serviço social e terapia ocupacional, enfermeiros do curso de especialização em enfermagem psiquiátrica e saúde mental, e mais recentemente, estagiários de enfermagem.

A comunicação entre todos esses elementos que se articulam na RPPE é destacada com diferenciação por ser uma comunicação clara e objetiva, que visa a passagem de informações e destaca-se pela interação dos vários profissionais onde se expressa uma reciprocidade. É onde colocam em evidência as conexões existentes entre as intervenções técnicas que exercem com os pacientes.

Através da RPPE, elabora-se um plano de assistência específico para cada paciente, que pode ser modificado diariamente de acordo com as necessidades percebidas no exame geral feito por todos os elementos da equipe.

Muitos elementos da equipe em vários momentos têm dúvidas de lidar com comportamentos apresentados pelos pacientes. Na RPPE, durante as trocas de informações, obtém-se pistas e direcionamento para abordagens de situações complicadas e manejos difíceis.

A idéia central da RPPE foi sempre para que servisse de união e de base para articulações das opiniões das diversas categorias profissionais à respeito da complexidade que se encontra o ser humano em tratamento.

É importante frisar, que em situações de divergências de opiniões durante a RPPE se propõe transformar as idéias diversas em um ponto único que direcione para

o sentido terapêutico, evitando-se prejuízo por parte do paciente e da meta assistencial da equipe.

A RPPE também tem como objetivo obter uma visão mais compreensiva de cada paciente. Perceber melhor a atmosfera do dia que se inicia e refinar as informações que dizem respeito à evolução dos pacientes e os problemas encontrados desde a última reunião ocorrida na manhã do dia anterior.

Não só examinam-se problemas relacionados a dificuldades em abordagens ou dúvidas de compreender com clareza a sintomatologia apresentada por algum paciente. Examinam-se também tensões detectadas no ambiente durante a interação entre pacientes/pacientes e pacientes/equipe.

A equipe desenvolve atividades de socialização, com objetivo de estimular o interesse e a independência do paciente para execução de atividades básicas diárias, cooperação grupal, organização pessoal, auto-estima e iniciativas que são propostas das abordagens e planos de cuidado para os pacientes, podendo ser mudadas diariamente, conforme as necessidades evidenciadas pela equipe no decorrer do dia e nas avaliações diárias da RPPE.

Alguns autores têm como objeto de estudo a comunicação verbal na passagem de plantão, sendo esta a principal forma usada para transmitir os fatos, mas, evidencia-se que distorções, omissões e inconsistência são variáveis a serem consideradas. Para isso, manter em vigilância os reais objetivos da passagem de plantão e a apropriação da técnica existente, tende a proporcionar maior segurança na qualidade do cuidado individualizado de enfermagem, e também na RPPE.

Importante destacar que o tratamento no HD tem sua complexidade, e deve-se considerar que quando o paciente está em um momento difícil de sua vida e seus familiares muitas vezes, por desconhecerem a doença, provocarem críticas, agressões e reações de cobranças, a equipe deve estar atenta, pois são na transmissão adequada dos fatos que a equipe tem possibilidades de condutas adequadas com mais benefícios para o paciente.

Para Contel et al. (1995c), a assistência intensiva visa a reabilitação psicossocial e a prevenção de novas crises, através de um trabalho educativo com o paciente e os familiares. O enfermeiro participa desse processo de forma ativa e poderá diariamente avaliar e divulgar, através da RPPE, aos demais elementos da equipe interdisciplinar, a evolução do paciente, conforme objetivo pré-determinado.

Portanto, essa reunião no HD é também compreendida como um momento de grande integração e tomada de decisões em grupo.

É também onde se agiliza condutas breves através das manifestações dos pacientes observados nos diversos contextos do hospital, e onde os terapeutas manifestam-se segundo seus pontos de vista e percepção sobre o paciente, em várias situações muitas vezes desconhecidas pelos demais elementos da equipe.

Nessa reunião há uma riqueza a ser considerada que é o fato de não haver passagens entre turnos, evitando deste modo, riscos de distorções de informações como na reunião tradicional de passagem de plantão de enfermagem.

Para a retomada das relações sociais e afetivas, quando há desorganização dos aspectos emocionais, o instrumento a ser trabalhado simultaneamente no HD é o familiar. Portanto, o familiar também é assunto e tema de discussão e de avaliação na RPPE. Horst (1996), considera a família como palco onde entram em cena as forças emocionais de medo, teimosia e protestos, e reforça que a família que recebe tratamento vai apresentando transformações nas ações cotidianas e vai aceitando mudanças que servirão de bases para um novo viver. Na RPPE, também com frequência, avalia-se as evoluções dos processos terapêuticos oferecidos à família.

Para Shirakawa et al. (2001), os pacientes estáveis com razoável controle de desorganização podem se beneficiar de diferentes formas de intervenção psicoterápicas. Nesses casos, a complexa gama de variáveis individuais e grupais precisará ser considerada na decisão da melhor indicação. O enfoque poderá estar na recuperação das habilidades sociais, na aceitação da doença, na diminuição do isolamento e em outros fatores que merecem avaliações diárias na RPPE, pela equipe que tem um programa sistematizado de assistência individual e grupal para as diversas necessidades dos pacientes.

Zusman (1992), relata que a proposta é obter através de um contato constante com o paciente uma compreensão de sua dinâmica, observando como o mesmo se organiza frente às diversas situações de seus vários meios sociais. A assistência no HD assemelha-se a citação acima, necessitando de uma avaliação diária, frente ao que se define como objetivo, no ponto de vista da equipe geral. Portanto, diariamente se avalia na RPPE, quais as propostas de tratamento, qual o aproveitamento do paciente e quanto são necessárias mudanças em vários sentidos para obtenção da melhor assistência.

Quando é relatado na RPPE por algum elemento da equipe que presencia situações delicadas, onde o paciente apresenta-se em risco, ocorrem tomadas de decisões imediatas, estabelecendo-se uniformidade nas condutas por parte de todos, conforme a necessidade apresentada.

Segundo Carte & Mc Goldrick (1995), não se pode ignorar o contexto social, econômico e político e seu impacto sobre o paciente e sua família, portanto, é de competência da equipe conhecer esse envolvimento tomando como parâmetro a convivência do dia a dia dentro do contexto hospitalar.

Lembra-se que o paciente é examinado durante a RPPE após ser observado em diversos parâmetros multidisciplinares e por ser foco de vários olhares, cuja avaliação dos resultados acontece diariamente, há chances maiores de benefícios em seu tratamento, contando com a facilitação e estímulo do enfermeiro coordenador, que, pela experiência prática de vários anos, tem habilidade suficiente para levar em consideração as colocações de todos para um fechamento final.

Bernstein (1988) acrescenta uma hipótese, que dada as condições estruturalmente similares, o conteúdo do sintoma do membro doente, pode se manifestar nos outros membros da família, portanto, há necessidade de oferecer também assistência individual e grupal aos familiares. Na discussão da RPPE detecta-se situações familiares que merecem condutas emergentes para se iniciar um processo terapêutico mais amplo.

Segundo Rabello (1991), ensinar os pacientes discriminarem os sintomas e os pródromos da recaída, assim como ensinar o valor da medicação, torna-se um fator de proteção contra novas crises. A RPPE é uma via que a equipe tem para tornar-se ciente das particularidades e das gravidades de cada paciente e de onde emergem temas que deverão ser trabalhados em atividades educativas e nas diversas ações e abordagens dos profissionais. Portanto, a RPPE permite no dia a dia o seguimento da avaliação clínica de cada paciente e de sua convivência familiar e social diante do que lhe é oferecido como tratamento.

Assim sendo, estudar mais detalhadamente essa atividade do HD é particularmente importante, tendo em vista que diversas condutas podem ser tomadas imediatamente após uma situação descrita, agilizando, assim, providências no sentido de intervenção na situação citada. Se a RPPE não existisse no HD, essas

providências só seriam possíveis na discussão específica do caso do paciente, o que demandaria de mais tempo.

A estrutura da RPPE permite durante a reunião compreender as opiniões e sugestões propostas por todos, bem como permite uma melhor observação da qualidade do vínculo existente da equipe com os pacientes e intervenções mais consistentes e efetivas, na busca de uma recuperação mais breve.

Somando todas as atividades programadas, as livres, de ambiente e as espontâneas e de improviso, cada elemento da equipe dentro de sua visão tem um perfil diário de cada paciente, que levará para a RPPE, onde haverá uma troca de observação e percepção objetivando obter minúcias do comportamento de cada paciente examinado.

Semanalmente, entre a equipe interdisciplinar acontecem as reuniões de supervisão de casos, reuniões clínicas e de psicofármacos. As orientações e decisões de melhor conduta com o paciente e familiar obtidas nessas reuniões são levadas como assunto nas RPPE, para que toda a equipe possa conduzir a assistência num mesmo sentido terapêutico.

Diariamente durante o período que o paciente fica no hospital, ele participa de várias atividades programadas e específicas e é acompanhado por um coordenador e por um co-terapeuta ou mais, em cada atividade aplicada. Seu envolvimento com as atividades e suas manifestações de sintomas são avaliados detalhadamente nas suas atitudes, interesses e interação com os demais pacientes e elementos da equipe.

O retrato obtido de cada paciente nas reuniões é levado para a RPPE pelos elementos coordenadores e co-terapeutas das atividades, a fim de que seja transmitido aos demais. Dessa forma, todos têm oportunidade de obter, um retrato maior, mais amplo e mais claro para se distinguir a evolução da doença psiquiátrica de cada paciente em tratamento.

Sabe-se que o trabalho em equipe interdisciplinar na saúde mental é tema já muito explorado na literatura nacional e internacional. Os vários estudiosos sobre equipe destacam a importância de reuniões periódicas dos elementos que a compõem para haver aproximações e um trabalho integrado que vise a recuperação do paciente de forma mais breve. No entanto, pesquisas com o objetivo de estudar RPPE em HD, até a conclusão do presente estudo, não foram encontradas em busca literária. Então, mediante a escassez de publicações à respeito do tema, aliada à experiência

com esse tipo de reunião que durante muitos anos é oferecida pela instituição de maneira apropriada, decidiu-se realizar o presente estudo com a RPPE-HD-HCFMRP-USP no sentido de verificar diversos aspectos que se acredita serem úteis não somente para o aprimoramento da referida reunião, como também sua implantação em Hospitais Dia que ofereçam as mesmas condições que o HD em questão.

2 OBJETIVOS

-
1. Fazer um levantamento das frequências dos elementos da equipe fixa e móvel na RPPE.
 2. Identificar os relatos sobre observação e evolução dos pacientes na RPPE.
 3. Identificar as decisões tomadas frente às observações e evolução dos pacientes na RPPE.

3 METODOLOGIA

3.1 Sujeitos e local

3.1.1 Sujeitos

Os sujeitos do presente estudo foram os elementos da equipe fixa e móvel do HD apresentados com detalhes nos quadros 1 e 2 mais adiante. No período da coleta de dados a equipe fixa constituía-se de treze elementos, mas participaram dessa pesquisa nove elementos, sendo: um agente administrativo, um assistente social, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, um médico assistente, um psicólogo, um técnico desportivo e um terapeuta ocupacional. Os profissionais dessa equipe não inclusos no estudo foram uma oficial administrativa (cargo administrativo), uma auxiliar de serviço (rotineiramente não participa da RPPE), um médico assistente (cargo administrativo) e uma enfermeira (licença gestante).

As razões das ausências na RPPE foram diversas como: licença gestante, horários de administração de medicação para pacientes e outras reuniões acontecendo simultaneamente à RPPE.

Quanto à equipe móvel, constituía-se por seis elementos no período da coleta de dados, que seguiam escalas de trabalho previamente definidas e todos participaram da pesquisa, sendo: um aprimorando de psicologia, um aprimorando de serviço social, um estagiário do quarto ano do curso de graduação em enfermagem, dois médicos residentes de 1º ano e um médico residente de 2º ano. A participação dessa equipe também foi variável por várias razões, como: a estagiária de enfermagem teve seu estágio encerrado quando acontecia a 9ª reunião e os demais flutuaram na participação em função da existência de outras reuniões que aconteciam simultaneamente a RPPE.

Quadro 1 - Constituição da equipe interdisciplinar de técnicos fixos do HD e suas funções no período da coleta de dados.

Profissionais	Categoria	Número
Médico	Assistente-coordenador	1
Médico	Assistente-supervisor	1
Enfermeiro	Assistencial-Chefe	1
Enfermeiro	Assistencial	1
Auxiliar de Enfermagem	Assistencial	2
Assistente Social	Assistencial	1
Psicólogo	Assistencial	1
Técnico Desportivo	Assistencial	1
Terapeuta Ocupacional	Assistencial	1
Agente – Administrativo	Administração	1
Oficial- Administrativo	Administração	1
Auxiliar de Serviço – (Copeira)	Administração	1
Total		13

Quadro 2 - Constituição da equipe interdisciplinar móvel do HD e suas funções no período da coleta de dados.

Profissionais	Categoria	Número
Médico	Residente- assistencial	3
Professor de yoga	Assistencial-voluntário	1
Enfermeiro	Estagiário	1
Assistente social	Aprimorando	1
Musicoterapeuta	Assistencial-voluntário	1
Psicólogo	Aprimorando	1
Total		8

3.1.2 Caracterização do local do estudo

Na época em que o estudo foi realizado, o HD prestava assistência a 14 usuários maiores de quinze anos, em regime de semi-internação psiquiátrica, encaminhados por outros setores do HC-FMRP-USP, outros serviços da cidade e da DIR XVIII. O atendimento é oferecido de segunda a sexta-feira, das 7:30 às 16:00 horas. Eram oferecidas atividades programadas, tais como: grupos operativos, terapias sociais, entrevistas e reuniões familiares, psicoterapias individuais, terapias ocupacionais, atividades físicas, atividades recreativas, reuniões educativas, reuniões comunitárias e atividades desenvolvidas por voluntários como musicoterapias e yogas. Os quadros 3 e 4 abaixo, destacam as atividades desenvolvidas pelos pacientes e pela equipe. Para melhor compreensão do cronograma é importante salientar que algumas reuniões aconteciam simultaneamente.

QUADRO 3 - Cronograma de atividades desenvolvidas com pacientes do HD no período da coleta de dados.

SEGUNDA FEIRA	TERÇA FEIRA	QUARTA FEIRA	QUINTA FEIRA	SEXTA FEIRA
7:30 – Chegada	Chegada	Chegada Reunião Nuclear	Chegada	Chegada Reunião de casais
8:00 – Desjejum e Medicação	Desjejum e Medicação	Desjejum E Medicação	Desjejum e Medicação	Desjejum E Medicação
8:45 Psicoterapia de grupo	8:30 Grupo de Teatro	8:30 Reunião Nuclear	8:30 Reunião Educativa	8:45 Psicoterapia de Grupo
		9:00 Reunião de família Psicoterapia de Grupo	9:45 Psicoterapia de Grupo ou Reunião Comunitária	
10:00 Atividade Física e Banho	10:00 Psicoterapia de Grupo	10:00 Atividade Física e Banho	11:00 Jornal	10:00 Atividade Física e Banho
12:00- Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
13:30 Reunião de Comissão de Recepção e Despedida	13:30 Reunião de Psicoeducação	13:30 Grupo de Terapia Ocupacional	13:30 Reunião da Comissão de Recreação	13:30 Coral
14:30 Yoga				14:45 Encerramento da Semana e Despedidas
16:00- Administração de Medicação e Saída	16:00 Administração de Medicação e Saída	16:00 Administração de Medicação e Saída	16:00 Administração de Medicação e Saída	16:00 Administração de Medicação e Saída

QUADRO 4 - Cronograma de atividades desenvolvidas com equipe interdisciplinar do HD no período da coleta de dados.

SEGUNDA FEIRA	TERÇA FEIRA	QUARTA FEIRA	QUINTA FEIRA	SEXTA FEIRA
7:30 Recepção de pacientes e familiares	Recepção de pacientes e familiares. Reunião Clínica Medicamentosa	Recepção de pacientes e familiares. Reunião Nuclear	Recepção de pacientes e familiares.	Recepção de pacientes e familiares. Reunião de Casais
8:00- RPPE			Reunião de Equipe Geral	RPPE
9:00- Supervisão de R1	RPPE	Psicoterapia de Grupo. Reunião de Família	Psicoterapia de Grupo ou Reunião Comunitária	Supervisão de R1
10:00- Avaliação de Pré-admissão	Psicoterapia de Grupo. Supervisão de Psicoterapia	Supervisão de R2	Reunião Clínica de Orientação Psicodinâmica e Reunião Educativa	Avaliação de Pré-admissão
11:00- Discussão da Pré- admissão	Reunião de Equipe Fixa	RPPE	Entrevistas	Discussão da Pré- admissão
12:00- Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
13:30- Reunião da Comissão de Recepção e Despedida	Reunião de Psicoeducação.	Grupo de Terapia Ocupacional. Supervisão	Reunião de Recreação	Coral
14:30 – Yoga	Supervisão			Encerramento da Semana

Obs. Vale salientar que algumas atividades acontecem simultaneamente, estando, deste modo, inúmeros elementos da equipe ocupados com atividades diferentes.

As articulações dessas atividades em seus respectivos setores podem ser sucintamente subdivididas em: 1º - terapias ocupacionais de abordagem dinâmica; 2º - serviço social integrando a família e os recursos comunitários, como suporte ao paciente; 3º - a enfermagem como gerenciadora das condições hoteleiras, desde a administração de medicação, até o controle das dietas, tanto estabilizando a

conjuntura administrativa do HD, como permitindo a implementação e operacionalidade dos diversos procedimentos psicoterápicos; 4º - o psicólogo em tarefas fundamentais no diagnóstico e tratamento clínico dos pacientes; 5º - ensino para médicos residentes e estagiários; 6º - expressão corporal como dimensão inovadora da terapia (Contel, 1991d).

A equipe que compõe esse serviço, se tratando da equipe fixa é composta por elementos que trabalham no serviço há mais de cinco anos.

Quanto aos elementos da equipe móvel há um período determinado para cada categoria profissional de cumprimento de estágios, sendo um período de 5 semanas para médicos residentes de 2º ano, e sendo um período de 3 meses para médicos residentes de 1º ano, para as aprimorandas, um período de seis meses, em se tratando da estagiária de enfermagem a mesma cumpria um período de 2 meses. Com relação aos dois profissionais voluntários, uma professora de yoga e uma musicoterapeuta, estas compareciam ao hospital apenas nos horários em que aplicavam suas atividades junto aos pacientes e não participavam de outras atividades com os elementos da equipe.

A execução de cada tarefa tem um caráter concreto, objetivo e imediato, representando, portanto, uma oportunidade de confronto com a realidade, como de organização do pensamento, das ações e emoções, através de rotinas pré estabelecidas que vão sendo transformadas, na dependência da participação maior ou menor de cada um na comunidade terapêutica (Contel e cols., 1995d).

O processo de pré admissão visa a um bom esclarecimento de tudo, com informações claras e objetivas de todo o processo terapêutico para evitar que aconteçam duplos entendimentos e possíveis desistências logo no início do tratamento. A recepção, feita de forma calorosa, facilita uma aderência, envolvimento e interação com o tratamento, por isso é esperado que o tempo de permanência do paciente em semi internação no HD seja pequeno, em função de sua melhora rápida devido também a aprendizagem que o paciente é estimulado a ter sobre a medicação que utiliza, a sintomatologia de sua doença e prevenção de futuras crises.

No contexto do HD a equipe oferece uma estrutura ambiental, para que proporcione a adesão do paciente e do familiar ao meio hospitalar e para que se estabeleça uma confiança que facilite a revelação das situações de relacionamentos.

A permanência do paciente junto a equipe no seu dia a dia, facilita uma aproximação, destacando o envolvimento, confiança e inclusão, propiciando convivência e manifestação de seus sintomas. A partir daí inicia-se com maior destaque a psicoeducação no ambiente, que é um instrumento terapêutico que se utiliza e que necessita ser avaliado diariamente na RPPE.

O serviço tem critérios de internação em relação ao diagnóstico psiquiátrico, sendo que, de modo geral, aceita-se pacientes provenientes de internação integral para um trabalho de readaptação social e continuidade do tratamento e evita-se pacientes com diagnóstico de transtorno mentais orgânicos e retardo mental. O tempo de internação médio no HD é em torno de dois meses dependendo das condições clínicas dos pacientes (Campos,1986b).

Os critérios utilizados para admissão no HD são os seguintes:

- Pacientes de ambos os sexos, maiores de quinze anos.
- Residir em Ribeirão Preto ou pertencer a DIR XVIII.
- Aceitar o tratamento após serem definidos os objetivos em comum acordo com o paciente e familiares.
- Ter familiar que acompanhe e que dê continuidade às condutas pré determinadas pela equipe médica.
- Ter capacidade intelectual para compreensão de atividades mais abstratas, como também, condições físicas para execução de atividades físicas.
- Pacientes provenientes de internação integral e que se encontrem em condições de dar continuidade no tratamento através da semi-internação.
- Pacientes provenientes de atendimento ambulatorial que se mostrou insuficientes.
- Pacientes com indicação de ressocialização.
- Pacientes em fase aguda sem evidência de hetero e auto agressividade importante.
- Pacientes que tenham necessidade de um trabalho familiar intensivo e educativo com objetivo de redução de crises.
- Pacientes psicóticos crônicos ou agudos cuja sintomatologia não inviabiliza a assistência em internação parcial.

OBS: Vale salientar que há exceções, segundo pré avaliação feita pela equipe multidisciplinar, dentro desses critérios pré estabelecidos.

3.2 Procedimento

Para o desenvolvimento desse estudo, foi utilizada a sala de reuniões do HD, onde se realiza a RPPE todos os dias pela manhã, com exceção das quintas feiras, de acordo com o organograma de atividades estabelecido por esse hospital.

Inicialmente o projeto para o desenvolvimento do estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Anexo 1).

Sequencialmente, os integrantes da equipe fixa e móvel, sujeitos do estudo, foram convidados a participarem. Isso foi feito em uma reunião de equipe, onde a questão entrou como um dos assuntos. No momento da discussão, a pesquisadora informou os objetivos do estudo e todo seu procedimento, bem como esclareceu todas as dúvidas surgidas no momento. Todos os integrantes da equipe aceitaram o convite e assinaram o termo de consentimento livre e gerenciado (Anexo 2).

As falas dos integrantes da equipe nas RPPE foram gravadas, com um gravador comum, utilizando-se de fitas cassete, que era sempre colocado em uma mesa da referida sala. O período da coleta de dados foi de novembro de 2002 a janeiro de 2003. e possibilitou um total de 20 RPPE, onde foi possível obter-se falas sobre pacientes em início e ao longo do tratamento e também, no momento da alta. Possibilitou, ainda, se obter falas sobre pacientes que já estavam em tratamento e tiveram piora do quadro, enfim, foi um número de RPPE considerado suficiente para reunir falas de diversas situações e variações de comportamento de pacientes, que acontecem rotineiramente no HD. As fitas gravadas foram arquivadas para análise posterior.

Destaca-se que a coleta de dados foi previamente preparada para ser realizada em um período em que não haveria transição de estagiários, e que estes já estivessem plenamente engajados nas rotinas do HD, podendo transcorrer as gravações sem riscos de vieses e de forma que cumprissem bem os objetivos do estudo.

As gravações das 20 RPPE foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora e as verbalizações dos sujeitos referentes a cada paciente foram

sintetizadas em pequenas frases, cuja apresentação foi feita em forma de quadros. As RPPE foram numeradas de 1 a 20 e os pacientes observados, em número de 16, foram representados com a letra P e o número de acordo com sua inclusão no estudo, sendo: P1; P2; P3...P16.

Essa pesquisa tem característica quanti-qualitativa, sendo a parte quantitativa referente à frequência dos sujeitos nas reuniões, à frequência das falas dos sujeitos que aparecem na RPPE. e o número de vezes que cada paciente foi examinado.

A parte qualitativa diz respeito as falas dos sujeitos na RPPE sintetizadas em frases, pois responde a questões particulares, sendo que nas ciências sociais, ela trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, preocupa-se com um nível de realidade que nem sempre pode ser quantificado (Minayo, 1996).

4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de quadros para uma maior visibilidade, principalmente das sínteses das 20 RPPE em cujo final fez-se um comentário e discussão sobre o seu conteúdo.

Quadro 5 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 1.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de Decisão
P1	<ul style="list-style-type: none"> Em esquema de permanência em dias alternados no HD. Faz plano para seu pós-alta. Melhora da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P2	<ul style="list-style-type: none"> Piora da Sintomatologia Tem interesse em se proteger Participação da família no tratamento Recebe ajuda de outro paciente. Envolve-se com atividades do HD Necessidade de receber ajuda de familiares enquanto está fora do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar quanto às conseqüências que pode sofrer devido aos comportamentos provenientes de sua sintomatologia e orientar para procurar alguém da família que confia mais, para pedir ajuda e se proteger, quando estiver fora do HD.
P3	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia Dificuldade de se autocuidar Necessidade de receber ajuda para cuidado pessoal. 	<ul style="list-style-type: none"> Alguém da equipe deverá acompanhar o paciente no banho e ajudá-lo a lavar suas vestes, esclarecendo que é por estar com mal cheiro e em péssimas condições de higiene.
P4	<ul style="list-style-type: none"> Tem interesse em se proteger 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P5	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia Dificuldade de se autocuidar Faz plano para o seu pós-alta Necessidade de modificação de medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> Será iniciada uma troca de antipsicótico hoje, por vários motivos: o paciente está menos psicótico; por ser impulsivo e irritado outro antipsicótico ajudará nessa impulsividade; Para ajudar na reeducação dos sintomas clínicos de hipertensão..
P6	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia. Interessa-se por atividades do HD A equipe planeja a alta definitiva do paciente Receberá estímulo para executar atividade fora do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> A equipe iniciará um trabalho com o paciente de ir preparando-o para alta definitiva, isto é, orientá-lo para começar a procura atividades para fazer fora do HD. Ex: participar de grupo de alcoolistas que ajudou fundar. Com objetivo de ter um suporte, um referencial e poder na alta definitiva ter uma vida mais integrada à sociedade.
P7	<ul style="list-style-type: none"> A equipe planeja a alta definitiva do paciente. Está em condições de permanecer em dias alternados no HD. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade

Continua

Continuação **Quadro 5** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes no HD, na RPPE 1.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de Decisão
P7	<ul style="list-style-type: none"> A equipe planeja a alta definitiva do paciente. Está em condições de permanecer em dias alternados no HD. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P8	<ul style="list-style-type: none"> A equipe planeja a alta definitiva do paciente. Relacionamento do paciente com outro paciente. Participação da família no tratamento Dependência da paciente para com seus familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> A paciente poderá vir ao hospital acompanhada de uma irmã menor. Embora a irmã seja menor, a equipe decide que venha, mas que tenha um telefone para contato, caso haja imprevisto. A mãe não poderá acompanhá-la amanhã por problemas pessoais.
P9	<ul style="list-style-type: none"> Não chegou hoje Necessidade da equipe contactar com familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> A paciente é de fora de Ribeirão Preto e depende de condução da prefeitura de sua cidade pra vir diariamente ao hospital, até o momento da passagem de plantão de hoje não havia chegado. Caso não apareça o pessoal do Serviço Social entrará em contato com a família para ver a razão da ausência.
P10	<ul style="list-style-type: none"> Piora da Sintomatologia Expectativa do paciente quanto à sua melhora. Recebe esclarecimento sobre sua doença. Informação mais detalhada sobre história da doença e manifestação dos sintomas A equipe planeja tratamento do paciente para o pós-alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Será feito um trabalho cognitivo comportamental, pós-alta do paciente e um ajuste medicamentoso, em função de apresentar-se ainda muito sintomático. Será entrado em contacto com a equipe de neurologia comportamental para ver mais detalhes sobre a doença clínica que o paciente apresenta.

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 10 pacientes, por 10 elementos da equipe. As observações e evoluções foram feitas com base na sintomatologia, na melhora e/ou piora do quadro dos pacientes, possibilidades de permanência no HD em dias alternados e dificuldades para o auto-cuidado. As decisões tomadas foram para 7 pacientes e constaram de orientação em diversas situações de mudança de conduta medicamentosa, facilitação para a vinda no HD e preparo para a alta.

Isso mostra que a equipe esteve atenta para os aspectos apresentados pelos pacientes, e para os que foram necessários tomou as devidas providências. Percebe-se que essas providências foram para a maioria dos pacientes examinados, e elas estão relacionadas aos quadros apresentados. Destaca-se pacientes como o P5 que apresenta melhora da sintomatologia, mas, ainda tem dificuldade para se cuidar, justificando assim, a tomada de decisão da equipe em associar outro antipsicótico ao

que ele já utiliza. O P6 apresenta piora, no entanto, a equipe planeja sua alta definitiva, o que deve ser justificado pelo fato do paciente se interessar pelas atividades desenvolvidas no HD e também o estímulo em participar de atividades fora da semi-internação.

Quadro 6 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 2.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta desinteresse pelo tratamento • Faz planos para o pós-alta • Participação da família no tratamento • Paciente envolve-se com atividades fora do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente está em dias alternados, se preparando para sair de alta definitiva. Virá no HD somente na quinta e sexta feira, não virá amanhã pois irá acertar um novo emprego em outra cidade.
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Piora da sintomatologia. • Recusa participar de atividades. • Informação mais detalhada sobre história da doença e manifestação da sintomatologia. • Recebe ajuda de outro paciente. • Necessidade de esclarecimento sobre recusa de participação em atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente será esclarecido que se faltar no tratamento receberá alta por abandono.
P3	<ul style="list-style-type: none"> • Piora da sintomatologia. • Dificuldade em se auto cuidar. • Recebe esclarecimento sobre sua doença e higiene pessoal. • Compreende que as orientações feitas são para lhe ajudar. • Ausência da família no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente será bem esclarecido de que não será dispensado de participar das atividades físicas, logo após deverá banhar-se e lavar suas vestes, que estão em péssimas condições de higiene.
P4	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Tem interesse de se proteger. • Relacionamento do paciente com outro paciente fora do HD. • Recebe esclarecimento sobre sua doença. • Cuidados com exposição pessoal fora do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente que ao sair do HD, no final da tarde, deverá ir para sua casa, para proteger-se e não se expor a riscos.
P5	<ul style="list-style-type: none"> • Recebe cuidados com a saúde clínica. • Relacionamento do paciente com outros pacientes. • Faz planos para o pós alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P6	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência da família no tratamento. • Necessidade da presença da família junto ao paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente ainda não será liberado para ir embora para casa sozinho.
P7	<ul style="list-style-type: none"> • Em condições de se tratar em dias alternados no HD. • Relacionamento do pacientes com elementos da equipe. • Relacionamento do paciente com sua família. • Preparação para o pós-alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Será marcado hoje retorno para o pós alta, para que logo ao sair de alta, já receba assistência médica.
P8	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento do paciente com outro paciente • Relacionamento do paciente com sua família. • Participação da família no tratamento. • Necessidade de avaliação com psicóloga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente será dispensada da atividade física para fazer avaliação com psicóloga.
P9	<ul style="list-style-type: none"> • Envolve-se com atividades fora do HD. • Paciente não virá hoje no HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente receberá a medicação fornecida pelo HD.

Continua

Continuação do **Quadro 6** - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 2.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P10	<ul style="list-style-type: none"> • Informação mais detalhada sobre história da doença e manifestação da sintomatologia. • Recebe esclarecimento sobre sua doença. • Relacionamento do paciente com outro paciente • Medo que o paciente tem da alta. • Necessidade de ajuda quanto à administração de medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente será orientado para trazer todos os remédios que tem em casa para o HD, para evitar o risco de se auto medicar.

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 10 pacientes, por 11 elementos da equipe. As observações e evoluções foram feitas com fundamento nos relacionamentos dos pacientes tanto com os próprios pacientes entre si, como com seus familiares e trocas de ajuda de um paciente para com o outro. O paciente recebe esclarecimento sobre sua doença e compreende que as orientações feitas são para lhe ajudar. As decisões tomadas foram em várias situações e sentidos para 9 pacientes, como preparação da alta definitiva, necessidade de estímulo para interessar-se por atividades e a necessidade de se proteger de riscos de auto-agressão.

Verifica-se que as observações feitas sobre os pacientes têm coerência com as tomadas de decisão. Nota-se que o P2, apresenta piora da sintomatologia, o que pode esclarecer sua recusa em participar das atividades. A equipe demonstra seu cuidado em alertá-lo se faltar no tratamento, o que é entendido como uma conduta pertinente a reuniões desse tipo.

Quadro 7 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 3.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Planeja seu pós-alta. • Participação da família no tratamento. • Informação da família sobre a doença do paciente. • Necessidade de orientação quanto ao novo emprego. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente será orientado para pensar bem em sua vida e pegar firme em seu novo trabalho, para evitar que novamente perca o emprego como aconteceu algumas vezes anteriores.
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia • Recebe esclarecimento sobre sua doença. • Necessidade de alteração de medicação. • Receberá orientação quanto á atividade fora do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • A medicação da paciente será aumentada com objetivo de remitir toda a sintomatologia que ainda apresenta. • A paciente será orientada com relação as ocupações que deverá ter enquanto estiver em sua casa, com objetivo de melhorar sua sintomatologia, seguindo o exemplo do HD, pois percebe-se que enquanto se ocupa no hospital não apresenta a sintomatologia.

Continua

Continuação do **Quadro 7** - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 3.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P3	<ul style="list-style-type: none"> Equipe planeja alta definitiva do paciente. Melhora da sintomatologia. Equipe visitará família e orientará sobre doença e tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar todos os familiares para aguardarem em casa a visita de elementos da equipe, para orientações com relação à doença e relacionamento dos familiares. Orientar familiares para cobrarem do paciente sua auto higienização em casa. Fechado o diagnóstico de esquizofrenia.
P4	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com a equipe Relacionamento do paciente com outros pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P5	<ul style="list-style-type: none"> Recebe cuidados com a saúde física 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P6	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Participação da família no tratamento Relacionamento entre familiares do paciente. Relacionamento do paciente com outros pacientes.. Informação mais detalhada sobre história da doença e manifestação de sintomas. Independência do paciente com seus familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> Hoje o paciente retornará para sua casa sozinho. Paciente receberá vales transporte para vir e voltar do HD.
P7	<ul style="list-style-type: none"> Equipe planeja alta definitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P8	<ul style="list-style-type: none"> Informação mais detalhada sobre história da doença e manifestação de sintomatologia. Relacionamento do paciente com outros pacientes Relacionamento de paciente com familiares. Necessidade de orientação quanto a relacionamento de paciente com equipe. Envolvimento de familiar no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> O namorado da paciente poderá vir ao HD, conhecer o funcionamento. A paciente será orientada quanto à impossibilidade de namorar com elemento da equipe, e esse assunto deverá ser tratado em grupo, uma vez que esse assunto está sendo falado no ambiente próximo a todos os pacientes
P9	<ul style="list-style-type: none"> Recebe cuidados com a saúde física. Melhora da sintomatologia. Relacionamento do paciente com familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P10	<ul style="list-style-type: none"> Recebe cuidados com a saúde física. Informação mais detalhada sobre história da doença e manifestação de sintomatologia Recebe esclarecimento sobre sua doença. Informação da família sobre a doença do paciente. Participação da família no tratamento. Recebe estímulo para fazer atividade fora do HD. Necessidade de reforço quanto à independência da família. 	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar os planos do paciente de ter lazer fora do HD. Dispensar a família do paciente de acompanhá-lo todos os dias no HD.

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 10 pacientes, por 9 elementos da equipe, e as observações e evoluções foram no sentido de verbalizar sobre os relacionamentos dos pacientes, tanto com outros pacientes, como com a equipe e com a sua família, quanto às informações mais detalhadas sobre sua doença, participação dos familiares no tratamento e planejamento da alta definitiva pelo paciente e pela equipe após melhora do tratamento. As tomadas de decisões abarcaram 6 pacientes e foram no sentido de orientação quanto à responsabilidade no novo emprego, necessidade de aumento de medicação, orientação quanto às ocupações e lazer fora do hospital, orientação a familiares quanto a visita domiciliar, independência do hospital e dos familiares, orientação ao paciente quanto à impossibilidade de namorar elemento da equipe.

Constata-se que as tomadas de decisões têm coerência com as apresentações feitas nas observações e evoluções, como acontece no caso do P1 que se encontra em processo de alta, se preparando para um novo trabalho e a equipe têm o cuidado de orientá-lo nesse sentido. Com relação ao P2, verifica-se uma melhora da sintomatologia de modo geral, porém, observa-se que houve a necessidade de aumentar a medicação, o que leva ao entendimento de que a equipe, pelas observações na RPPE, detecta que ainda há presença de sintomas e isso justifica aumento de dosagem de medicação. No caso do P3, há um planejamento de alta pela melhora da sintomatologia, e a equipe preocupa-se em esclarecer a família sobre os cuidados com o tratamento e com a doença, uma vez que fica fechado o diagnóstico de esquizofrenia.

Quadro 8 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 4.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P1	<ul style="list-style-type: none">Faz planejamento para seu pós-alta.Um outro paciente faz comentários a respeito de P1.Sai de alta definitiva hoje.	<ul style="list-style-type: none">Não houve necessidade
P2	<ul style="list-style-type: none">Melhora da sintomatologia no HD.Piora da sintomatologia quando está em casa.Compreende a sintomatologia que tem.Informação mais detalhada sobre a história da doença e manifestação da sintomatologia.	<ul style="list-style-type: none">Não houve

Continua

Continuação do **Quadro 8** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes no HD, na RPPE 4.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P3	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento entre familiares do paciente. • Relacionamento do paciente com sua família. • Participação da família no tratamento. • Planejar junto com o paciente sua alta definitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • A equipe deverá planejar juntamente com o paciente sua alta definitiva, em função dos vários sintomas negativos que apresenta.
P4	<ul style="list-style-type: none"> • Um outro paciente faz comentários sobre P4. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P5	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia mais grave. • Dificuldade de se auto cuidar. • Relacionamento do paciente com equipe. • Relacionamento do paciente com outros pacientes. • Faz planos para seu pós alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P6	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Participação da família no tratamento. • Envolve-se com atividades do HD. • Melhora do auto cuidado. • Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação da sintomatologia. • Relacionamento do paciente com outro paciente. • Percepção do paciente sobre sua doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P7	<ul style="list-style-type: none"> • Alta definitiva hoje 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve necessidade
P8	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia • Relacionamento do paciente com outros pacientes. • Relacionamento do paciente com sua família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P9	<ul style="list-style-type: none"> • Piora da sintomatologia. • Relacionamento do paciente com sua família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P10	<ul style="list-style-type: none"> • Envolve-se com atividades do HD. • Relacionamento do paciente com outros pacientes. • Recebe esclarecimento sobre sua doença. • Relacionamento do paciente com sua família. • Informação da família sobre a doença do paciente. • Planos dos familiares para melhora no convívio entre todos. • Relacionamento entre familiares. • Equipe pode ajudar no relacionamento do paciente com sua família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente como deverá conversar com pessoas de sua família, quanto a sua condição de contribuição financeira em casa. Caso o paciente não consiga colocar com clareza conforme sua possibilidade de contribuição, a equipe intermediará essa conversa. • Orientar o paciente para se aproximar mais de uma tia, com quem tem mais afinidade e que é uma pessoa mais continente, para não ser explorado por outros elementos da família.

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 10 pacientes, por 11 elementos da equipe, e verificou-se que as evoluções e observações foram feitas com base na sintomatologia, na melhora e na piora, no planejamento e na saída de alta definitiva. Com relação aos familiares destaca-se a participação, orientação e relacionamento desses com o paciente. Quanto ao auto-cuidado, verifica-se tanto o descuido para tal, quanto a melhora, e também, sobre comentários que um paciente faz do outro. As tomadas de decisões nesta RPPE, foram direcionadas a 2 pacientes, tratando da alta definitiva, orientação para o diálogo com a família e pessoas da mesma para maior aproximação.

Percebe-se que nas duas tomadas de decisões há relação com as observações e evoluções no geral. É importante destacar que, para o P9, com piora da sintomatologia, não houve tomada de decisão, levando ao entendimento de que, nessa RPPE, esse fato particular passou despercebido pela equipe presente. No caso do P2 a equipe planeja junto com ele sua alta definitiva, talvez pelo fato de a equipe entender que, sua piora em casa esta relacionada à sintomas negativos da doença. Com relação ao P10 foram necessárias duas tomadas de decisões que se referem tanto aos relacionamentos que ele têm com seus familiares quanto ao relacionamento que acontece entre os mesmos.

Quadro 9 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 5.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia. Ausência da família no tratamento Percepção do paciente quanto a sua sintomatologia. Necessidade de cuidados com a sintomatologia. Solicitar ajuda de familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a paciente procurar controlar seus gastos, entregando o talão de cheques e o cartão de crédito à sua mãe.
P3	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia Envolve-se com atividades do HD. Programação de alta definitiva e planejamento para o pós-alta. 	<ul style="list-style-type: none"> No pós-alta encaminhar o paciente para um programa que ofereça estímulos constantes, em função da dificuldade que tem de interação com outros e muita sintomatologia negativa.
P4	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P5	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Dificuldade de se auto cuidar. Relacionamento do paciente com familiar. Planeja seu pós-alta. Tem expectativa de melhora. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve

Continua

Continuação do **Quadro 9** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 5.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P6	<ul style="list-style-type: none"> Se envolve com atividades do HD. Ausência da família no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P8	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com familiar. Relacionamento do paciente com outros pacientes. Relacionamento do paciente com elementos da equipe 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P9	<ul style="list-style-type: none"> Envolve-se com atividades do HD. Melhora da sintomatologia. Relacionamento do paciente com família. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P10	<ul style="list-style-type: none"> Envolve-se com atividades fora do HD. Piora da sintomatologia. Contar com ajuda do HD em situações externas. 	Paciente deverá ir resolver questões judiciais em outra cidade e, logo após, retornar ao hospital, ainda hoje, para avaliação do seu comportamento em atividades externas.

Breve comentário do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 8 pacientes, por 7 elementos da equipe, e observando o quadro, percebe-se que as observações e evoluções baseiam-se na melhora e piora da sintomatologia, no envolvimento com atividades do hospital dia e fora, quanto à percepção do paciente com a sua sintomatologia e ausência da família no tratamento. As tomadas de decisões foram para 3 pacientes e direcionadas no sentido de orientar quanto a sua exposição à riscos, preocupação com o encaminhamento no pós-alta e liberação para ir em outra cidade resolver questões judiciais.

Verifica-se, nessa RPPE, que para todos os pacientes que tiveram piora da sintomatologia, houve o cuidado de se tomar decisão, sendo isso desnecessário para o P4 devido sua situação oposta, ou seja, de melhora. No caso do P2 percebe-se a gravidade de sua sintomatologia, e com isso, a equipe constata a necessidade dos cuidados, procurando, desta forma um encaminhamento do paciente para um programa que ofereça estímulo constante. No caso do P10, embora apresente piora da sintomatologia, na RPPE a equipe observa que ele se envolve com questões fora do hospital e coloca-se numa posição de atenção para avaliação de seu comportamento nesta atividade externa, mostrando sua coerência com relação ao que fora observado.

Quadro 10 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 6.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Tem interesse em se proteger. • Planeja fazer atividades fora do HD. • Obterá ajuda do HD após vivências externas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente deverá ir resolver questões bancárias hoje, enquanto estiver no horário de tratamento, logo após, deverá retornar ao hospital para avaliar suas condições.
P3	<ul style="list-style-type: none"> • Planeja seu pós-alta. • Dificuldade de se auto-cuidar • Tem expectativa de melhora. • Necessidade de ajuda na higienização pessoal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente será acompanhado no banho por um elemento da equipe que o orientará quanto à sua higiene íntima e cuidado com os cabelos. • Será iniciado um planejamento de dias alternados.
P4	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Relacionamento do paciente com outros pacientes. • Planejar alta definitiva. • Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação de sintomas. • Necessidade de orientação quanto à alimentação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente quanto à ingestão de alimentos mais protéicos e menos calóricos, devido o ganho de peso. • Iniciar planejamento de alta definitiva para breve.
P5	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Recebe ajuda de outro paciente. • Tem expectativa de melhora. • Recebe cuidados físicos. • Necessidade de ajuda com o auto cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente receberá orientações quanto aos cuidados de higiene pessoal e quanto ao corte de cabelo.
P6	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve necessidade
P8	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento do paciente com sua família. • Relacionamento do paciente com elementos da equipe. • Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação de sintomatologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P9	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia • Planeja sua alta. • Mais independente da família e do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P10	<ul style="list-style-type: none"> • Piora da sintomatologia • Relacionamento do paciente com sua família. • Recebe cuidados com sua saúde física. • Planejamento de mudança de medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar o antipsicótico que faz uso atualmente e avaliar. Entrará com outra medicação diferente da que faz uso atualmente. Tem necessidade de entrear com outra medicação diferente da que faz uso atualmente. • Todos da equipe deverão ter mais cuidado com o momento do paciente.
P11	<ul style="list-style-type: none"> • Participação da família no tratamento. • Informação mais detalhada sobre história da doença do paciente. • Recebe esclarecimento quanto à sua sintomatologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P12	<ul style="list-style-type: none"> • Não comparece ao tratamento. • Informação mais detalhada sobre o comportamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 10 pacientes, por 9 elementos da equipe, e as observações e evoluções direcionam-se à proteção de riscos à saúde, expectativas de melhora com planejamento de alta e independência da família. Nas tomadas de decisão, feitas para 5 pacientes, verifica-se o estímulo para envolvimento em situações fora do hospital para posterior avaliação da equipe, necessidade de recebimento de auxílio para seus cuidados pessoais e necessidade de avaliação quanto à sintomatologia em função de retirada de medicações.

Verifica-se que há coerência das observações e evoluções com as tomadas de decisões na maioria dos pacientes examinados. Como exemplo, pode-se citar o P3 e P5, que nas suas dificuldades de auto-cuidado e higienização, a equipe procura ajudá-los nesse sentido. No caso do P10 há uma situação delicada de piora de sintomatologia e necessidade de mudança de medicação, o que leva ao entendimento de que a equipe esteve atenta a esse cuidado maior, em função do momento que se encontra o referido paciente.

Quadro 11 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 7.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia Relacionamento do paciente com outros pacientes. Necessidade de receber ajuda em questões relacionadas à gastos financeiros. 	<ul style="list-style-type: none"> Fazer junto com a paciente uma lista dos gastos financeiros que poderá Ter como pagar suas dívidas e o quanto poupar.
P3	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia Relacionamento do paciente com equipe. Equipe planeja alta definitiva do paciente. Necessidade de ajuda com seu auto cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Será providenciado uma pessoa de fora do hospital que corte os cabelos do paciente. Um elemento da equipe orientará o paciente nos cuidados pessoais. No pós-alta encaminhá-lo para um grupo em que todos tenham a mesma patologia. O psicodiagnóstico do paciente será lido em uma reunião para que todos compreendam melhor seu funcionamento.
P4	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P5	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia Recebe cuidados quanto à sua saúde física. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve

Continua

Continuação do **Quadro 11** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 7.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P6	<ul style="list-style-type: none"> • Envolve-se com atividades do HD. • Melhora da sintomatologia. • Ausência da família no tratamento. • Receberá orientação para se envolver em atividades fora do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o paciente para procurar um trabalho voluntário ou remunerado, que será ligado à área de seu conhecimento, com objetivo de que tenha uma estrutura fora do hospital, pois não poderá contar com sua família e corre o risco de ter pioras e recaídas ao sair de alta definitiva, como aconteceu outra vez
P8	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento do paciente com família. • Família informa sobre melhora da sintomatologia do paciente. • Relacionamento do paciente com elementos da equipe. • Melhora do auto cuidado. • Participação de outro elemento da família no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente quanto à impossibilidade de envolvimento emocional com elementos da equipe. • Solicitar outro elemento da família para acompanhar o paciente enquanto há uma dificuldade maior, por haver mais uma pessoa doente em casa.
P9	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve necessidade
P10	<ul style="list-style-type: none"> • Piora da sintomatologia. • Medo que o paciente tem da alta. • Envolve-se com atividades do HD. • Relacionamento do paciente com outros pacientes. • Cuidados com a redução de medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoje será reduzida a medicação do paciente, toda equipe deverá observar cuidadosamente quanto ao seu comportamento e observar se aparecem sintomas.
P11	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Informação da família sobre sintomas do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P12	<ul style="list-style-type: none"> • Envolve-se com atividades do HD. • Esclarecimento ao paciente sobre o tratamento no HD. • Informação mais detalhada sobre história da doença e manifestação de sintomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 10 pacientes, por 10 elementos da equipe e verifica-se que as observações e evoluções referem-se à melhora e percepção da sintomatologia com planejamento de alta, ênfase nos relacionamentos gerais e envolvimento com atividades do hospital, bem como, casos de piora com medo de alta. Nas tomadas de decisões, para 5 pacientes, nota-se preocupação da equipe com o cuidado físico, ajudar o paciente fazer um planejamento financeiro, solicitar familiares para acompanharem o paciente e observação cuidadosa após redução de medicação.

Observa-se que o P6 apresenta melhora da sintomatologia, e a equipe começa preocupar-se em orientá-lo no sentido de buscar atividade fora do hospital, com objetivo de evitar pioras de sintomas e recaídas, uma vez que sua família se mostra ausente. Com relação ao P8 a situação mostra-se diferente, pois ele recebe apoio de

outros elementos da família. Relativo ainda a esse paciente, a equipe mostra-se atenta nessa RPPE ao fato dele se envolver com intensão de namoro com elementos da equipe. Quanto ao P10, pode-se entender que encontra-se em um momento delicado, pois está passando por um momento de redução da dosagem da medicação que utiliza, e a equipe mostra-se cuidadosa quanto a uma observação mais precisa de seu comportamento no sentido de detectar o reaparecimento de sintomas.

Quadro 12 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 8.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. • Receberá ajuda quanto ao seu planejamento financeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a paciente quanto a compra de um celular que pretende fazer, ajudá-la verificar o quanto gastará e quais são suas possibilidades.
P3	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade no auto cuidado. • Faz planos para o pós-alta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P4	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Relacionamento do paciente com familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve necessidade
P5	<ul style="list-style-type: none"> • Se envolve com atividades do HD. • Melhora da sintomatologia. • Ausência da família no tratamento. • Expectativa do paciente quanto à sua doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P6	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Envolve-se com atividades do HD. • Recebe esclarecimento quanto à sua doença. • Relacionamento do paciente com sua família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P8	<ul style="list-style-type: none"> • Informação mais detalhada sobre história da doença e manifestação de sintomas. • Relacionamento entre os familiares do paciente. • Relacionamento do paciente com equipe. • Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P9	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Participação da família no tratamento. • Envolve-se com atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve

Continua

Continuação do **Quadro 12** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 8.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P10	<ul style="list-style-type: none"> • Envolve-se com atividades do HD. • Relacionamento do paciente com sua família. • Envolve-se com atividades fora do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P11	<ul style="list-style-type: none"> • Envolve-se com atividades do HD. • Informação da família sobre a doença do paciente. • Recebe cuidados à sua saúde física. • Planejamento para independência gradativa do HD e da família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente por enquanto não será liberado para ir e retornar para sua casa sozinho. Na semana que vem será avaliado para ver essa possibilidade, por apresentar-se melhor sem idéias de suicídio. • Trabalhar com o paciente no sentido de ir tornando-se independente do hospital, pois vem de uma série de reinternações e por vezes fala de querer manter-se internado sempre.
P12	<ul style="list-style-type: none"> • Piora da sintomatologia. • Participação da família no tratamento • Informação mais detalhada sobre a história da doença e manifestação de sintomas. • Recebe esclarecimento sobre sua doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 10 pacientes, por 6 elementos da equipe e nota-se que as observações e evoluções são quanto à percepção e expectativa do paciente para com a sua sintomatologia, relacionamento entre familiares e suas participações no tratamento, envolvimento do paciente com atividades do hospital-dia e com seus familiares. Nas tomadas de decisões, foram relativas a apenas 2 pacientes.

Percebe-se que nas tomadas de decisões, houve coerência com relação às observações e evoluções nos casos do P2, que a equipe mostra sua preocupação em ajudar o paciente a planejar os seus gastos financeiros diante do seu descontrole, e do P11, onde a equipe alertou para um planejamento de independência gradativa do hospital-dia e da família, uma vez que apresenta melhora dos sintomas e pelo fato de sua dificuldade maior ser quanto à dependência que tem dos locais onde se interna com frequência. Com relação a piora do P12, a equipe não se manifestou nessa RPPE

em termos de tomada de decisão, embora conste nas suas observações e evoluções esclarecimentos que recebe quanto à sua doença.

Quadro 13 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 9.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia. Relacionamento de paciente com outros pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P3	<ul style="list-style-type: none"> Equipe planeja alta definitiva do paciente. Informação mais detalhada sobre história da doença e manifestação de sintomatologia 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P4	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P5	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia. Relacionamento do paciente com equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P6	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Relacionamento do paciente com sua família. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P8	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com sua família. Informação mais detalhada sobre história da doença do paciente e manifestação de sintomatologia. Participação da família no tratamento. Necessidade da paciente ausentar-se do tratamento. Melhora da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Fica decidido que a paciente não viajará com sua mãe, ficará em companhia de uma irmã menor, enquanto for e retornar do hospital. Essa decisão da equipe é por acreditar que a paciente está melhor.
P9	<ul style="list-style-type: none"> Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. Participação da família no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P10	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com sua família e com outro paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P11	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Estímulo à independência do paciente para com seus familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> Hoje será feito uma reunião com os familiares do paciente para decidir a possibilidade dele vir e voltar do hospital sozinho, isto é descacompanhado de familiares.
P12	<ul style="list-style-type: none"> Informação da família sobre a doença do paciente. Informação mais detalhada sobre a história da doença e manifestação de sintomas. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P13	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com família. Informação da família sobre doença do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 11 pacientes, por 9 elementos da equipe e verifica-se que as observações e evoluções são à respeito da melhora com

planejamento de alta, piora da sintomatologia com percepção do paciente, informação detalhada sobre a doença, relacionamentos do paciente no geral, tanto com outros pacientes quanto com familiares e equipe. Na tomada de decisão, foram para 2 pacientes, P8 e P11.

Importante destacar que para o P2 e o P5, com piora da sintomatologia, não houve tomada de decisão. No caso do P8, em função de sua melhora, a equipe decide pela não obrigatoriedade da presença da sua mãe no sentido de acompanhá-la até o HD, bastando, para isso, apenas a companhia de uma irmã menor. Para o P11, a equipe decide reunir-se com a família para discutir o estímulo a uma maior independência, uma vez que o mesmo apresenta melhora de sua sintomatologia.

Quadro 14 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 10.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Tem interesse em se proteger • Melhora da sintomatologia. • Recebe orientação quanto ao tratamento. • Necessidade de esclarecimento em atividades fora do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente será novamente bem orientada quanto à sua saída para ir ao banco pagar contas.
P3	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe planeja a alta definitiva • Recebe esclarecimento sobre sua doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P4	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento do paciente com sua família • Melhora da sintomatologia. • Recebe cuidados com sua saúde física. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve necessidade
P5	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia • Relacionamento do paciente com outros pacientes. • Planejamento de alta definitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • A alta definitiva fica definida para o dia 20/12. Fazer um planejamento de retornos para o pós-alta.
P6	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Relacionamento do paciente com sua família. • Informação mais detalhada sobre a história da doença e manifestação de sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P8	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento do paciente com sua família • Relacionamento entre familiares do paciente. • Família faz planos para melhora no convívio familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P9	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Percepção do paciente quanto à sua doença. • Equipe planeja alta definitiva do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve necessidade

Continua

Continuação do **Quadro 14** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 10.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P10	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Recebe esclarecimento sobre sua doença. Relacionamento do paciente com outros pacientes. Recebe cuidados com a saúde física. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P11	<ul style="list-style-type: none"> Apresenta desinteresse pelo tratamento Recebe esclarecimento sobre sua doença. Relacionamento do paciente com outros pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P12	<ul style="list-style-type: none"> Apresenta desinteresse pelo tratamento. Percepção do paciente Quanto à sua sintomatologia. Recebe esclarecimento sobre sua doença. Piora da sintomatologia. Informação da família sobre a doença do paciente. Relacionamento do paciente com sua família. Família recebe orientação sobre tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a esposa do paciente para que todas as manhãs esclareça ao paciente sobre o local para onde ele irá, na tentativa de ajudá-lo se lembrar e não ter medo de ir para o HD. Checar a amnésia que o paciente tem com relação ao HD, para ajudá-lo a lidar com a angústia diária de “começar de novo”
P13	<ul style="list-style-type: none"> Informação mais detalhada sobre a história da doença e manifestação de sintomatologia. Participação da família no tratamento Envolve-se com atividades do HD A família recebe orientação da equipe. Esclarecimento ao paciente sobre o tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 11 pacientes, por 10 elementos da equipe, que destacaram a melhora do paciente com programação de alta pela equipe, relacionamento geral do paciente, esclarecimento e cuidado com a saúde física, bem como interesse do paciente em se proteger, informação da família sobre a doença e desinteresse do paciente pelo tratamento. Nas tomadas de decisões, para 3 pacientes, destaca-se coerência com as observações e evoluções.

Destaca-se a preocupação da equipe com o P2, que ainda recebe orientação quanto às questões financeiras, por ser uma das dificuldades que apresenta com frequência, embora esteja com melhora da sintomatologia e a atenção ao P5, que frente a melhora dos sintomas, já tem definido o dia de sua alta e o planejamento de retornos para o pós-alta. No caso do P12, em função da gravidade seu quadro com piora da sintomatologia, incluindo desinteresse pelo tratamento, a equipe mostra-se atenta, e, nessa RPPE, decide solicitar um suporte familiar enquanto o mesmo estiver fora do hospital-dia.

Quadro 15 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 11.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. Receberá ajuda na organização de suas despesas. 	<ul style="list-style-type: none"> Será feito uma lista junto com a paciente sobre os gastos que terá, incluindo presentes de natal as pessoas da família, as contas e o que dá para guardar, objetivando uma diminuição de sua ansiedade.
P3	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P4	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com sua família. Melhora da sintomatologia. Informação mais detalhada sobre a história da doença e manifestação de sintomas 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P5	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Recebe cuidados com sua saúde física. Tem expectativa de melhora. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P6	<ul style="list-style-type: none"> Participação da família no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Fazer reunião nuclear urgente do paciente com sua família.
P8	<ul style="list-style-type: none"> Envolve-se com atividades do HD. Recebe cuidados à sua saúde física. Família se envolve em atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> A mãe da paciente participará da festa de confraternização dos elementos da equipe e pacientes no HD.
P9	<ul style="list-style-type: none"> Participação da família no tratamento. Melhora da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P10	<ul style="list-style-type: none"> Recebe cuidados com sua saúde física. Informação mais detalhada sobre história da doença do paciente e manifestação de sintomatologia. Necessidade de esclarecimento sobre atividades fora do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> Perguntar ao paciente para onde ele vai nos seus atrasos de chegada pela manhã no HD. Entrar em contato com o posto de saúde onde o paciente diz que vai, pra confirmar se tem retornos marcados. Esclarecer pacientes sobre uso de preservativo. Orientar os pacientes que o tema DST é assunto sério.
P11	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento entre familiares do paciente e dele próprio com sua família. Recebe esclarecimento sobre sua doença Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. Informação mais detalhada sobre história da doença do paciente e manifestação da sintomatologia. Estímulo para diminuição de sintomatologia negativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar o paciente para ficar menos tempo possível deitado na cama.
P12	<ul style="list-style-type: none"> Ausência no tratamento- Não veio hoje 	<ul style="list-style-type: none"> Alta definitiva por abandono do tratamento
P13	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Esclarecimento ao paciente sobre o tratamento e administração de medicação. Participação da família no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Deverá ser combinado com o paciente do mesmo aceitar tomar haldol em gotas, pois a família aceita a idéia e concorda com a decisão. Antes de iniciar qualquer conduta ou procedimento esclarecer muito bem o paciente sobre o que será feito, devido sua persecutoriedade.

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 11 pacientes, por 8 elementos da equipe e as observações e evoluções baseiam-se na melhora e percepção do paciente quanto à sintomatologia, relacionamento do paciente com sua família e participação desses no tratamento. E paciente que ausenta-se do tratamento. Quanto às tomadas de decisão, relativa a 7 pacientes verifica-se orientação quanto à questão financeira, urgência de fazer uma reunião do paciente com seus familiares, orientação e prevenção sobre DST, participação da mãe de um paciente em uma festa de confraternização no hospital, acordo com paciente sobre alteração de medicação a ser administrada e alta definitiva a um paciente por ter abandonado o tratamento.

Destaca-se que para a maioria dos casos, houve tomadas de decisões e verifica-se que mesmo com melhora do quadro apresentado pelos pacientes, permanece a preocupação da equipe nessa RPPE em se tomar decisões em função de outras necessidades. Importante salientar as tomadas de decisão para o P10, que são relativas à sua saúde física, mostrando o cuidado da equipe também nesse sentido. No caso do P12, a equipe, mostrando coerência, constata a necessidade de dar alta administrativa em função do abandono do tratamento, e no caso do P13, a equipe discute uma questão delicada quanto à sintomatologia de persecutoriedade que apresenta, pois, essa persecutoriedade, diz respeito às condutas dela própria para com esse paciente, e isso deve ser motivo para reflexão, pois, na seqüência, apareceu outra decisão, também delicada e relativa a esse mesmo paciente, que é a aceitação da medicação. Entende-se que a RPPE constitui-se em um momento para reflexões desse tipo, e que, no caso particular do HD, isso é possível também por contar com reuniões dessa natureza em sua rotina de atividades.

Quadro 16 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 12.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none">Relacionamento do paciente com outro paciente.	<ul style="list-style-type: none">Esclarecer o paciente quanto ao seu relacionamento com outro paciente, para ter o cuidado de não se envolver muito, para não ter prejuízo no tratamento.
P3	<ul style="list-style-type: none">Está de alta definitiva para hoje.	<ul style="list-style-type: none">Não houve necessidade

Continua

Continuação **Quadro 16** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 12.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P4	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Planejamento de alta definitiva e seguimento no pós-alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente deverá ser encaminhado ao serviço de Terapia Ocupacional do HC campus
P5	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia Relacionamento do paciente com família. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P6	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia Relacionamento do paciente com família. Participação da família no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P8	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia. Participação da família no tratamento Relacionamento do paciente com família. Relacionamento do paciente com outro paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P9	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia Envolve-se com atividades fora do HD. Envolvimento com atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P10	<ul style="list-style-type: none"> Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia Relacionamento do paciente com outro paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P11	<ul style="list-style-type: none"> Envolve-se com atividades do HD. Relacionamento do paciente com outros pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P13	<ul style="list-style-type: none"> Necessidade de informação da família sobre a doença do paciente Relacionamento de paciente com equipe Informação mais detalhada sobre história da doença do paciente e manifestação de sintomatologia. Apresenta desinteresse pelo tratamento. Compreende que as orientações feitas pela equipe são para ajudá-lo 	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar à presença da mãe no tratamento, com objetivo de trazer mais informações sobre a história da doença do paciente.

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 10 pacientes, por 7 elementos da equipe e percebe-se que as observações e evoluções referem-se aos relacionamentos gerais dos pacientes, com familiares e com outros pacientes, melhora da sintomatologia de uns e piora de outros, participação da família no tratamento e informação destes sobre a doença do paciente, envolvimento com atividades do hospital-dia e compreensão sobre orientações feitas. Nas tomadas de decisões, para 3 pacientes, nota-se as orientações quanto a relacionamentos, encaminhamento para outro serviço assistencial e solicitação da presença de familiar com objetivo de obter mais informações sobre a doença.

Verifica-se que as tomadas de decisões para os três casos, estavam em conformidade com as observações e evoluções feitas. Observa-se que não houve tomada de decisão em situação de piora da sintomatologia, no caso do P8 talvez pelo fato de, mesmo estar apresentando piora e estar se relacionando com sua família e com outros pacientes. No caso do P4 com a sua melhora da sintomatologia e planejamento de alta definitiva, a equipe, esta RPPE, apresenta uma decisão coerente de encaminhamento para o pós alta, e, no caso do P13, com o objetivo de compreender melhor o quadro e para que se tenha mais informações sobre a doença, a equipe decide, também de maneira que entende-se como coerente, solicitar a presença da mãe do paciente no tratamento.

Quadro 17 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 13.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia. Apresenta desinteresse pelo tratamento. Relacionamento do paciente com outro paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P4	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Equipe planeja alta definitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Sua alta definitiva fica marcada para o dia 20/12, coincidindo com o dia do término do estágio de seu médico.
P5	<ul style="list-style-type: none"> Recebe cuidados à sua saúde física 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P6	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Envolve-se com atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P8	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Relacionamento do paciente com a família Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. Relacionamento do paciente com outro paciente. Família receberá orientação da equipe 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a mãe da paciente para não ficar depressiando a filha para as pessoas, evitando que aconteçam confusões.
P9	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. Compreende que as orientações feitas pela equipe são para ajuda-lo 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P10	<ul style="list-style-type: none"> Apresenta desinteresse pelo tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P11	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com sua família. Percepção do paciente quanto sua sintomatologia Recebe esclarecimento sobre sua doença. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve

Continua

Continuação do **Quadro 17** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 13.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P13	<ul style="list-style-type: none"> • Envolve-se com atividades do HD. • Informação da família sobre doença do paciente. • Piora da sintomatologia. • Recebe esclarecimento sobre sua doença. • Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P14	<ul style="list-style-type: none"> • Informação da família sobre doença do paciente. • A família recebe orientação da equipe. • Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação de sintomatologia. • Necessidade de participação da família no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar os familiares da necessidade de participação de forma ativa no tratamento, pois caso contrário o paciente terá alta definitiva por falta de assistência familiar.

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 10 pacientes, por 7 elementos da equipe, e nota-se que as observações e evoluções referem-se as melhoras e pioras da sintomatologia, relacionamento dos pacientes, envolvimento e desinteresse por atividades, e a percepção que tem da sua sintomatologia e ao internar-se as trocas de informações que acontecem da família com o hospital-dia e vice-versa. Quanto às tomadas de decisões, para 3 pacientes defini-se o dia da alta definitiva de paciente, orientar familiar quanto ao modo de referir-se à doença do paciente e esclarecimento quanto à necessidade da participação de familiar no tratamento de forma ativa.

Observa-se que nas poucas tomadas de decisões houve coerência com as observações e evoluções, mas, não houve tomada de decisão com os casos do P2 e P10 mesmo com a aparência de serem necessárias nessa RPPE. Nos casos do P8 e P14 constata-se as tomadas de decisões para os familiares e não para os pacientes. Observa-se que a experiência prática mostra que este é um fato que habitualmente ocorre nas RPPE, o que torna ainda mais importante a sua existência também como uma reunião que extrapola os limites da observação apenas no contexto ambiental do HD.

Quadro 18 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 14.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia Relacionamento do paciente com outro paciente. Planeja sua alta definitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> A alta definitiva será marcada para janeiro, após as festas. Hoje poderá marcar retornos para o pós-alta.
P4	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Planeja sua alta definitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P5	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com equipe. Recebe cuidados com sua saúde física. Dificuldade no auto cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P6	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação de sintomas. Relacionamento do paciente com família. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P8	<ul style="list-style-type: none"> Participação da família no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente não viajará com sua mãe, virá ao hospital acompanhada pela irmã.
P9	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com outros pacientes. Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P10	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia. Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. Recebe esclarecimento sobre sua doença. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P11	<ul style="list-style-type: none"> Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. Relacionamento do paciente com outros pacientes. Recebe esclarecimento sobre sua doença. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P13	<ul style="list-style-type: none"> Envolve-se com atividades do HD. Informação da família sobre a doença do paciente. Recebe esclarecimento sobre sua doença. Relacionamento do paciente com equipe. Recebe cuidados específicos com medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> Será iniciado nova medicação, pois o paciente está susceptível a esta. Será muito bem esclarecido de como esta medicação será administrada. A equipe ficará atenta neste processo de aceitação da nova medicação pelo paciente.
P14	<ul style="list-style-type: none"> Informação da família sobre doença do paciente. Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. A família recebe orientação da equipe quanto à medicação. Informação mais detalhada sobre história da doença do paciente e manifestação da sintomatologia. Piora da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> A medicação do paciente deverá ser mudada, em função do alto custo e da impossibilidade de fornecimento pelo laboratório que inicialmente comprometeu-se em oferecer. Essa mudança será enquanto o paciente estiver internado no HD. Apresenta sintomas como delírios e alucinações, então a mudança deverá ser breve.
P15	<ul style="list-style-type: none"> Participação da família no tratamento. Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação da sintomatologia. Envolve-se com atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 11 pacientes, por 7 elementos da equipe, e verifica-se que as observações e evoluções destacam a percepção dos pacientes quanto às suas sintomatologias, seus relacionamentos no geral, as melhoras com planos de alta definitiva, os esclarecimentos e cuidados que recebem da equipe quanto à saúde física e as informações detalhadas que a equipe obtém sobre a história da doença do paciente. As tomadas de decisões, para 4 pacientes, dizem respeito à planos para alta definitiva e decisões referentes ao uso de certas medicações para alguns pacientes.

Verifica-se que nos casos que houveram tomadas de decisões todos tiveram relação com as observações e evoluções realizadas. E para o caso do P4, em função da melhora, não houve necessidade. No caso do P13 que encontra-se em fase de mudança de medicação e necessidades de cuidados específicos, a equipe demonstrou atenção em todo esse processo delicado pelo qual o paciente está passando. No caso do P14, onde se evidencia uma piora da sintomatologia, a equipe mostra sua atenção à necessidade imediata de mudanças da medicação, por razões que parecem evidentes, como a sintomatologia psicótica que ele apresenta.

Quadro 19 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 15.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> Recebe ajuda de outro paciente. Relacionamento do paciente com outro paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P4	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia Dificuldade no auto-cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P5	<ul style="list-style-type: none"> Está em condições de permanecer em dias alternados no HD. Relacionamento do paciente com equipe. Envolve-se com atividades do HD. Faz planos para seu pós-alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P6	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com outros pacientes. Recebe esclarecimento sobre sua doença. Relacionamento do paciente com sua família. Envolve-se com atividades fora do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> Será mantido conduta e orientações a este paciente e aos demais como já vinha sendo dado.
P8	<ul style="list-style-type: none"> Participação da família no tratamento. Relacionamento do paciente com outros pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve

Continua

Continuação do **Quadro 19** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 15.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P9	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com outros pacientes. Melhora da sintomatologia. Faz planos para o pós-alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P10	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com família. Envolve-se com atividades fora do HD. Relacionamento do paciente com outro paciente Faz plano para o pós-alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P11	<ul style="list-style-type: none"> Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. Se envolve com atividades fora do HD. Cuidado nas abordagens da equipe com o paciente. Relacionamento do paciente com outro paciente. Esclarecimento aos familiares quanto ao tratamento. Participação em atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> Devido o paciente sentir-se inibido para participar ativamente de atividades físicas, deverá participar apenas assistindo. A equipe deverá ter muito cuidado com abordagens, pois o paciente ameaça tentar suicídio para ir para uma internação integral.
P13	<ul style="list-style-type: none"> Recebe esclarecimento sobre sua doença. Melhora da sintomatologia. Relacionamento do paciente com a equipe. Compreende que as orientações feitas pela equipe são para ajudá-lo. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P14	<ul style="list-style-type: none"> Participação da família no tratamento. Relacionamento do paciente com a equipe. Envolve-se com atividades do HD. Necessidade de mudança de medicação. Percepção do paciente quanto à sua doença. 	<ul style="list-style-type: none"> Fica decidido que o paciente irá mudar de medicação em função de não conseguir mais que o laboratório forneça.
P15	<ul style="list-style-type: none"> Informação mais detalhada sobre história da doença do paciente e manifestação de sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 11 pacientes, por 7 elementos da equipe, e nas observações e evoluções destacam os relacionamentos dos pacientes com a equipe, com outros pacientes e com os familiares, envolvimento dos pacientes com atividades do hospital e de fora, melhora da sintomatologia e condições de permanecer em dias alternados, bem como, fazendo planos para o pós-alta, compreensão dos pacientes quanto às orientações feitas pela equipe e participação da família no tratamento. As tomadas de decisões para 3 pacientes, referem-se à condutas que se mantêm, cuidados que a equipe deverá ter em função da sintomatologia grave de um paciente e decisão de mudança de medicação.

Percebe-se que em situação de melhora não há necessidade de tomada de decisão, como é o caso do P4, enquanto que para o P11 houve necessidade de serem tomadas duas decisões, provavelmente em função de sua gravidade. Observa-se que há um estímulo da equipe em ajudá-lo e um cuidado especial em função das idéias auto-destrutivas que apresenta.

Quadro 20 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 16.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta desinteresse pelo tratamento • Informação mais detalhada sobre história da doença do paciente e manifestação de sintomas. • Necessidade de orientação quanto à participação em atividades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar com a paciente a questão de desejar e cobiçar o que é do outro, desconsiderando o que é seu, pegando como exemplo vivências no HD em atividade de Terapia Ocupacional.
P4	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta definitiva hoje.
P5	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Relaciona-se com a equipe. • Envolve-se com atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta definitiva hoje
P6	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento do paciente com a equipe. • Relacionamento do paciente com outros pacientes. • Envolve-se com atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P8	<ul style="list-style-type: none"> • Recebe esclarecimento sobre sua doença. • Recebe ajuda de outro paciente. • Relacionamento do paciente com a equipe. • Relacionamento do paciente com sua família. • Envolve-se com atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P9	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento do paciente com outros pacientes. • Informação mais detalhada sobre história da doença do paciente e manifestação de sintomatologia. • Envolve-se com atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P10	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento do paciente com sua família. • Envolve-se com atividades fora do HD. • Melhora da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P11	<ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento com atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve necessidade

Continua

Continuação do **Quadro 20** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 16.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P13	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Relacionamento do paciente com a equipe. • Participação da família no tratamento • Informação da família sobre a doença do paciente. • Equipe planeja alta licença do paciente. • Relacionamento do paciente com outros pacientes. • Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação de sintomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Irá no Natal visitar sua mãe em uma cidade distante, será dado alta licença para ele viajar.
P14	<ul style="list-style-type: none"> • Melhora da sintomatologia. • Relacionamento do paciente com a equipe. • Envolve-se com atividades do HD. • Compreende que as orientações feitas pela equipe são para lhe ajudar. • Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação de sintomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve
P15	<ul style="list-style-type: none"> • Informação da família sobre a doença do paciente. • Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação de sintomas. • Compreende que as orientações feitas pela equipe são para lhe ajudar. • Envolve-se com atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não houve

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 11 pacientes, por 7 pessoas da equipe, e de acordo com o que foi descrito nota-se que as observações e evoluções enfatizam as informações mais detalhadas sobre a história da doença do paciente, relacionamento dos pacientes no geral, envolvimento com atividades no hospital-dia e compreensão do paciente que as orientações feitas pela equipe são para lhe ajudar. Quanto as tomadas de decisões, apenas para 4 pacientes, foram relativas as orientações quanto à sintomatologia manifesta.

Verifica-se que em todos os casos examinados que houveram tomadas de decisões há uma relação direta com as observações e evoluções. No caso do P2, evidencia-se uma situação de manifestação de sintomas que merecem cuidados e um trabalho da equipe voltado para esta questão, objetivando o benefício do paciente.

Para os pacientes que saem de alta definitiva, como o P4 e o P5, destacam-se às melhoras da sintomatologia, bem como P13, que, em condição de melhora, a equipe, nessa RPPE, decide por dar-lhe alta-licença.

Quadro 21 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 17.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> Participação da família no tratamento. Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. Faz planos para o pós-alta. Melhora da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente está em condições de ter alta definitiva, pois encontra-se bem.
P6	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Envolve-se com atividades do HD. Equipe planeja alta definitiva do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve necessidade
P8	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Recebe cuidados com sua saúde física. Envolve-se com atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P9	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Relacionamento do paciente com sua família e com outro paciente. Envolve-se com atividades fora do HD. Recebe cuidados com sua saúde física. Informação mais detalhada sobre história da doença, manifestação de sintomas. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P10	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia. Recebe cuidados com sua saúde física. Relacionamento do paciente com sua família. Recebe esclarecimento sobre sua doença. Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P11	<ul style="list-style-type: none"> Envolve-se com atividades do HD. Relacionamento do paciente com sua família Informação da família sobre doença do paciente. Melhora da sintomatologia. Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação de sintomas. A equipe estimula independência do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> A equipe começará a liberar o paciente para vir ao HD e retornar para casa desacompanhado de familiares.
P13	<ul style="list-style-type: none"> Informação mais detalhada sobre história da doença do paciente e manifestação de sintomatologia.. Relacionamento do paciente com a equipe e com sua família. Compreende quanto às orientações feitas pela equipe são para ajudá-lo. Equipe planeja alta licença do paciente. Melhora da sintomatologia. Expectativa da família com o tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente sairá de alta licença para visitar sua mãe em outra cidade.

Continua

Continuação do **Quadro 21** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD na RPPE, 17.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P14	<ul style="list-style-type: none"> Participação da família no tratamento. Apresenta desinteresse pelo tratamento. Relaciona-se com equipe. Melhora da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P15	<ul style="list-style-type: none"> Envolve-se com atividades do HD. Apresenta melhora do auto cuidado. Informação mais detalhada sobre história da doença do paciente e manifestação de sintomatologia. Recebe esclarecimento sobre sua doença. Relacionamento do paciente com outros pacientes. Compreende que as orientações feitas pela equipe são para ajudá-lo. Melhora da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 9 pacientes, por 5 pessoas da equipe e as observações e evoluções referem-se à melhora da sintomatologia com planos de alta e envolvimento em atividades do hospital dia e de fora, esclarecimento e percepção quanto à sintomatologia e recebimento de cuidados com a saúde física. Nas tomadas de decisões, necessárias a 3 pacientes observa-se que no momento de melhora houve programação de alta definitiva.

Nesta RPPE, chama à atenção o caso do P10 que teve piora de sintomatologia e não houve tomada de decisão, talvez pelo fato dele estar recebendo cuidados com a sua saúde física, ter percepção quanto a sua sintomatologia, e do relacionamento que tem com a sua família, levando a equipe a uma tranquilidade em não tomar decisões nessa RPPE. No caso do P11 e P13 que mostram melhoras na sintomatologia, a equipe demonstra o seu reconhecimento dessas melhoras liberando, o P11, do acompanhamento familiar para ir e retornar ao HD, e no caso do P13, mesmo com internação recente, por apresentar melhora, a equipe libera-o para viajar.

Quadro 22 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 18.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia. Equipe planeja alta definitiva do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Provavelmente sairá de alta definitiva neste próximo final de semana.
P6	<ul style="list-style-type: none"> Planeja sua alta definitiva. Relacionamento do paciente com outros pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve

Continua

Continuação do **Quadro 22** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 18.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P8	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com sua família. Informação da família sobre a doença do paciente. Informação à família sobre a doença do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a mãe da paciente quanto ao comportamento de adolescente que ela apresenta, para que possa aprender o que é da doença e o que é da adolescência.
P9	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com sua família. Melhora da sintomatologia 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P10	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia. Relacionamento do paciente com sua família. Recebe cuidado com sua saúde física. Medo que o paciente tem da alta. Equipe planeja alta definitiva do paciente e tratamento ambulatorial. Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação de sintomatologia 	<ul style="list-style-type: none"> Fica definido que o paciente terá alta definitiva e que as patologias que ainda restam para serem tratadas poderão ser vistas no Seguimento ambulatorial.
P11	<ul style="list-style-type: none"> Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. Melhora da sintomatologia. A equipe estimula independência do paciente com seus familiares. Relacionamento entre os familiares do paciente. Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e da manifestação de sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Hoje a mãe do paciente foi dispensada de acompanhá-lo todos os dias até o hospital, foi orientada quanto às condições de melhora do paciente e estimulá-lo para ir se tornando independente.
P14	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia. Informação da família sobre a doença do paciente. Participação da família no tratamento do paciente. Compreende que as orientações feitas pela equipe são para lhe ajudar. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P15	<ul style="list-style-type: none"> Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação de sintomatologia. Tem dificuldades de compreender as atividades oferecidas. Necessidade de alteração na administração de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> Serão retiradas algumas medicações, pois não há necessidade dessa quantidade, e as medicações serão administradas durante o período que a paciente permanecer no HD, para que haja a certeza da administração correta.

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 8 pacientes, por 9 elementos da equipe, destacando-se as melhoras dos pacientes com planejamento de alta, bem como a piora da sintomatologia devido ao medo da mesma, os relacionamentos dos pacientes e informação dos familiares. Nas tomadas de decisões, para 5 pacientes, verifica-se possibilidade de alta definitiva e orientação à família quanto à doença.

Percebe-se que foram tomadas decisões para a maioria dos pacientes nessa RPPE, mas chama à atenção um possível desajuste entre as observações e as tomadas

de decisões feitas, ao P2 e ao P10, que se programam alta com piora de sintomatologia. No caso do P2, pode-se entender a decisão pelo fato dele já estar internado há bastante tempo, e no caso do P10, pode-se justificar a decisão com a programação de continuidade de tratamento em ambulatório. Assim sendo, entende-se que a equipe teve uma percepção coerente nesses casos e com decisões pertinentes. No caso do P8, a tomada de decisão foi para sua mãe e se refere à compreensão que a mesma tem com relação a doença apresentada. Quanto ao P15, a equipe preocupa-se com a quantidade e a forma de administrar a medicação e com a necessidade de certeza do uso adequado destas, procurando solucionar esse problema administrando a medicação no período em que ele está no HD e não ele próprio, em sua casa.

Quadro 23 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 19.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> Piora da sintomatologia. Mudança na administração de medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> A alta definitiva da paciente será postergada em função da piora de sua sintomatologia, teve pensamentos de ingerir todos os remédios de uma só vez para morrer. Houve mudança na conduta com introdução de antipsicótico e aumento do antidepressivo.
P6	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Percepção do paciente sobre sua sintomatologia Equipe planeja alta definitiva do paciente. Medo que o paciente tem da alta. Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente e manifestação da sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P8	<ul style="list-style-type: none"> Recebe cuidados à sua saúde física. 	<ul style="list-style-type: none"> Paciente deverá aguardar mais alguns dias para retirar os pontos de sua mão
P9	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Percepção do paciente sobre sua sintomatologia Equipe planeja alta definitiva do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> O retorno para o pós-alta será marcado hoje, para a paciente poder ser atendida na próxima Segunda-feira.
P10	<ul style="list-style-type: none"> Equipe planeja alta definitiva do paciente. Cuidados com as alterações de medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> A alta definitiva será marcada para daqui a duas semanas e será aumentado a clomipramina para 300mg. Deverá ser observado efeitos colaterais. Iniciar a terapia cognitiva comportamental.
P11	<ul style="list-style-type: none"> Apresenta desinteresse pelo tratamento. Recebe esclarecimento sobre sua doença. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P14	<ul style="list-style-type: none"> Envolve-se com atividades do HD. Participação da família no tratamento. Paciente aguarda decisão sobre medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> Foi avisado todos os elementos da equipe, que houve necessidade de contato urgente com o representante do laboratório, devido a medicação que deixou de fornecer ao paciente. A família está entrando na justiça por essa razão.

Continua

Continuação do **Quadro 23** – Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 19.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P15	<ul style="list-style-type: none"> Participação da família no tratamento. Informação da família sobre a doença do paciente. Relacionamento do paciente com outros pacientes. Recebe cuidados à sua saúde física. Envolve-se com atividades do HD. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P16	<ul style="list-style-type: none"> Esclarecimento ao familiar sobre o tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 9 pacientes, por 5 elementos da equipe, e as observações e evoluções foram feitas com fundamento na piora da sintomatologia, e do paciente perceber e ser esclarecido sobre esta situação de piora, bem como, ter medo da alta. Também observou-se melhoras com envolvimento nas atividades e planejamento de alta definitiva pela equipe. As tomadas de decisões, para 5 pacientes, foram em duas situações opostas, sendo melhora com preparação de alta e piora com suspensão da alta.

Destaca-se uma coerência entre as tomadas de decisões com evolução e observação no caso de P2, pois com a piora da sintomatologia a alta definitiva fica postergada. No caso do P10, embora seja marcada a alta definitiva para duas semanas, a equipe mantém o cuidado com relação à medicação e reinvidicação da família na justiça por esse motivo.

Quadro 24 - Observação, evolução e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 20.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P2	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com outros pacientes Percepção do paciente quanto à sua sintomatologia. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P6	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Equipe planeja alta definitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Terá alta definitiva no próximo dia 17/12, junto com outros pacientes.

Continua

Continuação do **Quadro 24** – Observação e tomada de decisão pela equipe interdisciplinar sobre os pacientes internados no HD, na RPPE 20.

Paciente	Observação e evolução	Tomada de decisão
P8	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Equipe planeja alta definitiva do paciente. A família recebe orientação da equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> A alta definitiva fica programada para a próxima 6^a feira. Orientar a mãe da paciente quanto a necessidade de aprender a lidar com as impulsividades da paciente para que não faça reforço da sintomatologia em certas situações.
P9	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Família recebe orientação da equipe. Participação da família no tratamento. Equipe planeja alta definitiva do paciente. Necessidade de orientação para a família quanto aos cuidados no pós-alta. 	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar a presença do marido da paciente com certa urgência para que ele seja orientado quanto aos cuidados com a paciente no pós alta.
P10	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com outro paciente. Melhora da sintomatologia. Equipe planeja alta definitiva do paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Está previsto que o paciente irá de alta definitiva com a dosagem máxima de medicação. Contactuar com a terapeuta ocupacional que fará seguimento comportamental do paciente.
P11	<ul style="list-style-type: none"> Participação da família no tratamento. Informação da família sobre a doença do paciente. Relacionamento do paciente com outro paciente e entre familiares do mesmo. Envolve-se com atividades fora do HD. A família recebe orientação da equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> A paciente levará medicação do hospital para tomar em sua casa, pois não virá ao tratamento amanhã, terá perícia médica em outro local.
P14	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento do paciente com sua família. Informação da família quanto à doença do paciente. A família não aceita a doença do paciente. A família recebe orientação da equipe quanto à participação em reunião. 	<ul style="list-style-type: none"> Não houve
P15	<ul style="list-style-type: none"> Melhora da sintomatologia. Participação da família no tratamento. Informação da família sobre a doença do paciente. Relacionamento entre os familiares do paciente. A família recebe orientação da equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> A equipe deverá conversar em reunião para que todos tenham condutas uniformes com relação à orientação e cobrança aos familiares das reuniões de família do HD, em função das inúmeras ausências.
P16	<ul style="list-style-type: none"> Esclarecimento aos familiares sobre o tratamento. Relacionamento da paciente com outros pacientes Informação da família sobre a doença do paciente. Participação da família no tratamento. Melhora da sintomatologia 	<ul style="list-style-type: none"> Fica decidido entre todos da equipe que a paciente a partir de amanhã poderá vir acompanhada por seu filho menor, liberando assim o esposo para ir trabalhar em outra cidade. A equipe decide ser flexível para não prejudicar o tratamento da paciente.

Comentário e discussão do quadro:

Nesta reunião foram observados e evoluídos 9 pacientes, por 7 elementos da equipe, e as observações e evoluções foram feitas com base na relação do paciente

com sua família e a participação e envolvimento desta no tratamento, a percepção do paciente quanto à sua sintomatologia e seus relacionamentos com outros pacientes. As decisões tomadas para 7 pacientes foram no sentido da melhora evidente com altas previstas. A equipe também verifica a urgência da necessidade dos familiares dos pacientes estarem mais participantes e juntos pensarem em uma conduta uniforme de estímulo e orientação aos mesmos, tanto relativo à necessidade de participação, quanto certos acertos e flexibilidades para maior envolvimento. Percebe-se que na maioria dos casos houve tomada de decisão.

Destaca-se que para, o P8 e o P9, a equipe mostra-se cuidadosa em orientar aos familiares com relação aos manejos que deverão ter com seus pacientes, neste momento de alta e de pós-alta. E no caso do P15, não refere-se ao paciente exclusivamente a tomada de decisão, mas a todos pacientes no geral. No caso do P16, a equipe mostra-se flexível com relação à participação de familiares no tratamento, para não haver prejuízo no tratamento.

QUADROS 25, 26 e 27, vide anexo 2;

Quadro 28 - Número de vezes que cada paciente foi examinado e permanência ou exclusão do estudo

Pacientes examinados	Números de vezes que cada paciente foi examinados	Inclusão e exclusão do estudo
P1	4	Alta Definitiva
P2	20	Término do estudo
P3	12	Alta Definitiva
P4	16	Alta Definitiva
P5	16	Alta Definitiva
P6	20	Término do Estudo
P7	4	Alta Definitiva
P8	20	Término do Estudo
P9	20	Término do Estudo
P10	20	Término do Estudo
P11	14	Inclusão no Estudo
P12	5	Abandono do Tratamento
P13	9	Alta Licença
P14	8	Inclusão no Estudo
P15	7	Inclusão no Estudo
P16	2	Inclusão no Estudo

Observa-se que a grande maioria dos pacientes saíram do hospital com o tratamento concluído, ou seja, de alta definitiva. Houve apenas uma desistência no período da coleta dos dados do estudo.

QUADRO 29 vide anexo 3;

Quadro 30 - Número de pacientes examinados em cada RPPE.

Nº de RPPE	Nº de pacientes examinados	Pacientes examinados em cada RPPE															
1ª	10	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10						
2º	10	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10						
3º	10	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10						
4º	10	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10						
5º	8	X	P2	P3	P4	P5	P6	X	P8	P9	P10						
6º	10	X	P2	P3	P4	P5	P6	X	P8	P9	P10	P11	P12				
7º	10	X	P2	P3	P4	P5	P6	X	P8	P9	P10	P11	P12				
8ª	10	X	P2	P3	P4	P5	P6	X	P8	P9	P10	P11	P12				
9ª	11	X	P2	P3	P4	P5	P6	X	P8	P9	P10	P11	P12	P13			
10ª	11	X	P2	P3	P4	P5	P6	X	P8	P9	P10	P11	P12	P13			
11ª	11	X	P2	P3	P4	P5	P6	X	P8	P9	P10	P11	P12	P13			
12ª	10	X	P2	P3	P4	P5	P6	X	P8	P9	P10	P11	X1	P13			
13ª	10	X	P2	X	P4	P5	P6	X	P8	P9	P10	P11	X1	P13	P14		
14ª	11	X	P2	X	P4	P5	P6	X	P8	P9	P10	P11	X1	P13	P14	P15	
15ª	11	X	P2	X	P4	P5	P6	X	P8	P9	P10	P11	X1	P13	P14	P15	
16ª	11	X	P2	X	P4	P5	P6	X	P8	P9	P10	P11	X1	P13	P14	P15	
17ª	9	X	P2	X	X	X	P6	X	P8	P9	P10	P11	X1	P13	P14	P15	
18ª	8	X	P2	X	X	X	P6	X	P8	P9	P10	P11	X1	X2	P14	P15	
19ª	9	X	P2	X	X	X	P6	X	P8	P9	P10	P11	X1	X2	P14	P15	P16
20ª	9	X	P2	X	X	X	P6	X	P8	P9	P10	P11	X1	X2	P14	P15	P16

X- Alta Definitiva

X1-Alta por Abandono

X2-Alta Licença

Como já foi salientado anteriormente, todos os dias que aconteceram as RPPE, todos os pacientes que estavam em tratamento, naquele dia, foram observados e evoluídos, inclusive no dia das internações e no dia das alta definitivas, podendo-se compreender melhor e obter uma visão ampla e minuciosa de cada caso.

Para melhor compreensão e clareza do estudo, foi salientado alguns fatos previsíveis e imprevisíveis, ocorridos durante o período de coleta de dados, fatos estes que se julga não influenciar no estudo. Verifica-se que houve cinco altas definitivas programadas, podendo conferir um processo evolutivo de melhoras acompanhadas pela equipe e com participação ativa dos pacientes. Cinco pacientes foram examinados durante as vinte reuniões. Houve uma internação com abandono, logo após, podendo verificar o esforço da equipe para facilitar a adaptação e aderência do paciente no tratamento. Também houve uma internação com processo

de melhora significativa, sendo o paciente avaliado pela equipe e liberado através de um processo de alta licença para visitar familiares em outra cidade. Após o início da pesquisa, ocorreram cinco internações, possibilitando verificar a adaptação do paciente no HD, sua sintomatologia, expectativas, envolvimento e aderência ao tratamento.

Temas mais discutidos

Verificou-se que todos os elementos participantes da RPPE direcionaram sua atenção aos sintomas que os pacientes apresentaram, sempre tendo como referência a sintomatologia no período da internação e a opinião dos demais na avaliação diária, bem como, as informações dos familiares e dos próprios pacientes. Desta forma, fica possível reconhecer com clareza e evidência as mudanças de comportamento dos pacientes de um dia para outro, de um período para outro ou até mesmo de um momento para outro, e frequentemente há um consenso entre todos os elementos participantes da RPPE sobre essas mudanças.

Um outro tema que apareceu com muita frequência nas falas dos participantes são as inúmeras questões familiares, envolvendo o relacionamento do paciente com o familiar, o relacionamento entre os próprios familiares que refletem na doença do paciente e também no envolvimento que o familiar tem com o tratamento, sua participação ou sua ausência. Há familiares que reconhecem a necessidade de mudanças no relacionamento visando melhora no convívio e há os que se fecham para qualquer possibilidade de mudanças. Outro tema que apareceu é a questão do envolvimento do paciente com atividades do HD. Verifica-se que está diretamente ligado ao seu reconhecimento da doença, desejo de melhora, compreensão de seus sintomas e aderência ao tratamento, envolvendo-se com atividades fazendo vínculo com a equipe e interagindo com outros pacientes.

Constatou-se uma complexidade na semi-internação que é a questão da oportunidade que a equipe oferece e a forma que proporciona a interação entre os pacientes no ambiente, pois praticamente toda a assistência realizada é em grupo.

Quadro 31 - Frequência de verbalizações das frases na RPPE

Nº	Frases	Frequência
1	Melhora da Sintomatologia.	74
2	Relacionamento do paciente com outro paciente.	46
3	Relacionamento do paciente com sua família.	45
4	Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente.	42
5	Paciente se envolve com atividades do HD.	41
6	Participação da família no tratamento.	35
7	Percepção do paciente quanto á sua doença.	27
8	Informação da família sobre a doença do paciente.	25
9	Piora da sintomatologia.	25
10	Relacionamento do paciente com equipe.	24
11	Paciente recebe esclarecimento sobre sua doença.	24
12	Paciente recebe cuidado com sua saúde física	20
13	Paciente se envolve com atividades fora do HD.	20
14	Equipe planeja alta definitiva do paciente.	15
15	Paciente faz planos para seu pós-alta	12
16	Paciente apresenta desinteresse pelo tratamento	9
17	Paciente tem dificuldade no auto-cuidado.	9
18	Relacionamento entre familiares do paciente	9
19	Paciente compreende que as orientações feita são para ajudá-lo	9
20	A família recebe orientações da equipe.	8
21	Ausência da família no tratamento.	6
22	Expectativa do paciente quanto à sua melhora.	6
23	Paciente tem interesse em se proteger	5

Continua

Continuação do **Quadro 31** – Frequência de verbalizações das frases na RPPE

Nº	Frases	Frequência
24	Paciente recebe ajuda de outro paciente	5
25	Paciente planeja sua alta definitiva.	4
26	Paciente está em condições de permanecer em dias alternados.	4
27	Esclarecimento ao paciente sobre o tratamento	3
28	Esclarecimento ao familiar sobre tratamento.	3
29	Melhora do auto cuidado.	3
30	Medo que o paciente tem da alta.	3
31	Paciente não chegou hoje ausência no tratamento.	3
32	Um outro paciente fez comentário à respeito de P2	3
33	Alta definitiva hoje.	3
34	A família faz planos para melhora no convívio	2
35	A família não aceita a doença do paciente.	1

Para facilitar a leitura e a compreensão dos dados, a descrição abaixo mostra algumas frases que foram extraídas do texto e ditas pelos componentes da equipe interdisciplinar, cujos nomes que aparecem nos diálogos são fictícios. A apresentação segue uma ordem conforme o número de vezes que apareceram nas observações e evoluções.

No quadro 27 foram apresentadas as verbalizações, em forma de frases, representativas do conteúdo das falas dos sujeitos do estudo durante as 20 RPPE. Para ilustrar as frases, tornando-as mais consistentes enquanto representativas de seus respectivos conteúdos, apresenta-se, a seguir, trechos das referidas falas.

1 – Melhora da sintomatologia

Verificou-se que o maior número de falas sobre observação e evolução dos pacientes são referentes a melhora da sintomatologia. Constatamos que a equipe está atenta ao comportamento apresentado pelos pacientes, pois só se sabe da melhora ao conhecer bem o caso, podendo perceber minuciosamente esta mudança.

S8: “Ontem ela ajudou fazer o presente pro M. e pra L. Muito disposta assim... geralmente ela recusa fazer qualquer coisa assim...-Ah! Não, tô cansada, vou fumar...ontem não. Fez, ajudou, deu idéias, escreveu uma mensagem pra L., inventou da cabeça dela, uma mensagem muito bonita, depois passou a limpo no cartão “

S1: “O P13 tá uma graça, né? Ficou meio assustadinho olha daqui, olha dali, mas não foi embora, de vez em quando mexe em alguma coisa, mas aceitou colher sangue agora de manhã, pensei que ele fosse achar que iamos fazer alguma coisa contra ele, aceitou e parece que agora aceitou tomar o haldol.”

2 – Relacionamento do paciente com outro paciente

Verifica-se nestas falas que a equipe proporciona um tratamento com base na interação, pois a maioria das atividades são grupais. Também no ambiente propicia um relacionamento contínuo, portanto, verifica-se que apesar do retraimento que a doença trás, a maioria dos pacientes estão interagindo entre si.

S2: “Eu acho que ela melhorou muito, inclusive esse papo com o D. Tá sendo bom de ambos os lados, o D. fica falando no ouvido dela, eu acho que não dá tempo de entrar... e ela também tá ajudando muito ele. Alí ela sai com ele e explica que tá sendo muito bom.”

3 – Relacionamento do paciente com sua família

Verifica-se nestas falas que a semi-internação propicia o paciente relacionar-se com a família, pela oportunidade de estar em casa à noite e nos finais de semana, o que é positivo para uma investigação da melhora ou piora no relacionamento familiar, e com a sociedade que muitas vezes contribui para a gravidade da doença.

S4: *“Na sexta feira teve um problema sério com a mãe, assim que elas chegaram lá. Ela começou dizer que queria um celular, já não era mais um piercing... ela queria um celular e aí a mãe tava com uma cliente na loja, ela insistia, pegou a mãe pelo pescoço e acabou dando uns trancos na mãe. Quebrou uma mesa de mármore e ficou bem agressiva...”*

4- Informação mais detalhada sobre a história da doença do paciente

Verifica-se nas falas que, durante a RPPE, no dia que cada paciente é admitido, é passado pelos elementos que fizeram a pré-admissão toda a história da doença do paciente, para a equipe tornar cientes do caso. Mas no decorrer do tratamento inúmeros dados aparecem, tanto fornecidos pelos familiares como pelos próprios pacientes, e é justamente na RPPE, que estes dados mais detalhados são transmitidos para todos os participantes da equipe.

S2: *“ O que às vezes me deixa meio temeroso é assim... o tempo de doença, né? Ele diz que faz... não dá um ano, foi esse ano que começou e já criou esse hospitalismo.*

S10: *Antes não era o hospital viu S2? Se voce for ver era mosteiro, de um mosteiro ele ia pro outro, ele não se adaptava, ele...*

S9: *Ele se isolava, né?*

S10: *Isso, o negócio dele era se isolar e não ficar... então antes ele frequentou três mosteiros, inclusive um, o último que ele ficou um ano e meio eles tinham das três às cinco horas da tarde pra conversar no domingo Os outros dias não podia falar nada, só trabalhava... cada um tinha uma cela, uma casinha que era uma sala-quarto, banheiro.”*

5- Paciente se envolve com atividades do H D

Verifica-se nas falas que o paciente em regime de semi-internção recebe estímulo, todo o tempo, por toda equipe, para participar das atividades. Observamos que envolve-se mais em uma atividade que em outra, mas, na maioria das vezes, seu envolvimento é maior em fase de melhora da sintomatologia.

S8: *” Na sexta feira ela ajudou bastante na cozinha com a P8, dando dicas, se envolvendo...É, e aí né?... teve uma hora que a gente foi fazer a torta, eu fui colocar o sal e ela. – Não, é muito... e graças a ela nós não salgamos a torta.”*

6 – Participação da família no tratamento

Verifica-se nas falas que não é possível tratar o paciente em regime de semi-internação sem o apoio da família, pois o paciente ao retornar para casa deverá receber suporte, conforme condutas determinadas pelo hospital, mas, há inúmeros casos em que a família resiste em participar desse processo.

S10: “ *A mãe é mais consciente, a mãe vem buscá-lo todos os dias, todo dia quer saber... ontem veio me perguntar se ele já tava melhor? Eu falei:- O que a senhora acha? Ah! Ele tá melhorando sim...*”

7 – Percepção do paciente quanto à sua doença

Verifica-se nas falas que o paciente semi-internado recebe em todas as atividades, informações e estímulo, para olhar para sua sintomatologia e procurar compreendê-la, o que não é um processo fácil, mas a equipe procura ajudá-los apontando as melhoras e pioras com objetivo de tornar mais claro e evidente o processo de tratar-se.

S1: “ *Ontem na atividade da manhã a gente falou um pouco sobre auto-estima e o cuidado pessoal. Aí ele falou que às vezes ele percebe que a barba...Ele até foi cobrado pela S6. Pra fazer. Aí ontem, anteontem ele deixou todo o material e ficou enrolando, olhava no espelho _ Preciso me cuidar, preciso fazer essa barba...*”

S1: “ *Ontem à tarde após a reunião de recreação eles quiseram assistir ao filme de esquizofrenia, que eu até peguei na sua sala, tá? E aí no final ela teve uma certa dúvida, pois falou de alucinação, então como é que tem alucinação? O esquizofrênico tem alucinação, ela não é esquizofrênica e tem alucinação? Aí o Dr explicou pra ela, esclareceu, ela pareceu entender.*’

8 – Informação da família sobre a doença do paciente

Verifica-se nas falas que pelo fato do paciente passar parte do tempo em casa, a equipe orienta para que a família esteja bem próxima e atenta, observando toda a

sintomatologia apresentada e comportamento manifestado para que tragam as informações para a equipe compreender melhor e obter uma visão geral do caso.

S4: “Agora encontrei com a mãe dele na saída, eu tinha cobrado dela que ela retornasse ao tratamento dela, que ela também não estava bem. Ela falou que voltou, tá tomando remédio dela e que ela melhorou bem. Inclusive que o P11 em casa tá bem, já tá dormindo sozinho no quarto dele, apagando a luz, né? Ela falou que tem um quartinho que dá saída pro quarto dele, que é um corredor, que é fechado. – e eu ia colocar minha cama lá. E ela falou assim... mas, nem precisou que ele tá... apaga a luz, fecha a porta e dorme muito bem e tá bem em casa.

9- Piora da sintomatologia

Verifica-se nas falas que a equipe está atenta ao comportamento do paciente, sempre procurando avaliar todos os dias, todos os períodos, inclusive procurando informar-se das condições do paciente enquanto está em casa. O comportamento, as queixas do momento da internação são sempre tomadas como parâmetro nas avaliações diárias, podendo reconhecer melhoras e pioras.

S1: “Aí eu perguntei o que ele fez no final de semana. Ele falou que ficou mais deitado. Perguntei se ele teve iniciativa de ir se servir, de fazer alguma coisa. Ele falou que não, que a esposa foi levar as coisas pra ele na cama. Os filhos saíram pra passear, a esposa ficou lavando roupas e ele ficou mais deitado, ele ganhou 1 kg e 300grs e aí ele tá até meio preocupado.”

10 – Relacionamento do paciente com a equipe

Verifica-se nas falas que todas as atividades propostas no HD., têm como um dos objetivos facilitar os relacionamentos dos pacientes, que comumente estão muito comprometidos com a doença. A equipe trabalha em um movimento de aproximação que muitas vezes podemos dizer que é via de uma única mão, pois não há reciprocidade do paciente, mas em certas situações é destacável esta ação partindo destes.

S1: “...Mas, ele encontrou a C., sorrindo falou: - Oi! C., como foi de férias? A C. até admirou de ter visto o jeito dele.”

11- Paciente recebe esclarecimento sobre sua doença.

Verifica-se nas falas que cabe à equipe interdisciplinar, a responsabilidade de esclarecer aos pacientes e aos familiares sobre a sintomatologia apresentada, bem como o diagnóstico, as possibilidades de melhoras e opções de tratamento.

S4: “ Ela trouxe essa dúvida na reunião... Então, em situação que a senhora tem dúvida é sentar com o médico e tirar na hora essa dúvida. Pra nós é importante que vocês saibam o diagnóstico, mas se eu dou um remédio, então ela não tem nada? Se não tem nada porque tá tomando remédio? A gente explica os sintomas pra vocês aprenderem a conhecer e correr rápido”.

12- Paciente recebe cuidado à sua saúde física

Verifica-se nas falas que o paciente que faz tratamento psiquiátrico, muitas vezes vem com outras doenças clínicas necessitando de cuidados tão intensos quanto aos psicológicos.

*S1: “O P5 hoje ele não vem, tem retorno.
S3: Ele deixou de tomar o captopril pra fazer um exame.
S10: Hoje ele ia fazer uma consulta.
S2: O exame da medicina nuclear é amanhã.
S1: Bom, resumindo ele vai hoje e amanhã no retorno”.*

13- Paciente se envolve com atividades fora do HD.

Verifica-se nas falas que enquanto o paciente esta participando das atividades no HD, recebe estímulo intenso pra tornar as atividades como modelo para sua vida lá fora. Observa-se que ao apresentar sinais de melhora o seu desejo e iniciativa manifestam mostrando seu envolvimento de integrar-se á sociedade.

*S1: “...passou o natal na casa da irmã, lá fizeram festas, baile, fizeram três bailes.
S4: Três forrós
S1: Três forrós?
S4: Ela tá até com o pé machucado pra mim é...
S2: De tanto dançar.”*

14-Equipe planeja alta definitiva do paciente

Verifica-se nas falas que o paciente é examinado por todos elementos da equipe nas inúmeras reuniões propostas. Cada elemento compreende sua melhora e suas condições de alta definitiva. As várias avaliações são colocadas durante a RPPE, onde em comum acordo a equipe vai avaliando e programando a alta.

S10: “ *ontem em supervisão a gente discutiu essa questão de alta dela, né? Já que ela vinha com muitas queixas, a gente tinha alterado as medicações dela e ela não tinha dado conta de segurar, a gente diminuiu o diazepam pra 5 mg, retirou o haldol primeiro, não tem mais sintomas psicóticos né? E diminuiu o diazepam na tentativa de tirar mesmo o benzodiazepínico e deixar só com o antidepressivo, porque ela ficou mais ansiosa, insone, agitada, em casa quiz tomar todos os remédios, então ontem eu voltei o diazepam pra 10 mg e a gente... na hora que eu falei pra ela que a gente podia postergar a alta dela, não sei se vocês notaram, mas ela melhorou, depois do almoço ficou mais tranquila, eu acho também que essa ansiedade é parte também da possibilidade de alta.*

S4: *Então nesse final de semana ela não vai ter alta?*

S10: *Não.*

S9: *Então vai ser marcado pra semana que vem?*

S10: *Provavelmente na semana que vem.*

15-Paciente faz planos para seu pós-alta

Verifica-se nas falas que todo paciente desde o momento que inicia seu tratamento, já recebe estímulo para ir pensando em sua vida ao sair do hospital. Quando faz planos é orientado pela equipe pra se conduzir por um caminho viável dentro de suas possibilidades, sem desconsiderar o momento difícil que passa.

S1: “*...e agora ele já tá pensando de mudar de apartamento, tá vendo um lugar menor pra ele morar, porque ele tá com um apartamento de três quartos e ele mora sozinho e ele até já foi na imobiliária pra ver se dá pra mudar de apartamento.*

16- Paciente apresenta desinteresse pelo tratamento

Verifica-se nas falas que certas atitudes de pacientes é desinteressar-se pelo tratamento, e não envolver-se no clima do hospital, criando mais obstáculos para a

equipe, pois o processo de tratar é complexo quando há interesse pelo paciente e torna-se mais complexo ainda quando não há.

S1: “ *Ontem ele chegou assim...por volta de 1:00 hora, ele me procurou dizendo que tinha ido pra Brodoscki, mas eu não acreditei muito, não. Ele tava com uma cara de quem tinha acordado naquela hora.*

S2: *Cara de quem tinha levantado naquela hora.*

S1: *Meio sedutor, justificando, falando que não tava querendo mais...”*

17- Paciente tem dificuldade no auto cuidado

Verifica-se nas falas que a doença mental compromete muito a vida do paciente, com frequência a perda do ânimo e consequentemente o descuido pessoal. Muitas vezes o paciente percebe seu descuido, mas sente-se sem iniciativa e incapaz de se cuidar e se sentir melhor.

S2: *Ontem teve o problema dele chegar com um odor de urina insuportável, um cheiro bem... e olha que tava bem forte, aí foi falado pra ele fazer a ginástica e depois tomar banho, lavar aquela roupa. Aí ele fez, seguiu a orientação, a gente falou que ele tinha que fazer isso porque a roupa dele tava com cheiro de urina e que as pessoas tavam se queixando disso.*

S3: *e de suor...*

S1: *E de suor.*

18- Relacionamento entre familiares dos pacientes

Verifica-se nas falas que quando o paciente vem encaminhado para assistência no HD, provavelmente, ele tem outros problemas para lidar, além de seu transtorno mental, que às vezes são até mais complexos. Um deles, é o relacionamento familiar conturbado, onde elementos da família se encontram tão ou mais comprometidos do que o próprio paciente que propõe se tratar.

S1: *Como é que foi a visita ontem?*

S4:”...*Nós chegamos lá, fomos recebidos, primeiro nós achamos que não tinha ninguém porque os cachorros estavam latindo e ninguém saía, aí diz que eles tavam guardando os cachorros no quarto e no banheiro e nós entramos. Veio a irmã e a outra irmã receber e o P3, então nós entramos.É uma casa de COHAB que eles ainda não reformaram, tem dois quartos, né? E eles vieram trazer toda a situação do pai, que a irmã já entrou assim...*

mostrando muita raiva por estar sendo acordada, mas se via que ela tá com muita raiva com a situação. O pai não estava em casa, então a mãe falou assim...-Ela não ficou doente porque ela é a mais esperta. Falando assim... que o pai é uma pessoa... como ele põe as coisas dentro de casa, ele exige que eles dão dinheiro, que quem der dinheiro come, quem não der não come, tanto que ele chegou jogar comida no quintal, cobrando muito isso...”

19-Paciente compreende que as orientações feitas são para lhe ajudar.

Verifica-se nas falas que a equipe constantemente aborda o paciente no sentido de mostrar a realidade e ajudá-lo em situação de risco a que se expõe, bem como ajudá-lo em simples reaprendizado e reeducação que a doença compromete, mesmo que para isso seja preciso agir com firmeza e postura rígidas.

S2: “Uma coisa que a gente precisa de tá observando é que, não sei se foi segunda...é segunda feira antes dela ir embora, ela falou assim.- S2, eu tô com uma dúvida na medicação. Eu falei:- Qual é a dúvida? – É, eu tomava 1 anafnil de 75 mg, agora você tá me dando 5. É 1 anafnil de 75 e mais 2 de 25 à noite?. Falei:--É a mesma dosagem que você vinha tomando, como a gente não tem anafnil de 75, a gente tá te dando 3 pra corresponder a 1 de 75, que você tomava de manhã. Ah! É? Falei – Por que Ah? Porque eu tava fazendo rolo. Aí eu falei, mas não é você...? Aí eu joguei pra ela pensar, você é uma pessoa da enfermagem...Ela falou: -Eu não sei o que tá acontecendo com minha cabeça.”

20- A família recebe orientação da equipe

Verifica-se nas falas que compete à equipe não só orientar ao paciente, mas ao familiar quanto às condutas terapêuticas, abordagens e manejos, pois a família é o elemento que poderá trabalhar paralelamente à equipe facilitando para que o processo de melhora seja mais breve.

S9: “Pois é um problema, com uma mãe daquele jeito, como é que vamos olhar pra ela e dizer:- Olha vai perder o seroquel e nós vamos entrar com haldol?”

S4: Mas, a gente vai ter que falar, né S9 ? Querendo ou não ela vai ter que ser informada.

S9: Ele não vai é poder ficar sem.”

21 - Ausência da família no tratamento

Verifica-se nas falas que a família com certa frequência deixa o paciente para que a equipe tome todas as condutas necessárias, tornando-se omissos na responsabilidade que assumem durante o processo de admissão, quando são bem orientados da necessidade do familiar estar presente.

S1: É aquilo que a gente vem falando o P6 com estímulo ele vai, coopera, transpirou na sexta feira. A esposa também não veio e ele também nem fica assim... contrariado, chateado por ela não ter vindo, parece que isso até já faz parte da rotina da vida dele, tem uma certa liberdade de ficar perto da gente e mostrar a encrenca familiar que ele tem.

22- Expectativa do paciente quanto à sua melhora

Verifica-se nas falas que por pior que esteja as condições do paciente, e que por mais comprometido que ele esteja em suas limitações, sempre há um desejo de melhora, até mesmo por ele estar todos os dias no movimento de ir e vir de casa e de permanecer durante todo o dia em contato com outras pessoas, muitas vezes tão mais comprometidas que ele.

S1: "... e tiveram uma decisão de não voltar pra Barretos, decidiram não voltar, aí eu até perguntei pra ele como é que era essa coisa de eles irem pra lá, onde eles iam morar?

S5: Será que eles decidiram ficar porque ele melhorou?

S1: Na verdade ele justifica mais pelo problema de saúde, ele acha que ele aqui, ele tem bastante assistência, lá ele não vai ter. Então eles perceberam que com toda esta assistência que ele tá tendo e ele melhorou, ficar por aqui...

23- Paciente tem interesse em se proteger

Verifica-se nas falas que embora o paciente esteja comprometido com os sintomas da doença mental, acata as orientações das equipe quanto aos cuidados com outras doenças.

S1: "...na sexta feira ela tava aí num sala, fala com o D., os dois cochichavam e me chamaram. Aí ela queria camisinha. ...Hoje eu fui perguntar pra ela como é que tinha sido. Ela disse : -Olha, eu pensei bem e achei melhor não sair com ninguém. -Eu achei melhor não sair com ninguém, não vou entrar em rolo, não."

24- Paciente recebe ajuda de outro paciente

Verifica-se, nas falas, no contato e na interação entre os pacientes que há uma percepção entre todos quanto ao comportamento e sintomas apresentados.

S9: "...tá bem..., ele tem um pouco de medo de andar sem o andador, mas o D.(P10) conversando com ele... O D. (P10) puxou o andador e ele foi até o andador sozinho."

25- Paciente planeja suas atividades após alta definitiva

Verifica-se nas falas que o paciente ao perceber sua melhora, inicia com o estímulo da equipe um planejamento de alta e atividades para sua vida.

S1: "Ele chegou muito animado tanto ontem, quanto hoje, porque ele conseguiu um emprego em Serra Azul, conforme ele queria...Ele foi até lá, já acertou a papelada, vai conseguir transporte, gasolina paga de graça e um salário..."

26-Paciente está em condições de permanecer em dias alternados

Verifica-se nas falas que quando o paciente se prepara para sua alta definitiva, juntamente com a equipe escolhe os dias para ficar em casa para ir se envolvendo com atividades externas.

S1: "A P7, tô vendo que ela chegou aí, faz um tempinho. Ela tá com alta prevista, pra?"

S12: Pra esta sexta feira, na quinta feira ela não vem, porque ela vai tá recebendo uns missionários lá da igreja dela e ela queria na outra sexta feira, mas já tinha combinado comigo..."

27- Esclarecimento ao paciente sobre o tratamento

Verifica-se nas falas que todos os pacientes ao serem admitidos recebem orientações e esclarecimentos sobre o tratamento, com objetivo de facilitar a aderência. Em caso de resistência há um empenho maior da equipe.

S10: " Foi combinado ontem entre eu e ele, dele tomar o haldol em gotas, ele contou pro pai e o pai achou bom.

S3: Eu acho que ele... a gente tem que conversar com ele antes de fazer as coisa, aí ele aceita.

S9: É, aí ele aceita.

S10: *Explica o que é, que é, pra quê, que é.*

S3: *Aí, ontem eu mostrei os pedidos, aí eu falei, óh! Isso é pra fazer um chec-up, vai ser muito bom, você não vai pagar nada, não dói.”*

28-Esclarecimento ao familiar sobre sua participação no tratamento

Verifica-se nas falas que na compreensão dos familiares, quando o paciente se interna torna-se responsabilidade da equipe. Costuma ser necessário uma orientação com relação à participação da família nesse processo.

S4: *É, ele veio ontem, porque disse que tinha que tratar um negócio no Wal Mart, tanto que nem entrou, trouxe ela e foi embora. Eu fui procurar ele, ele não tava aí né? Aí depois ele entrou e conversou, ele já queria que ela viesse hoje sozinha, de ônibus. Falei não, não é assim, tá certo que com o tempo a gente pode até liberar, ver se ela pode vir, mas agora o tratamento é com a família junto.*

29-Melhora do auto cuidado

Verifica-se nas falas que os pacientes recebem estímulos por todos elementos da equipe para melhorarem o auto cuidado, em reuniões gerais e aquelas que abordam exclusivamente esse tema.

S1: *...”Chegou com a roupa arrumadinha, cabelo penteado, a pele dele tá melhor” .*

30- Medo que o paciente tem da alta

Verifica-se nas falas que o paciente recebe da equipe um suporte durante o tratamento. Normalmente ao se preparar para a alta definitiva, sente-se inseguro e desprotegido, sendo necessário uma cautela da equipe nessa fase delicada.

S10: *“ Na hora que eu falei pra ela que a gente podia postergar a alta dela, não sei se vocês notaram, mas ela melhorou, já ficou mais tranqüila, eu acho que essa ansiedade é parte também da possibilidade de alta.”*

31- Paciente não chegou hoje- Ausência do tratamento

Verifica-se nas falas que há pacientes que se ausentam do tratamento por motivo não aparentes ou outras impossibilidades.

S1: “ A P9 tá muito bem, ainda não chegou; não sei se ela vem hoje, porque o ônibus de Sertãozinho já veio.

32- Um outro paciente faz comentários à respeito de P2

Verifica-se nas falas que os pacientes interagem entre si no hospital e há aqueles que compartilham suas vidas fora do hospital.

S1: “ O P10 veio me falar ela (P2) mente muito pra gente, que faz muito tempo que ela tá morando sozinha, que ela não tá morando com a mãe, que ela não gastou só duzentos reais, ela já gastou mais de duzentos reais, que tem um cara que trabalha aqui neste restaurante, que é irmão do ex-marido dela e que é caso dela, e que este cara abusa assim...dela assim...do tipo quando ela recebe, ele fica ligando e ela acaba pagando as coisas pra ele...”

33-Alta definitiva hoje

Verifica-se nas falas que as altas definitivas são programadas e lembradas por que há atividades direcionadas para sua despedida.

S1: “ O P3 tá de alta pra hoje, ainda não chegou.

S4: Não chegou? “

34- A família faz planos para melhorar o convívio entre si

Verifica-se nas falas que as famílias recebem orientações para tomarem atitudes no sentido de melhorar, inclusive o convívio que geralmente está conturbado, e é causa de atritos no relacionamento.

S11:”...e eu questioneei, ele fala que ir pro quarto é uma fuga e quando ele tá fora, ele fica igual ele era antes, agora chegou em casa muda tudo por causa do ambiente, quer dizer do pai.

S9: Ele tá fora de casa, realmente é o P3 de antes, seguindo os irmãos, quando entra dentro de casa...não é?

S1: *É interessnate...a mãe tem intenção de mudar, excluir esse homem de casa.”*

35- A família não aceita a doença do paciente

Verifica-se nas falas que a equipe trabalha com a família pontuando a sintomatologia do paciente e mostrando aos familiares as manifestações das doenças, bem como, dando dados de realidade em função de suas expectativas.

S4:” *Ela justificou assim...que ela entende, diz que tá aceitando, mas ela não aceita gente. Na reunião ficou claro que ela não aceita a doença do P14. Ah! Mas porque esse desânimo? Ele tem que se ajudar. Dona M., isso é sintoma da doença, dona. Já não foi falado isso pra senhora? Ele tem dificuldade de começar as coisas.”*

5 DISCUSSÃO GERAL

A passagem de plantão tradicional, realizada pelo pessoal de enfermagem nos diversos hospitais, tem como característica básica transmitir as informações que estes elementos têm dos pacientes que cuidaram, em um período de trabalho para a equipe que irá substituí-los no período subsequente, ou seja, o pessoal que sai do plantão, passa esse plantão para o pessoal que entra, o qual tem a responsabilidade de dar a continuidade ao trabalho (Magalhães et al, 1997).

A Reunião de Passagem de Plantão de Enfermagem, desenvolvida no Hospital-Dia e objeto do presente estudo, tem também a característica de transmitir informações dos pacientes, mas, não só as informações que o pessoal de enfermagem detém, e sim, as informações que toda a equipe multidisciplinar possui sobre os pacientes. Desta forma, trata-se de uma passagem de plantão não tradicional, realizada pela enfermagem, mas não somente para a enfermagem, e sim, envolvendo toda a equipe referida.

Uma pergunta que poderia surgir quando se refere a RPPE é o porque ser uma reunião de passagem de plantão de enfermagem, se ela se propõe a reunir toda a equipe interdisciplinar do Hospital-Dia. A resposta está exatamente na modificação que entende-se ter acontecido com essa atividade, ou seja, ela transcendeu do seu original pela necessidade particular de uma unidade de assistência psiquiátrica e se consolidou através do tempo como sendo uma atividade extremamente útil na assistência a que se propõe o Hospital-Dia. Não se trata, portanto, de uma reunião de equipe, porque ela não tem o objetivo de discutir os assuntos da equipe, mas sim, trocar informações sobre pacientes.

Um aspecto importante de ser salientado e que caracteriza a citada evolução, é exatamente a participação da equipe interdisciplinar na RPPE e a abertura da enfermagem para isso. Essa equipe marca presença constante, ou seja, nos dias programados para o seu acontecimento, vários de seus integrantes estão presentes e isso dá a ela uma condição especial, pois garante informações dos seus diversos segmentos. Outra condição especial que pode ser citada é o fato dela não se constituir em uma reunião de equipe, mas, de certa forma, proporcionar constantemente um grande encontro, e isto se configura em um fator muito importante na assistência psiquiátrica, onde uma equipe bem articulada tem um papel de importância ímpar. Deve-se entender que uma equipe interdisciplinar não se constitui apenas pela somatória de profissionais diversos, pois isso caracterizaria apenas grupos que não se

fundamentam em equipe, (Lourenço et al, 2000), mas, pela articulação de seus trabalhos (Campos, 1992).

Verifica-se que na RPPE houve uma constante troca de informações entre as diferentes categorias profissionais que se caracteriza em um freqüente receber e dar, isso exigindo um aprendizado no sentido de utilização de um vocabulário compreensível para todos, pois há diferenças marcantes de níveis de conhecimento entre as citadas categorias, em termos de tempo de experiência na área, diferentes modalidades e também diferenciação em termos de profissionais técnicos e de apoio.

Pode-se dizer que, a RPPE funciona também como uma aula, pois que os que são detentores de um conhecimento maior, pode, neste momento, também, transferir esse conhecimento aos que ainda estão em processo de formação ou aprendizado de formas geral. Nesse sentido, é importante ressaltar que as informações devem ser claras, buscando o entendimento geral, pois, todos, nesse momento, podem ter informações importantes para a assistência do paciente.

Na RPPE, verifica-se também que os estagiários, ou a parte móvel da equipe interdisciplinar, tem menos experiência na área psiquiátrica, falando assim pouco e colocando-se numa postura de receptores, isso não significando menos interesse, e sim, processos de ensino/aprendizagem característicos de unidades que têm função de ensino, como o HD.

Na RPPE a mensagem é transmitida de forma oral e pode ser considerado como um privilégio o fato de não haver plantões, ou seja, a equipe não transmite informações para outra equipe de um outro turno, não havendo assim, riscos de distorções de assuntos. A equipe procura transmitir suas informações da maneira mais correta possível, para que possa realmente contribuir na assistência ao paciente e isso ocorre em um ambiente agradável onde as trocas de informações tem grande chances de serem bem compreendidas por todos. Isso vai ao encontro dos dizeres de (Carnio et al, 1988), que refere que na comunicação faz parte todos os relacionamentos pessoais e atividades do ser humano, proporcionando meios para que o homem possa viver e trabalhar em conjunto, e quando ocorre no hospital a comunicação se reveste de maior importância porque dela depende a qualidade do cuidado a ser oferecido ao paciente. Importante destacar o profissional de enfermagem, por ser ele também o coordenador e responsável pela RPPE do

Hospital-Dia, no sentido de ser entendido como um comunicador por excelência, tendo, inclusive, a comunicação como instrumento de trabalho (Rezende, 1976).

Em relação à sua proposta de observar, evoluir e tomar decisão sobre os pacientes, a RPPE cumpriu com propriedade o seu papel.

Outro fato que merece destaque são as vinte reuniões gravadas e o momento que isto aconteceu. Elas foram suficientes para a confirmação da eficiência da RPPE, pois abarcou um período de tempo de novembro de 2002 a dezembro de 2003, considerado suficiente para que as diversas variações que normalmente ocorrem em uma equipe de trabalho tenham chances de ocorrer. Nessa equipe, particularmente, por estar inserida em uma unidade que também se presta ao ensino, foi escolhido um período em que não houvessem riscos de entradas e saídas de integrantes estagiários e criação de vieses no estudo.

Destaca-se que, esse período, foi importante também para que houvessem oportunidades de incluir no estudo pacientes com diferentes diagnósticos tanto com seu tratamento no início quanto com o seu tratamento em andamento, ou ainda, pacientes já em fase de alta. A RPPE constituiu-se também em um momento único para a obtenção de um perfil geral de cada paciente em tratamento no HD, devido às articulações das informações fornecidas pela equipe.

Assim sendo, os pacientes foram minuciosamente observados obtendo-se amostras dos comportamentos apresentados e expostos por todos com objetivo de comparar aos comportamentos anteriores e aos apresentados em outras situações, para uma visão mais compreensiva do paciente, visto que algumas situações não vivenciadas por todos da equipe, podem, ao serem relatadas na RPPE vir ao conhecimento geral e cada um utilizar da melhor maneira possível nas atividades que é de sua responsabilidade no leque de atividades estabelecidas como rotineiras no HD.

Cada caso tornou-se foco de vários olhares interdisciplinares, e a RPPE proporcionou abertura para articulações de dados obtidos por todos em situações diferentes, podendo, desta forma, compor uma idéia mais ampla quando direcionam saberes para um objetivo terapêutico comum, acolhedor e produtivo, trazendo, inclusive, a equipe interdisciplinar uma satisfação coletiva em momentos de melhora do paciente e a sua condição de alta.

6 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos e discutidos neste trabalho permitiram as seguintes conclusões:

- As RPPE estruturam-se como fórum de integração dos técnicos e caracterizaram-se por serem um grande encontro diário, que tem a participação de várias categorias profissionais que se propõem em oferecerem e receberem trocas de informações sobre o perfil de cada paciente em tratamento.
- Configurou-se como um momento único, em que o enfermeiro agiu como facilitador para haver trocas sobre as observações e evoluções dos pacientes nos diversos segmentos e contextos do HD-HCFMRP-USP.
- A RPPE possibilitou elaborar um plano de assistência específico a cada paciente, que pode ser modificado diariamente de acordo com as necessidades percebidas através do exame geral feito por todos elementos da equipe.
- Verificou-se que nas trocas de informações que ocorreram na RPPE obteve-se direcionamento de abordagens de situações delicadas e manejos terapêuticos difíceis com os pacientes.
- Obteve-se, através da RPPE, uma idéia mais clara sobre o comportamento de cada paciente e pode-se perceber melhor a atmosfera geral do ambiente do hospital.
- Na RPPE, apareceram convergências e divergências entre os profissionais da Equipe Fixa e Equipe Móvel, e na própria RPPE, obteve-se acertos e afinamentos de opiniões que direcionaram para um único sentido terapêutico.
- A RPPE mostrou-se uma reunião privilegiada por não sofrer riscos de distorções de informações em função da inexistência de mudanças de turnos, por isso, ela difere das reuniões tradicionais de enfermagem.

- Verificou-se que é uma reunião enriquecida pelas tomadas de decisões de imediato frente às ocorrências apresentadas.
- Constatou-se o envolvimento de várias categorias profissionais, com marcantes diferenças de nível de conhecimento técnico e tempos de experiências na área, onde acontecem trocas evidenciando-se ensino/aprendizado.
- A RPPE possibilitou constatar as diversas ocorrências de variações que acontecem em um grupo que cicla e que objetiva obter uma visão ampla do paciente abrangendo seu estado geral segundo visão de todos.
- Na RPPE, observou-se uma participação maior dos elementos da equipe fixa que os elementos da equipe móvel, isso demonstra que a equipe fixa por sua experiência maior tem mais habilidades na interação com os pacientes, podendo obter mais dados do comportamento geral apresentado pelos pacientes.
- Observou-se que em função das várias atividades existentes simultaneamente à RPPE, o número de participantes de cada reunião foi variável.

Anexo 2

Quadro 25 - Número de participantes (terapeutas fixos e terapeutas móveis) em cada RPPE.

RPPE	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a	19 ^a	20 ^a
Dias da Semana	2 ^{af}	3 ^{af}	4 ^{af}	6 ^{af}	2 ^{af}	3 ^{af}	4 ^{af}	6 ^{af}	2 ^{af}	3 ^{af}	4 ^{af}	6 ^{af}	2 ^{af}	3 ^{af}	4 ^{af}	6 ^{af}	6 ^{af}	2 ^{af}	3 ^{af}	4 ^{af}
Terapeutas fixos	5	6	5	7	4	3	5	4	5	6	5	5	5	5	5	4	4	5	3	3
Terapeutas móveis	5	5	4	4	3	6	5	2	4	4	3	2	2	2	2	3	1	4	2	4
Total de terapeutas	10	11	9	11	7	9	10	6	9	10	8	7	7	7	7	7	5	9	5	7

Verifica-se que o número de elementos da equipe que participaram de cada reunião foi variável, o que pode ser decorrente da necessidade de interar-se dos casos e informar aos demais elementos situações vivenciadas individualmente. Essa flutuação no número de participantes também é indicadora da existência de outras reuniões que acontecem simultaneamente à RPPE.

Quadro 26 - Número de falas de participantes Terapeutas Fixo (TF) e Terapeuta Móvel (TM) em cada RPPE.

RPPE	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª
Dias da Semana	2ªf	3ªf	4ªf	6ªf	2ªf	3ªf	4ªf	6ªf	2ªf	3ªf	4ªf	6ªf	2ªf	3ªf	4ªf	6ªf	6ªf	2ªf	3ªf	4ªf
Falas (TF)	63	92	82	87	26	37	44	41	31	65	77	39	44	63	77	87	107	71	43	93
Falas (TM)	31	37	45	22	7	23	26	17	11	30	28	4	11	30	37	32	0	12	42	75
Total de Falas	94	129	127	109	33	60	70	58	42	95	105	43	55	93	114	119	107	83	85	168

A participação verbal dos componentes da equipe interdisciplinar do HD no período do presente estudo apresentado no quadro 26, mostra que os elementos da equipe fixa tiveram mais colocações verbais que os da equipe móvel, o que se justifica pelo número de participantes e pelo fato dos terapeutas fixos serem coordenadores do maior número de reuniões dentro do programa de assistência do HD podendo, deste modo, ter mais informações à respeito dos pacientes.

Quadro 27 - Número de pacientes examinados em cada RPPE.

RPPE	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª
Dia da Semana	2ªf	3ªf	4ªf	6ªf	2ªf	3ªf	4ªf	6ªf	2ªf	3ªf	4ªf	6ªf	2ªf	3ªf	4ªf	6ªf	6ªf	2ªf	3ªf	4ªf
Nº de Pacientes Examinados	10	10	10	10	8	10	10	10	11	11	11	10	10	11	11	11	9	8	9	9

Verifica-se que todos os pacientes que estavam em tratamento no HD foram examinados todos os dias sem exceção, havendo uma variável de dia para dia em função das altas definitivas ou ausências por outros motivos.

Anexo 3

Quadro 29 - Dados dos pacientes examinados na coleta de dados

Dados/ Paciente	Sexo	Idade	Estado Civil	Cor	Procedência	Religião	Ocupação/ Profissão	Diagnóstico	Tempo/ Semi- internação
P1	M	35	Solteiro	Branco	Rib. Preto	Espírita	Médico	Depressão	1mês/14dias
P2	F	48	Desquitado	Mulato	Rib. Preto	Católico	Aux.Enfermagem	Depressão	3meses/23 dias
P3	M	20	Solteiro	Branco	Rib. Preto	Católico	Empacotador	Esquisofrenia	1mês/14 dias
P4	F	22	Solteiro	Branco	Rib. Preto	Católico	Garçonete	T. Bipolar	2mês/12 dias
P5	M	42	Casado	Negro	Rib. Preto	Católico	Encarregado Obras	Depressão Psicótica	2meses/19 dias
P6	M	40	Casado	Branco	Rib. Preto	Evangélico	Gerente de Farmácia	Depressão	2meses 19 dias
P7	F	39	Desquitado	Branco	Rib. Preto	Católico	Vendedora	Depressão	2meses/02 dias
P8	F	15	Solteiro	Branco	Pitangueiras	Católico	Estudante	Transtorno de Personalidade	1mês/28 dias
P9	F	29	Casado	Branco	Sertãozinho	Católico	Do Lar	Depressão	2meses/18 dias
P10	M	39	Solteiro	Branco	Orlandia	Católico	Aposentado	TOC	3meses/07 dias
P11	M	28	Solteiro	Branco	Rib. Preto	Católico	Caixa Supermercado	Depressão	2meses/04 dias
P12	M	34	Casado	Branco	Rib. Preto	Católico	Bancário	Depressão	07 dias
P13	M	20	Solteiro	Branco	Rib. Preto	Católico	Estudante	Esquisofrenia	1mês
P14	M	27	Solteiro	Branco	Sertãozinho	Espírita	Estudante	Esquisofrenia	4 meses/02 dias
P15	F	45	Solteiro	Branco	Rib. Preto	Católico	Aux. Enfermagem	T. Bipolar	3 meses/13 dias
P16	F	41	Casado	Branco	Orlandia	Católico	Comerciante	T. Bipolar	2meses/27 dias

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALINÕ, L. I. **El Hospital de Dia (experiencia en la creación de dos centros de este tipo)**. Editora Ediciones Sandoz, noviembre, 27 y 28 de 1976, p. 90-91
2. ANGERAMI, E.L.S.; MENDES, I.A.C.; PEDRAZZANI, J.C. Análise crítica das anotações de enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 28-37, 1976.
3. AZOUBEL NETO, D. **Organization and function of a day hospital for psychiatric patients.**/ New Letter/. A day treatment centers, v.2, n.1, p.15-19, 1966.
4. BEREINSTEIN, I. **Família e Doença Mental**. Trad. De Adriana Friedmann, São Paulo, Editora Escuta Lta: 1998, p. 57.
5. BLAYA, M. Conceitos e indicações do Hospital- Dia Psiquiátrico. **Rev Assoc. Med. Rio Grande do Sul**, v.4, n.3, p.64-68, 1960.
6. BOTEAGA, N.J.; DALGALARRONDO P. **Saúde Mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico**. São Paulo, Editora Hucitec, 1997.
7. CAMACHO, A. C.L.F. A Gerontologia e a Interdisciplinaridade... **Rev Latino- americana de Enfermagem** v.10, n.2, p. 229-233, 2002.
8. CAMPOS, M.A. **O Hospital Dia como alternativa assistencial em psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares**, 1986, 153 f. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
9. _____. Experiência de trabalho em uma equipe multidisciplinar de um Hospital-Dia psiquiátrico universitário: reflexões sobre dinâmica de grupo. **Rev. ABP-APAL**, v.10, n. 1, p. 30-34, 1988.

10. _____. O trabalho em equipe multiprofissional. Uma reflexão crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 41, n.6, p. 255-257, 1992.
11. _____.; CONTEL, J.O.B. Reuniões Comunitárias em um Hospital Dia Psiquiátrico Universitário: implantação e análise preliminar da experiência. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v18, n 4, p.11-16, 1996.
12. CARTER, B.; M. C. GOLDRICK, M., **As Mudanças no ciclo de vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar**, São Paulo: editora, 1995, P.12.
13. CARNIO, E. C. et al. A Comunicação na Passagem de Plantão em Unidade de Internação Pediátrica. **Anais do 1º Simpósio Brasileiro em Enfermagem. Sibracen**. Ribeirão Preto, maio de 1988.
14. CASTRO, R. B. R.; SILVA, M. J. P. A Comunicação Não-Verbal nas Interações Enfermeiro-Usuário em Atendimentos de Saúde Mental. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.9, n.1, p. 80-87, 2001.
15. CERQUEIRA, L.R. **Psiquiatria Social: problemas brasileiros de saúde mental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1984.
16. CHAVES, E. H. B. Aspéctos da Liderança no Trabalho do Enfermeiro. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 53-58, 1993.
17. CONTEL, J. O. Quinze anos de Hospital Dia: contribuição ao estudo da prática terapêutica, psicoterapia de grupo e princípios psicanalíticos em hospital psiquiátrico no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 40, n.4, p. 163-169, 1991.
18. _____.; BENZATO, C. M.; ODA, A. R. Hospital Dia. In. BOTEGA, N. J. (Orgs). **Serviços de saúde mental no hospital geral**, p. 83-94, 1995.

19. CORNIANI, F.; GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O. Liderança e Comunicação: Opinião dos Enfermeiros Responsáveis pelos Serviços de Enfermagem de um Hospital Governamental. **Rev. Esc. Enfermagem. USP**, v.34, n. 4, p. 347-53, 2000.
20. DURÃO, A. M.S. **Grupo de Acompanhamento de Pacientes Portadores de Esquiosfrenia Medicados com Clozapina e de seus Familiares: o impacto sobre o cotidiano de suas vidas**. 2004. 147 f. Tese (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
21. FILHO, J.P.Q. Reflexões sobre a equipe psiquiátrica sininímia: Equipe de Saúde Mental. Equipe Psiquiátrica Multidisciplinar, Equipe de Profissionais de Saúde Mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.42, n.9, p. 469-481, 1993.
22. FUREGATO, A. R. **Relações Interpessoais Terapêuticas na Enfermagem**. Ribeirão Preto: Scala, 1999.
23. JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
24. KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C.; MIRON, V.L. Resgatando práticas reformistas de atenção em psiquiatria e saúde mental no Rio Grande do Sul, **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre: v.23, n.2, p. 16-26, 2002.
25. LOURENÇO, M.R.; ZBOROWSKI, I.P; TREVIZAN, M.A. Comunicação como meio de promover saúde. **7º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 7º Sibracen, 2000**.
26. LUNARDI, V.L.; MALHEIRO, A.D.; CAURIO, D. P.; FILHO, W. D. L.; CHAPLIN, M. J. Problemas no Cotidiano do Trabalho e sua Relação com o

- Cuidado de Si e o Cuidado do Outro **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.21, n.2, p. 125-140, 2000.
27. MAGALHÃES, A.M.; PIRE, C.S.; KERETZKY, K.B. Opinião de Enfermeiros Sobre a Passagem de Plantão. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**., Porto Alegre, v.18, n.1, p.43-53, 1997.
28. MELLO, R. A questão da interdisciplinaridade no dia-a-dia da enfermeira que atua em centros de atenção diária de saúde mental. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v.51, n.1, p.19-34, 1998.
29. MENDES, I.A.C.; ANGERAMI, E.L.S.; PEDRAZZANI, J.C. Análise Crítica do Processo Decisório de Enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.30, n. 1, p. 406-411, 1977.
30. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4^a ed. São Paulo: Hucitec –0, p. 210-211, 1996.
31. MIRANDA, A. C. S.; TEIXEIRA, M. S. L.; SANTOS R. B.; TELES, R. M. Expectativa dos clientes hospitalizados frente ao relacionamento com a equipe de enfermagem. **Rev Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 2, p. 183-196, 1997.
32. MOREIRA, L. C. **A Passagem de Plantão enquanto Processo Comunicativo**. 1989. 167 f.Tese (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
33. MORENO, V. **Processo de Desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica**, 1995. 227f. Tese (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
34. MOTTA, F.L. **Psicoterapia de grupo com casais em Hospital Dia segundo as percepções dos pacientes e seus cônjuges**. 2001, 239f Tese (Mestrado) -

Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

35. MUNARI, D.B. Processo Grupal em Enfermagem: Possibilidades e Limites. **Rev Bras. Enfermagem**, Brasília. V. 50, n.1, p.37-52, 1997.
36. NOGUEIRA, M. S. **Incidentes críticos da passagem de plantão**. 1988. Tese (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
37. OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N.P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: Contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino americano de Enfermagem**, v.11, n.3, p.333-40, 2003.
38. OSINAGA, V.L.M. e FUREGATO A.R. Construção e validação de uma escala de medida de opinião-EMO sobre saúde e doença mental. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.52, n.2, p.195-204, 1999.
39. PEDRÃO, L. J. **Avaliação da Escala de Observação Interativa para Pacientes Psiquiátricos Internados Aplicada Rotineiramente em uma Unidade de Psiquiatria de Hospital Geral**. 1997.137f Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
40. PEDUZZI, M. **O Trabalho Multiprofissional em saúde: questões teóricas e conceituais**. Texto apresentado no I Encontro dos Programas de Aprimoramento Profissional- Fundap, São Paulo., set- 1999. (Mimeo).
41. PEREIRA, M.A.O.; SCATENA, M. C.M.; LABATE, R.C. O Tempo Vivido e o Sofrer Psíquico: a percepção de paciente psiquiátricos. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.132, 225-230, 2001.

42. PIROLO, S. M.; CHAVES, C.E. A Equipe de Enfermagem e o Mito do Trabalho em Grupo. **Rev. Esc. Enfermagem da USP**, v.36, n.4, p.351-357, 2002.
43. RAIMUNDO, A.M.G.; BANZATO, C.E.M.; SANTOS V.A.; PALMIERI, T.C. Hospital-dia em psiquiatria: revisão dos últimos cinco anos da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro: v. 43, n. 4, p. 205-211, 1994.
44. REZENDE A.L. M. O Processo de Comunicação como Instrumental de Enfermagem. **Enfermagem em Novas Dimensões**, v.2, n.2, p. 98, 1976.
45. RODRIGUES, R. M.; SCHINEIDER, J. F. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Rev. Latino Americano de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.3, p.33-40, 1999.
46. SCHERER, E. A. **Estudo de reuniões de equipe geral em um Hospital Dia**- 1999. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
47. SHIRAKAWA, I; CHAVES, A.C; MARI, J..J. **Programa de Esquisofrenia – UNIFESP – EMP**, São Paulo: Lemos Editorial, 2001, p.222.
48. SILVA FILHO, J.F. da **A medicina, a psiquiatria e a doença mental**. In: TUNDIS,S.A., COSTA, N.R. (org) . **Cidadania e Loucura: política de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987. 31p.
49. SOUZA, M.L.R. , **O Hospital:um espaço terapêutico?**, 1992. Percurso, n.9, p.27
50. STEFANELLI, M. C. Ensino de técnica de comunicação terapêutica enfermeira-paciente – parte I. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.20, n.2, p.161-183,1986.

51. TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. Trad: Dayse Batista. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 77 p.
52. TRAVELBEE, J. **Intervención en Enfermería Psiquiátrica**. Cali, Colombia: Talleres Graficos de Carvajal, 1979, 42 p.
53. ZOEHLER, K.G.; LIMA, M. A D. S. Opinião dos Auxiliares de Enfermagem Sobre a Passagem de Plantão. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 110-124, 2000.
54. ZUSMMAN, J. A. Hospital Dia: Uma perspectiva teórico - crítica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.41, n. 8, p.393-398, 1992.