ANA CELESTE DE ARAÚJO PITIÁ

O ENFERMEIRO E SEU COTIDIANO
CENAS DE UM MANICÔMIO

Dissertação de Mestrado
apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem
Psiquiátrica.

Ribeirão Preto
1997

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

O ENFERMEIRO E SEU COTIDIANO
CENAS DE UM MANICÔMIO

Dissertação de Mestrado
apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem
Psiquiátrica.

Autora: Ana Celeste de Araújo
Pitiá.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Graciette
Borges da Silva

Ribeirão Preto
1997

“A vida cotidiana é a vida de todo homem. Ninguém consegue identificar-se com sua atividade humano-genérica a ponto de poder desligar-se inteiramente da cotidianidade. E, não há nenhum homem, por mais ‘insubstancial’ que seja, que viva tão-somente na cotidianidade, embora essa o absorva preponderantemente. O homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela, colocam-se ‘em funcionamento’ todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, sua habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, idéias, ideologias.”

Agnes Heller.

SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUÇÃO	8
<i>A proposta de investigação</i>	14
<i>Os objetivos</i>	16
CAPÍTULO I O COTIDIANO DO ENFERMEIRO	18
CAPÍTULO II O CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO	52
<i>Os princípios da pesquisa qualitativa</i>	52
<i>O campo da pesquisa</i>	57
- <i>o município</i>	57
- <i>o hospital</i>	63
<i>Os sujeitos da pesquisa</i>	70
<i>Fases da pesquisa</i>	73
<i>As entrevistas</i>	78
<i>A análise</i>	80
CAPÍTULO III A DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
<i>As atividades dos enfermeiros</i>	84
<i>As relações entre os sujeitos</i>	113
- <i>Os enfermeiros e os demais profissionais da assistência</i>	113
- <i>O olhar dos dirigentes</i>	119
CAPÍTULO IV CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
ANEXOS	132
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	139
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	143

RESUMO

Este trabalho é resultado de uma pesquisa do tipo estudo de caso, realizada em um macro-hospital público psiquiátrico de uma cidade do interior do Estado da Bahia. Enfoca o desenvolvimento das atividades dos enfermeiros no cotidiano institucional, suas formas de lidarem com as situações e as relações sociais estabelecidas com os demais profissionais de saúde que trabalham no hospital. Como docente da disciplina Enfermagem Psiquiátrica, tenho relação direta com o local, acompanhando estágio de estudantes de enfermagem, haja vista o convênio firmado entre a Secretaria de Saúde do Estado e a Universidade Estadual de Feira de Santana, a qual pertença. Procedi a um recorte do campo, delimitando o espaço de um Pavilhão de internamento masculino. Como estratégia de levantamento dos dados utilizei a observação participante, entrevista semi-estruturada com os enfermeiros e demais membros que com ele convivem no dia-a-dia de trabalho, além de alguns documentos importantes na contextualização do trabalho desse profissional. Procedi a apresentação das atividades dos enfermeiros, estabelecendo a trama entre eles e deles com os demais profissionais da saúde. Observei uma grande concentração de suas tarefas em torno dos fazeres burocráticos, além de ver evidenciada a figura do paciente como *intercorrências* a serem resolvidas, denotando a visão que têm do doente mental. Na convivência com os outros profissionais, vêm-se como *centro*, apesar de essa visão nem sempre ser compartilhada por esses. Pelos dirigentes, o enfermeiro é visto como o grande *contornador de situações*, o que o coloca em uma posição politicamente conveniente na manutenção dos interesses majoritários. Nesse hospital, o profissional enfermeiro ocupa diversas funções hierarquicamente estratégicas junto à Diretoria, com a qual mantém contato direto e diário. As condições em que vivem os pacientes da instituição são extremamente precárias e degradantes para qualquer ser humano. A falta de prioridade dada à política de saúde mental no Estado contribui fortemente para a manutenção do modelo assistencial tradicional, ainda implementado nesse hospital.

ABSTRACT

The following study is the result of a case report held at a public psychiatric hospital of a city in the State of Bahia-Brazil. We focus on the development of nurses' activities in the institutional routine and on their ways of dealing with situations and social relations with the other health professionals working at that hospital. Being a professor in the Psychiatric Nursing field at Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), I have direct contact at that hospital due to nursing students' training (as a result of a partnership between the State Health Bureau and UEFS). We have made a field sampling by taking one male, in-patient ward. We have used, as data-collecting strategy: participative observation, semi-structured questionnaires applied to the nurses and other staff members who share daily work with them, and some documents which are important for contextualizing the work of such professionals. We have presented the nursing tasks by establishing their connections among nurses themselves and between nursing and other health professionals. We have found great concentration of bureaucratic work among their tasks. Besides, we have found evidence of patients being considered *medical problems* to be solved, which expresses nurses' views of the mentally-ill. In the staff daily routine, nurses considered themselves as being the *core*. However, this issue was not so evident when we looked upon the other professionals' views. Administrators considered nurses as being great *situation managers*. This places nurses at a politically-convenient situation for keeping majoritative interests. At this hospital, nurses have various hierarchically strategic functions, close to the Board of Directors and having direct contact with them, daily. The living conditions of the patients in such institution are extremely poor and humiliating for any human being. The lack of priority given to mental health policies in this State of Bahia greatly contributes for the traditional assistential model, still playing at such hospital.

INTRODUÇÃO

Este trabalho é o resultado de um estudo sobre o cotidiano do enfermeiro, em um macro-hospital psiquiátrico, na cidade de Feira de Santana, no Estado da Bahia.

Minha relação direta com o referido hospital advém do período de estudante de graduação em Enfermagem quando, em 1985, realizei estágio na disciplina Enfermagem Psiquiátrica. Nesse período, também fiz a minha estréia no contato com o “louco”. Uma espécie de perplexidade e fascínio me impulsionou para que, no ano seguinte (1986), trabalhasse como bolsista naquela instituição; refiro-me, aqui, ao estágio remunerado para estudantes, proporcionado, através de seleção pública, pela Secretaria de Saúde do Estado, na época, o Instituto de Saúde da Bahia (ISEB).

Em 1990, aproximei-me novamente desse campo, quando fui admitida, através de concurso público, como professora da disciplina Enfermagem Psiquiátrica, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, passando a acompanhar alunos da graduação na instituição agora escolhida como o grande cenário deste estudo, que, para fins práticos de redação, será denominada pela sigla M.H.P. (Macro-Hospital Psiquiátrico).

A investigação empreendida pretendeu resgatar o profissional enfermeiro enquanto sujeito em relação com outros sujeitos que, ali, constroem parte de suas experiências de vida, onde situações conflitantes e de solidariedade se fazem presentes. Tais relações são estabelecidas entre o enfermeiro e pacientes, demais membros da enfermagem, outros profissionais da equipe de saúde e da administração, assim como também o pessoal de apoio.

A referência feita ao termo sujeito sugere a noção de um ser individual, real, que pratica toda e qualquer atividade no transcorrer da sua existência (FERREIRA,1986). Apresento, assim, o sujeito enfermeiro como objeto deste estudo, que se evidencia para ser apreendido em atividade, como um agente que constrói relações no seu contexto cotidiano de trabalho.

Lembro que as relações entre os homens são definidas pela comunicação e participação a elas inerentes e necessárias, sendo a vida humana essencialmente marcada pela convivência.(HORKHEIMER; ADORNO, 1973)

A diferenciação entre sujeitos e atores sociais é referida por COHN(1992). Ela comenta que **sujeitos** são aqueles que possuem algum projeto de transformação social, considerando-se uma ação pública na área da saúde como aquela requerida pela sua articulação com os demais setores sociais em que está presente todo um envolvimento num processo de transformação para toda a sociedade, denotando mudanças significativas na relação desta com o Estado. Quanto aos **atores sociais**, são aqueles que estão inseridos nas ações públicas propostas pelos sujeitos, enquanto personagens expostos à utilização dos serviços públicos de saúde.

A explicitação que faço sobre a noção de sujeito abarca também o que ora está colocado, porém, mais especificamente, refere-se àqueles que simplesmente atuam como proponentes de um projeto estruturado ou não.

Essa concepção ampla converge para as idéias de SADER (1995) quando se refere ao “sujeito novo”, compreendendo-o como aquele que é construído, sem que teorias prévias o definam como tal. Além disso, ele é coletivo e descentralizado, sem marcas da concepção burguesa de subjetividade, como “individualidade solipsista e monádica”, com “consciência individual e soberana” das quais partem ações livres, idéias e representações controladas pelo intelecto. Esses sujeitos, ainda, são considerados sociais pois, atuando em movimentos coletivos, definem-se e reconhecem-se mutuamente enquanto indivíduos, que até então se encontravam “dispersos e privatizados”. Embora coletivos, esses sujeitos não se apresentam como portadores da universalidade concebida a partir de uma organização específica, que os colocariam como meros objetos ou “engrenagem da máquina organizadora”.

Considero a vida cotidiana como a vida dos indivíduos, que tanto se relacionam com sua particularidade quanto com o seu caráter humano-genérico. Então, simultaneamente, são seres particulares e seres genéricos, no sentido de que unicidade e irrepetibilidade é caracterização dessa

particularidade social. HELLER(1992) considera nesse ponto de vista esses dois aspectos como fatos ontológicos fundamentais.

Nessa perspectiva, o enfermeiro psiquiátrico, no seu trabalho diário em um manicômio, participa da cotidianidade com os aspectos individuais relativos à sua personalidade, estando presentes o particular e o humano genérico. Coloca em funcionamento suas capacidades intelectuais, habilidades técnicas, sentimentos, ideologias e idéias, que permanecem em movimento dentro das possibilidades dadas.

O caráter humano genérico, bem como o de particularidade, relaciona-se com o movimento do indivíduo nas suas escolhas, no seu próprio modo de ser e viver, conotando um confronto relativo entre as escolhas dos sujeitos e as estruturas nas quais se inserem. Reporto-me ainda a Heller quando diz:

“Os choques entre particularidade e genericidade não costumam tornar-se conscientes na vida cotidiana; ambas submetem-se sucessivamente uma à outra do aludido modo, ou seja, mudamente”(HELLER, 1992, 23).

Compreendo, então, o enfermeiro como construtor de sua história na prática cotidiana de seu trabalho em um manicômio, composto fisicamente de pavilhões fechados e semi-abertos, nos quais a utilização de chaves e cadeados se faz presente em um tratamento centrado no uso de psicofármacos. Lembrando esses aspectos como condições dadas para o desempenho do trabalho do enfermeiro, destaco outra importante afirmação da mesma autora:

“A história é a substância da sociedade. A sociedade não dispõe de nenhuma substância além do homem, pois os homens são portadores da objetividade social, cabendo-lhes exclusivamente a construção e transmissão de cada estrutura social (HELLER, 1992, 2).

Desse modo, pretendo a apreensão do cotidiano do enfermeiro psiquiátrico, vendo-o como “substância da sociedade”, em ação numa realidade específica - a de um grande hospital psiquiátrico. Tal realidade mantém relação com determinações estruturais mais amplas, que se refletem dentro da instituição, através dos conflitos e das contradições a partir dos sujeitos que tendem a encontrar suas próprias formas de construir o cotidiano, lançando mão de atitudes políticas, resultantes de suas próprias experiências de vida, valores, crenças e visões de homem e de mundo.

Evidenciei esse profissional como categoria central do trabalho, na medida em que lhe é “imposta” a condição de “líder” da equipe de enfermagem. Essa equipe concentra um grande número de trabalhadores da área da saúde e o enfermeiro à frente desse contingente de trabalhadores deve estar posicionado estrategicamente em relação aos demais.

Refiro-me à “posição estratégica”, no sentido de ele ser um elo de comunicação entre equipe de enfermagem e as instâncias superiores da instituição, o que pode favorecer ou não o estabelecimento de importantes contribuições para possíveis mudanças ou manutenção da organização institucional.

Na realidade do M.H.P., as posições ocupadas pelos enfermeiros na hierarquia dessa instituição, ao assumirem cargos de chefia, de supervisão e assessoria, possibilitam-lhes um grande poder de decisão nas ações implementadas. O posicionamento estratégico do enfermeiro traduzido por sua colocação nessa hierarquia parece contribuir, em grande medida, para a forma como são conduzidas as rotinas hospitalares.

Chamo atenção para o fato de que o enfermeiro permanece grande parte do dia no hospital tendo maior oportunidade de contato com os pacientes, podendo proporcionar-lhes ação terapêutica, além de ter favorecido o exercício de seu papel de coordenador, face às relações de trabalho que se estabelecem.

O agente terapêutico comumente é considerado aquele profissional que, independente de sua formação acadêmica, coloca-se como um elemento de ajuda no relacionamento com quem dele necessite, especialmente nos serviços de saúde mental. Nesse entendimento, essa função poderia ser mais evidenciada nos enfermeiros que trabalham diretamente com a clientela das unidades de internação, especialmente nos chamados “pavilhões de agudos”, onde se confrontam com pessoas que, segundo classificação posta, estão em surto psicótico.

O enfermeiro, no estabelecimento de um processo terapêutico com o paciente psiquiátrico, estará agindo próximo de indivíduos que encontram dificuldades até mesmo para executarem pequenas atividades rotineiras como,

por exemplo, comer adequadamente, vestir-se, ou comunicar-se “eficientemente” com os outros. Dentro da perspectiva de sua função terapêutica, o enfermeiro poderá então servir de “modelo” na relação, desenvolvendo atividades que possam permitir àquelas pessoas em dificuldades condições para o restabelecimento do seu quadro clínico.(CUADRA; APALATEGUI, 1991)

Nesse contexto o enfermeiro estará, ainda, lidando com muitas outras atividades rotineiras relacionadas aos aspectos individuais do comportamento humano, ligados ao caráter cultural, pois que os usos e costumes, mesmo o simples modo de comer e de vestir, por exemplo, são resultados das capacidades adquiridas pelo homem, enquanto integrante da sociedade, configurando escolhas particulares sobre a maneira de viver o cotidiano.

No desempenho de atividades diariamente exercidas numa unidade de internação, o enfermeiro estabelece uma rotina de trabalho, na qual se evidenciam os aspectos de suas várias funções.

As rotineiras atividades dos enfermeiros possuem significados diferenciados para cada um deles. Na sua relação com os pacientes em um manicômio, numa unidade de internação, por exemplo, o enfermeiro vivencia conflitos emergentes das próprias desigualdades sociais, presentes nas relações. Entendo, então, que a partir da posição que o sujeito ocupa na sociedade como um todo, as desigualdades se configurarão e as tramas emergentes das relações entre enfermeiro, paciente e os profissionais com os quais convive diariamente se manifestarão pelas diferentes posições, pelos diferentes papéis assumidos.

Considerando o até então exposto, sinalizo para a questão que me estimulou a desenvolver o presente estudo: **como é o cotidiano do enfermeiro que trabalha em um manicômio?**

Face a esse questionamento geral, registro a necessidade da abertura para outras questões, uma vez que me dispus a estar estrategicamente presente na realidade manicomial.

- A proposta de investigação.

Penso estar tratando de um tema de relevância e interesse, olhando-o numa perspectiva de contribuição mais ampla, na medida em que busquei a construção de um conhecimento a partir da prática, numa relação de troca sujeito-sujeitos (“objeto”) de estudo.

Reconhecendo-me como sujeito diretamente imbricado com a realidade a ser estudada, esse comprometimento leva-me a pensar que pude interatuar com os demais sujeitos dessa prática, e refletir sobre ela na tentativa de apreender-lhe dimensões e significados peculiares.

Lembrando que os sujeitos são imprescindíveis na construção da realidade manicomial, fatores como boa vontade e compromisso profissional, apenas, não se constituem nos únicos elementos do processo dinâmico histórico-social mas são importantes “ingredientes” naquilo que entendo ser a chamada “vontade política”.

Falando sobre o rompimento da cotidianidade, que pode ser traduzido em transformações, PAULO NETTO e FALCÃO (1989), analisando o trabalho de Heller sobre formas de suspensão da vida cotidiana, comentam que é na singularidade que o indivíduo se reconhece partícipe da universalidade e, por um momento temporário, sente a plenitude existencial, a qual, obtida, *“...permite ganhos de consciência e possibilidade de transformação do cotidiano singular e coletivo.”*(1989).

Trabalhando na docência de graduação em enfermagem, constituo parte de uma instituição universitária. Nesse sentido, compreendo que a universidade deve se comprometer com o social, a partir dos sujeitos que a compõem. É importante a pesquisa, não apenas enquanto fonte de ensino-aprendizagem mas como construção de saberes numa perspectiva de contribuição para a formação de profissionais voltados para a concretude do real, auxiliando no imbricamento teoria-prática. Também destaco que uma investigação científica pode ser determinada pelas necessidades que se façam evidentes.

Não se trata, aqui, de superestimar a pesquisa, mas considero que ao me propor discutir a conformação de um cotidiano, estive trabalhando com

questões práticas relativas aos sujeitos nele envolvidos. Assim, a pesquisa tornou-se um instrumento relevante para apreensão do real, através de mecanismos de aproximação, que influenciaram e foram influenciados pelas transformações constantemente emergentes do próprio processo histórico.

- Os objetivos.

Considerando o objeto até aqui delineado, destaco como objetivos deste trabalho apreender as características do cotidiano do enfermeiro psiquiátrico no M.H.P., suas formas específicas de lidar com os conflitos e contradições emergentes nas tramas diárias daquele contexto institucional, que se evidenciam a partir das relações sociais estabelecidas cotidianamente entre os sujeitos.

Dessa maneira, interatuei com os sujeitos que influenciam e são influenciados por aquela realidade institucional, na construção de uma determinada prática de trabalho.

Considereei o trabalho do enfermeiro de uma forma crítica, como uma manifestação social e histórica de sujeitos que se confrontam, sendo o cotidiano construído por quem nele se insere, com suas crenças, valores e diferenças de classes sociais, configurados na multiplicidade de suas visões de mundo.

Nessa perspectiva, percebi ser imprescindível o exercício construtivo de uma concepção crítica do “real”, procurando relacionar, no manicômio, uma circunstância a inúmeras outras que se imbricam, fazendo emergir inúmeros processos conflituosos, dinâmicos, contraditórios e interdependentes.

Considero, então, este estudo, um ponto de partida para outros a serem desenvolvidos futuramente, vislumbrando diversos caminhos que possibilitarão aprofundamento do tema. Frente ao seu dinamismo e sua complexidade, não me propus dar respostas acabadas, nem oferecer sugestões conclusivas, visto que cada questão tem o seu próprio processo de resposta, assim como há múltiplas respostas para uma mesma questão.

Portanto, a minha pretensão é poder construir uma configuração de um cotidiano manicomial, a partir do movimento peculiar daquela realidade e da atuação de um dos sujeitos participantes desse espaço - o enfermeiro.

CAPÍTULO I

O COTIDIANO DO ENFERMEIRO.

Muitos são os estudos acadêmicos da enfermagem, direcionados especificamente para a área da enfermagem psiquiátrica e suas práticas. Variadas também são as formas de olhar o objeto investigado face aos referenciais teóricos, às metodologias utilizadas e aos tipos de análises empreendidas.

Nessa compreensão, destaco alguns desses trabalhos, que poderão subsidiar a configuração do cotidiano do enfermeiro numa realidade manicomial, proposta deste estudo.

A investigação de ROCHA (1994) enfoca o papel assumido pela enfermagem psiquiátrica, tendo como pano de fundo a maneira como surgiu a psiquiatria, a enfermagem como um todo e a própria enfermagem psiquiátrica no Brasil. Procurando compreender “o papel” que essa especificidade profissional vem exercendo atualmente, a autora motiva seu estudo pelo desejo de identificar (e refletir sobre) os fatores condicionantes dessa prática, na tentativa de trazer à tona, o que chamou de “dilemas” emergentes daí, na instituição e na sua interrelação com os demais profissionais da área psiquiátrica como um todo.

Tal autora diz que, no seu contato com profissionais da enfermagem psiquiátrica, observou um grau muito grande de insatisfação desses em atuar na área. Além disso, percebeu certa “estereotipia” no atendimento psiquiátrico,

centrado na internação e nos medicamentos, configurando uma assistência, de modo geral, hospitalocêntrica.

Na busca da definição “do papel” da enfermagem psiquiátrica, analisou o desempenho dos diversos trabalhadores dessa área, na equipe multiprofissional, tomando como base os princípios da Comunidade Terapêutica e da Psicanálise¹. Quanto ao método de análise, utilizou-se do referencial definido como “matriz de interpretação” e analisou os discursos de acordo com o que cada pessoa definiu e avaliou sobre seus próprios desempenhos.

A mesma autora, apresentando os resultados da investigação, refere que é o enfermeiro quem lidera a equipe de maior força de trabalho na instituição, consistindo seu papel em orientar e acompanhar o trabalho do grupo. Considera, ainda, que nas situações vivenciadas com os clientes, é o enfermeiro aquele que propicia o encontro dos saberes empíricos e científicos quando na discussão com os demais trabalhadores da equipe, demonstrando preocupação em resgatar esse profissional como agente terapêutico na prática institucional da enfermagem psiquiátrica.

Analisando o objeto de estudo desse trabalho, questiono a pertinência de se falar genericamente sobre *o papel da enfermagem*, quando sabemos que nela estão envolvidos profissionais e ocupacionais que desempenham variadas funções e papéis em suas práticas (SILVA, 1989)

As considerações da autora salientam, em grande medida, a importância do trabalho do enfermeiro, destacando apenas um dos papéis assumidos por ele na constituição de uma realidade institucional, o de agente terapêutico. Particularmente, enxergo esse tipo de função desempenhada pelo enfermeiro em suas atividades diárias. Entretanto, penso também ser imprescindível um outro olhar para o enfermeiro, considerando suas formas específicas de lidar

¹ Comunidade terapêutica refere-se a um tipo de tratamento grupal realizado com os pacientes, em que há um envolvimento de toda a equipe multiprofissional, valorizando-se também o meio ambiente no processo de recuperação do indivíduo doente. (Isso será comentado mais adiante na página 41)

com suas tarefas rotineiras, no contexto dentro do qual está inserido, vivenciando diversificados “papéis sociais”.

Preocupada em saber como a figura do enfermeiro é construída no contexto de uma instituição psiquiátrica, PROENÇA (1984) propôs, em seu estudo, captar o movimento institucional na “práxis” capilar e cotidiana de um hospital psiquiátrico, em que o trabalho do enfermeiro se faz e se sustenta, procurando desvendar os micro-mecanismos que instituem incessantemente a realidade do hospital psiquiátrico, possibilitando o resgate do aspecto micro-político.

Nesse trabalho a autora faz um estudo de caso de duas instituições da cidade do Rio de Janeiro. Nele ela demonstra querer construir a figura do enfermeiro, a partir dos determinantes institucionais. Dentro da sua preocupação principal, PROENÇA (1984) destacou três aspectos marcantes na sua investigação, a saber: a identidade profissional do enfermeiro, sua prática em enfermagem psiquiátrica e seus espaços, oportunidades e alternativas para construção de uma nova prática.

Apesar de ser um estudo realizado já há algum tempo, doze anos, parece constituir-se de preocupações ainda atuais sobre a identidade do enfermeiro e seu papel profissional. Um aspecto interessante no trabalho refere-se às peculiaridades da profissão eminentemente feminina, o que a sobrecarrega de atributos e responsabilidades “femininos”. No seu dia-a-dia, a enfermeira é tida como uma “dona de casa de uma família sacrificada”.

Por outro lado, aparece nos resultados da pesquisa, em meio aos discursos da enfermeira, o desejo de que a enfermagem psiquiátrica fosse uma profissão essencialmente técnica, em que o olhar para o paciente tivesse condições de ser distanciado do seu ser pessoa, como estratégia de cura. A autora considera que as categorias “pena”, “caridade” e “carinho” se fazem presentes na relação enfermeiro/paciente, determinando uma circunstância importante na manutenção da lógica asilar, em que se evidenciam atitudes que não contribuem no resgate da cidadania do indivíduo doente mental. Além do

que, há maior predominância da visão biológica da doença mental em detrimento das condições sociais de vida.

Apesar de encontrar nessa investigação tais constatações sobre a atividade profissional do enfermeiro psiquiátrico, parece-me que falta dar-lhe o devido destaque quanto ao seu desempenho em meio às possibilidades de transformação de uma prática institucional do tipo tradicional.

Penso que os fatos acontecem sempre dentro das condições contextuais possíveis. No entanto, possibilidades e oportunidades poderão ser construídas pelos sujeitos, a partir de uma tomada de consciência política, podendo elaborar estratégias de ação, conforme a realidade histórico-social circundante.

É verdade que o “papel social”, no dizer de HELLER(1992), resulta de variados fatores da vida cotidiana. Assim, pela tradição, numerosas manifestações próprias do papel social já estão dadas na sociedade. Em consequência, o sujeito assimila usos sob sistemas estabelecidos pelos costumes, de modo que age nas situações dentro de padrões pré-estabelecidos, que obedecem uma certa influência valorativa. De fato, o desempenho individual no trabalho também estará influenciado pelas características particulares de cada pessoa, ou seja, expressão de seus estilos próprios.

Determinados papéis são socialmente esperados dos enfermeiros que, na maioria das instituições onde trabalham, funcionam como “bombeiros” de sua estrutura interna, apagando os “incêndios”.

No M.H.P. pude observar a colocação de um dos dirigentes acerca do trabalho do enfermeiro e constatar sua expectativa quanto ao desempenho desse profissional. Ele referiu tranquilidade quanto ao desempenho do pessoal de enfermagem pois que tinha à frente dessa equipe, alguém que “*contorna as situações*”.

Assim como esse dirigente institucional que destaquei, penso estar incluídos aí muitos outros que esperam disponibilidade por parte dos enfermeiros para contornarem situações emergenciais ou mesmo rotineiras de acordo com as conveniências de toda uma estrutura que funciona para atender

os apelos de uma minoria poderosa que se esquece muitas vezes de priorizar o atendimento das reais necessidades de toda uma clientela.

Encontrei no estudo de FRAGA(1993), uma outra forma de ser abordada a prática da enfermagem psiquiátrica. Essa autora considerou o aspecto social da profissão, abordando sua historicidade, reproduzindo as contradições, os antagonismos, as interdependências, próprias da formação social onde está inserida.

Ao analisar esse trabalho, entendi que o seu grande estímulo foi a vivência da autora na enfermagem psiquiátrica, bem como a sua atuação no ensino dessa especialidade, levando-a a constatação de que entraves nessa esfera e suas possíveis soluções tinham relação com a totalidade da enfermagem psiquiátrica e portanto com as políticas de saúde no país. Buscou, então, através da assistência, questão principal do seu estudo, entender essas conexões.

Nesse texto, o objeto é a enfermagem psiquiátrica entendida como uma prática social engendrada em relações de trabalho, refletindo no seu modo de ser um conjunto de determinações históricas sobre a forma como o serviço é prestado.

Dessa maneira, aquela autora preocupa-se em abordar as condições de existência e de trabalho dos diversos agentes da enfermagem psiquiátrica, objetivando: apreender-lhes suas características, suas atividades e funções; esclarecer como esses agentes percebem as limitações à sua realização, os determinantes de suas atividades e compreender as concepções sobre saúde mental, a prática que executam e a clientela que assistem e, também, apreender como a enfermagem se articula com a psiquiatria e a saúde e como essas se articulam ao modo de produção no qual se inserem.

Entendo então que, a partir dos vários determinantes abordados, FRAGA (1993) procura apreender o real em sua complexidade, compreendendo-o enquanto processo dinâmico.

De acordo com o dinamismo peculiar a esse tipo de abordagem é importante enfatizar que considerações sobre o caráter de historicidade da

prática da enfermagem psiquiátrica constituem-se em uma afirmativa constante, demonstrando preocupação com a apreensão do movimento próprio do real.

Dessa maneira, quando levo em conta o estudo do cotidiano do enfermeiro psiquiátrico, espaço de sua prática e dos agentes que com ele se relacionam, considero que a partir do contato com a realidade é que emergem os conteúdos teóricos, pela prática construídos, e vice-versa, conformando assim o imbricamento desses dois aspectos, contraditoriamente unidos.

Ainda com referência ao trabalho de FRAGA(1993), quero destacar o momento em que são expostos os dados relativos às atitudes dos trabalhadores de enfermagem frente à dinâmica assistencial da prática da equipe. Nesse aspecto muito se pode apreender sobre as concepções do processo saúde-doença, codificadas nos modos do fazer diário, em que se incluem o tratamento oferecido ao doente mental, as relações sociais que são estabelecidas entre os diferentes atores de um dado espaço de trabalho em comum, os determinantes que estão por detrás de um modo específico do fazer, enfim, inúmeras outras pontuações capazes de serem contextualizadas.

Considerando a realidade específica de um determinado espaço manicomial, estou me propondo a descobrir aspectos peculiares de uma instituição que se institui no estabelecimento das relações sociais entre seus sujeitos componentes.

Enfatizo, assim, que o enfermeiro psiquiátrico influencia o contexto institucional e é por ele influenciado, estabelecendo uma relação contextual mais ampla, evidenciada pelo seu caráter de historicidade e sociabilidade.

Como o enfermeiro que trabalha em um manicômio se insere dentro de certas rotinas que são corriqueiramente desenvolvidas pela equipe de enfermagem? Qual a sua contribuição para a forma como se dá o delineamento do espaço institucional? Suponho que não posso considerar esse espaço sem levar em conta as pessoas e que não há como considerar condições de vida material excluindo-se os sujeitos.

Tais questionamentos levam-me a reconhecer as inúmeras determinações institucionais que impossibilitam, por diversas vezes, a

implementação de várias atividades propostas pelo enfermeiro, evidenciando as diversas formas de atuar desse profissional, frente às circunstâncias, caracterizando o ângulo da subjetividade das ações humanas.

Ressalto que, em qualquer tipo de hospital, a equipe de enfermagem é a que apresenta o maior número de agentes, sendo também os que mais tempo permanecem na instituição, por conseguinte, os que mais se expõem pelo tipo de trabalho que desempenham.

Neste estudo descrevo mais adiante cenas referentes a procedimentos rotineiramente desempenhados pela equipe de enfermagem que muito me inquietaram. Elas se referem à hora do banho, troca de roupas do vestuário pessoal dos pacientes, à maneira como é oferecida a ingestão hídrica ou a forma como passam o dia no interior do Pavilhão.

Tenho em mente que muitos desses procedimentos dependem das pessoas que constituem a instituição, no que se refere à visão que possam ter da figura do doente mental. Providências relativas aos aspectos de manutenção da rede sanitária, oferecimento de água tratada para ingestão dos pacientes ou mesmo à forma como é conduzido o banho, não necessariamente estão vinculadas aos determinantes macro-estruturais das políticas de saúde mental do Estado, por exemplo. O que será que leva as pessoas do M.H.P. a permanecerem impassíveis frente às situações de rotina cuja tônica são os aspectos subumanos de tratamento do “louco”?

Destaco aqui a rotina do banho como um procedimento que, segundo a forma como lá ocorre, parece caracterizar uma atividade que despersonaliza o indivíduo. No momento em que, em nome de um certo “cuidado higiênico”, faz-se necessário agrupar os pacientes ao ar livre, nus, sob a “mira” de uma mangueira d’água para que se banhem, ensaboando-se com sabão em pedra, sem nem sequer terem uma toalha para se enxugarem, vejo aí configurado um conjunto de aspectos que fazem do “louco” institucionalizado, representante de uma “espécie em extinção”, somente nos discursos. Que significado teria a existência, ainda hoje, de práticas de assistência psiquiátrica semelhantes àsquelas de dois séculos atrás?

É impressionante como métodos utilizados pela psiquiatria de hoje, no final do século XX, são tão semelhantes àqueles praticados por volta do século XVIII, em que, em porões, “animais humanos enlouquecidos” eram escondidos do meio social, em nome de uma ordem e progresso. Considerando a própria historicidade dos fatos, naquele século, conformava-se uma concepção sobre doença mental associada à idéia de perigo, ao lado do que se encontrava em questão o reordenamento dos espaços urbanos, em que a retirada do louco das ruas ligava-se às atitudes de saneamento das cidades.

Considerando o contexto social, não posso afirmar que a maneira de lidar com os problemas de saúde sempre foi apresentada uniformemente. Importante salientar que as diferentes concepções sobre a doença estão relacionadas às determinações estruturais, influenciando o tipo de tratamento de saúde prestado. As condições de vida material vinculadas às relações sociais de trabalho refletem-se sobre o modo de tratar a doença enquanto processo não só biológico como também social.

Além do mais, a própria psiquiatria, naquele século, iniciava a sua afirmação enquanto especialidade profissional. Desse período para cá, muita coisa se modificou em relação aos métodos de tratamento e a própria concepção de loucura ganha outros coloridos, haja vista todo o movimento antimanicomial. Buscando maneiras alternativas para o tratamento psiquiátrico, esse movimento, através de diversas atividades que envolvem a comunidade, procura trabalhar a concepção de loucura, baseado nos princípios da psiquiatria democrática, iniciada por Franco Basaglia na Itália. Por meio desta, importante se faz a necessidade de aprender a conviver com as diferenças, respeitando a cidadania do “louco” e o seu caráter peculiar de comportar-se e de comunicar-se.

A loucura ao longo dos tempos é vista de variadas maneiras. Por vezes, um certo modo de falar, de vestir, de se comportar, enfim, os vários modos de viver e encarar a vida podem parecer loucura aos olhos de uns e perfeitamente normal aos olhos de outros. Os conceitos, na verdade, estão impregnados das determinações externas de cada sujeito bem como da própria subjetividade

inerente às visões de mundo; caracterizam nossa maneira de pensar, de sentir e de fazer, contribuindo para o processo dinâmico histórico-social do homem em sociedade.

A preocupação em compreender a relação entre a concepção que o pessoal de enfermagem tem sobre a loucura e o ser louco e a assistência prestada ao doente mental, no cotidiano institucional, levou HUMEREZ(1988) a realizar um estudo sobre as representações desses profissionais. O seu propósito foi o de reconhecer os conceitos de loucura nas representações dos discursos e das ações daqueles que fazem o cotidiano institucional.

Com tal objetivo a autora vislumbrou possibilidades de a equipe de enfermagem repensar sua prática institucional, o que poderia propiciar subsídios para ações futuras realizadas tanto pela equipe, quanto individualmente. Abordou ainda os limites que se apresentavam frente às situações e, em contrapartida, afirmou a possibilidade de conseguir resultados eficientes na assistência prestada.

HUMEREZ (1988) teceu também várias considerações sobre o trabalho dos enfermeiros. Definindo-os como “subprivilegiados da instituição e privilegiados da enfermagem”, afirmou que esses profissionais cumprem o seu papel na instituição através de trajetórias impostas. Além disso, percebem o “ser louco” como passivo e subordinado devendo ser obediente, tutelado, recolhido e excluído como “sobra-humana” da organização social. Além do mais, refere que os enfermeiros não têm consciência da posição que ocupam nem dos processos ideológicos que envolvem as relações, realizando atividades de forma linear, arreflexiva e não-programada apesar de serem possuidores de um saber formal.

Quando analisa as representações que se evidenciaram no decorrer do trabalho, a autora destaca que o hospital psiquiátrico, para a equipe de enfermagem, atende as necessidades básicas dos pacientes. Ela também constatou que a representação da loucura e do ser louco para os enfermeiros mostrou dicotomia entre o saber e o fazer cotidiano.

Analizando o discurso e a prática dos enfermeiros do M.H.P. que diretamente estão ligados à assistência aos pacientes internados no Pavilhão, foco deste estudo, vejo disparidades evidentes da dicotomia entre o saber e o fazer desses profissionais. Em suas opiniões predomina o reconhecimento de que o doente mental é uma pessoa rejeitada pela sociedade ou desprezada pela família e até mesmo pelos profissionais, além da idéia de que são discriminados por possuírem um comportamento diferente daquele pré-estabelecido por uma maioria dita “normal”.

As disparidades que observei dizem respeito à própria maneira como são conduzidas as atividades diárias, em que a atenção ao paciente não ocupa lugar prioritário no desempenho de seus trabalhos. Os enfermeiros se concentram em atividades de cunho burocrático que, embora justificadas como necessárias para a prestação de uma assistência indireta ao paciente, estão mais ligadas ao atendimento às exigências de uma administração superior.

Essas atividades poderiam ser exemplificadas como o preenchimento diário de folhas de produtividade funcional, administração voltada para a supervisão e manutenção das rotinas, ou seja, falta de uma proposta própria de trabalho, além de encaminhamentos dos pacientes ao setor de crônicos do hospital, o que, por si só, já coloca por terra seus discursos de que essas pessoas poderiam estar convivendo em nosso meio.

Observei também que pela opinião desses enfermeiros a sociedade aparece como algo que se encontra fora deles mesmos, ou seja, a exclusão desses sujeitos considerados doentes mentais é feita apenas a partir dos outros.

Observo o quanto os conceitos dos indivíduos estão carregados de aspectos culturais da classe social a que pertencem, de suas condições gerais de vida e de existência material. Além do mais, penso que compreender as representações, seja nos discursos, seja nas ações, depende também de compreender que a mentalidade das pessoas estará conformada, por um lado, pelas condições objetivas de vida e, por outro, pela maneira como vivenciam suas experiências. Tudo então fazendo parte da trajetória histórica de cada um, de acordo com suas heranças e tradições.

SILVA (1989) registrou em seu trabalho que a enfermagem, antes de assumir caráter de profissão, constituiu-se num serviço organizado, nos primórdios do cristianismo, através da instituição do diaconato, exercendo as práticas domésticas de atendimento aos familiares. A constituição de um serviço organizado, a partir de características religiosas, vem cunhar a área profissional de um caráter essencialmente caritativo e abnegado.

Além disso, é sabido que a enfermagem assume caráter de profissão na Inglaterra na segunda metade do século XIX, mais precisamente, a partir de Florence Nightingale e sua atuação na Guerra da Criméia, coordenando o cuidado aos soldados feridos. Esta sua participação deveu-se a sua amizade com o então Ministro da Guerra, Sidney Hebert, o que demonstra as raízes aristocráticas de Florence. Dessa maneira, não se pode ignorar também a impregnação dos valores morais, próprios dessa classe, dentro da profissão de enfermagem, influenciando ideologicamente a conduta do enfermeiro no seu fazer cotidiano.

Outra característica que considero importante e que se reflete nos discursos e no fazer da enfermagem refere-se ao fato de que, desde os tempos primitivos até os dias de hoje, considerando as devidas contextualizações históricas, a profissão de enfermagem vem se configurando como essencialmente feminina. O cuidado aos doentes iniciou-se pelo serviço das mulheres aos enfermos em casa. As atividades domésticas, historicamente, são consideradas tarefas “inerentes” ao gênero feminino. Nessas características primitivas do trabalho da enfermagem estão as raízes de sua vinculação com os tempos de hoje, em que o desprestígio profissional ainda é marcante. Nesse sentido, SILVA (1989) afirma que “... *as profissões são categorias históricas como também o prestígio de que se revestem.*”

Diversos estudos sobre condição feminina e relações de gênero apontam várias razões para o fato do desprestígio, ainda hoje, de profissões eminentemente femininas. As razões são atribuídas ora à divisão social de classes, ora à constituição biológica da mulher marcada pela procriação e pelos

fazeres domésticos, executando os cuidados de quem em casa padecesse de doenças. (NASCIMENTO, 1996)

Ao que parece a “naturalização” de atributos como servidão, submissão e doação como eminentemente femininos, confere à mulher representatividade inferior aos homens no mercado de trabalho, embora muito já se tenha conquistado nesse âmbito, haja vista os cargos ocupados por muitas mulheres hoje em dia em diversos setores produtivos da sociedade.

Nesse aspecto, no M.H.P. chama-me a atenção o número de enfermeiras ocupando cargos e trabalhando diretamente com a diretoria do hospital como chefe de ambulatório, do setor de licitação e do serviço de higienização. Esse dado sugere uma importante conquista para a categoria da enfermeira - uma profissão historicamente desqualificada. Apenas aponto uma discussão sobre a questão do gênero na enfermagem, sem pretender aprofundar o tema.

Um outro ponto é a influência da concepção católica na formação da mentalidade existente, ainda hoje, na profissão. A influência exercida pela Igreja impregnou a enfermagem dos ideais de abnegação, caridade, desprendimento, amor ao próximo e da conotação sublime do cuidar do outro. Estes princípios reforçam determinadas ações manifestadas pelos enfermeiros quando, por exemplo, calam-se frente às reivindicações de direitos da categoria, demonstrando atitude de conformismo, própria da herança cultural transmitida através dos tempos, reforçada pela figura de Florence Nightingale:

“Nightingale legitimou a hierarquia e disciplina no trabalho de Enfermagem, trazidas de sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social. Introduziu o modelo vocacional ou a arte da enfermagem.” (ALMEIDA; ROCHA, 1986; pág. 43)

No meu contato com colegas, ouço muitos comentários críticos sobre a profissão. Comentam a distância que o enfermeiro mantém do paciente no desempenho de suas atividades diárias, concentrando suas atividades em tarefas burocráticas. Também é freqüente o comentário de que o enfermeiro acumula múltiplas funções dentro da instituição onde trabalha. Quando tratam o enfermeiro como coordenador da equipe de enfermagem, falam que o seu

trabalho serve aos interesses institucionais e restringe-se ao cumprimento de ordens médicas. Apresentam diversas codificações negativas em relação à conduta profissional do enfermeiro, denotando uma visão que, apesar de não levar em conta a devida contextualização histórica e social, condiz com uma realidade que muitas vezes independe de questões macro-estruturais.

Penso que os enfermeiros se mantêm distantes do paciente, quando estão a desempenhar suas atividades rotineiras. No período em que realizei a fase exploratória da pesquisa, tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro de uma unidade de internação e observei o quão pouco se aproximava das enfermarias e do chamado “recreio” onde ficam os pacientes. Às vezes suas visitas se limitavam a *dar uma olhada* nesses locais e quando observava o “recreio” era apenas pelas grades.

Conversando com os profissionais de enfermagem do M.H.P. de Feira de Santana, ouvi queixas sobre as condições de trabalho no local, mais especificamente, referentes às deficientes instalações sanitárias. Colocações do tipo: banheiros e instalações sanitárias entupidos, associadas à falta de manutenção, são bastante frequentes, enunciando uma certa justificativa sobre a maneira como são conduzidas certas rotinas diárias dos cuidados prestados aos pacientes.

Quanto ao aspecto físico do hospital, o que me chamou a atenção foram as diferenças entre os ambientes internos e os externos. Internamente, as enfermarias dos pacientes agudos ou crônicos constam apenas de leitos, localizados em cima de um piso freqüentemente úmido e mal cheiroso, ao lado de banheiros sem chuveiros e com vasos sanitários entupidos, além da inexistência de água tratada para ingestão dos pacientes.

Externamente, o hospital passa uma imagem aprazível pelas árvores que possui em gramados verdes e bem cuidados.² Além disso, as salas das chefias constam de banheiros próprios, em boas condições de uso, água tratada, guardadas em frigobares enviados recentemente pela Secretaria de Saúde do

Estado. De fato as condições físicas do hospital, quanto aos locais de internamento dos pacientes são extremamente deficientes e destoantes da área externa.

Em um manicômio que possui condições físicas tão deficientes, parece ser muito difícil o desempenho de tarefas relativas aos cuidados que se prestam aos pacientes. No entanto será que essas condições, apesar de precárias, já há bastante tempo, estariam sendo consideradas “suficientes” no atendimento ao “louco” internado? O panorama seria outro, caso o hospital estivesse destinado a pacientes portadores de doenças clínicas e/ou de classe social abastada?

Considero o ambiente como um fator importante no processo terapêutico, sendo um dos determinantes na recuperação do indivíduo doente, a partir da promoção do bem estar, satisfazendo uma das necessidades básicas afetadas naquele momento de crise.

No trato com o doente mental as pessoas que estão mais próximas dele e portanto das condições em que ele se encontra no internamento são os membros da equipe de enfermagem. Assim sendo, as tarefas desenvolvidas, ou a rotina de trabalho diário, estarão mais especificamente cunhadas pelas características peculiares desses indivíduos.

Essas características referem-se às diferentes visões de mundo, seus valores, cultura, concepções de saúde/doença mental, que farão com que ajam de acordo com seus princípios de vida, impregnando o fazer diário do trabalho e as intersubjetividades das relações humanas.

Em relação com os demais trabalhadores de saúde, o profissional enfermeiro, nos diversos contextos de trabalho, evidencia peculiaridades em suas ações, ligadas diretamente à maneira como são organizadas e conduzidas as rotinas do hospital, diferenciando-o da atuação dos demais profissionais da instituição.

Observando o trabalho dos enfermeiros vi que realizam suas tarefas parecendo estar acostumados com as condições em que se encontram. As

² Ressalto que essas características foram por mim presenciadas tanto na fase exploratória da pesquisa, em julho de 96, quanto na fase da pesquisa

reclamações são constantes, porém um certo conformismo paira no ar quando dizem não ter jeito para aquela situação.

Os pacientes vão sendo “tratados” em meio àquele contexto, sob forte efeito das medicações. Alguns se expressam criticando as condições ambientais quando algo estimula o senso crítico.

Com relação a isso, lembro-me de uma ocasião em que os alunos que acompanhava no estágio apresentaram um seminário sobre o livro “Manicômios, prisões e conventos”, de Erving Goffman. Esse trabalho foi exposto no Pavilhão deste estudo diante de funcionários, alguns pacientes, professores e quem mais estivesse interessado em assistir. O conteúdo da obra trata das condições institucionais, o que estimulou um dos pacientes a fazer referências a certas características daquele nosocômio. Teceu críticas sobre estarem sempre trancados, em meio as valas de esgoto do chamado “recreio”, ingerirem água não tratada, bebida diretamente de um cano saído da parede, e não poderem transitar livremente dentro das enfermarias, no período diurno. A sua voz, para mim, ecoou como um tom de denúncia, cujo conteúdo se fez bastante procedente diante das circunstâncias por ele vivenciadas.

Também dentro dessa mesma rotina, é de causar impacto a forma como são administradas as medicações. Um grande balde com água é carregado até a área onde se encontram os pacientes, com um único caneco plástico, de uso coletivo. Os pacientes vão sendo chamados para que tomem suas medicações, sob os berros dos funcionários.

Ressalto o meu interesse de poder fazer emergir a figura do enfermeiro que trabalha em manicômio e se demonstra aparentemente “indiferente” com as diversas condições nas quais está inserido, procurando apreender as características do seu desempenho e as relações que estabelecem com outros profissionais em meio às atividades rotineiras.

Ilustrando a “indiferença” a que me referi acima, registro uma situação que vivi em um dos dias em que estava realizando a fase exploratória para esta pesquisa. Uma enfermeira que trabalha numa unidade de internamento de

pacientes agudos do M.H.P. disse-me muito calmamente que “*as pessoas esquentam por causa dos problemas. Eu vejo os problemas, mas não posso resolver e não esquento.*” Essa colocação foi feita na sala de enfermagem da unidade, em meio aos auxiliares de enfermagem que comentavam sobre o dia anterior do pavilhão, quando foram internados mais cinco pacientes no turno da manhã, provocando uma grande agitação no setor.

Nesse dia, a cada paciente que chegava, o descontentamento era geral e diversos protestos eram proferidos pelos funcionários. Havia quinze pacientes excedendo a capacidade do pavilhão, segundo colocava a enfermeira para o funcionário da emergência que trazia os pacientes que seriam admitidos. Os auxiliares de enfermagem da internação queixavam-se para a chefe, reivindicando providências. Diziam que assim “*a situação estaria sem controle.*” A enfermeira do Pavilhão interfonou à chefe da emergência, uma outra enfermeira, e lhe colocou a situação. Ouviu como resposta que a situação já havia sido levada para a diretoria geral do hospital e que agora se tratava de um problema médico, pois que os excessos de internamentos aconteciam mais freqüentemente com o médico plantonista daquele dia.

Outros estudos vão ao encontro da minha preocupação. Assim, chamo atenção para o estudo de SAEKI(1994), que procurou caracterizar as atividades e funções desempenhadas pelo enfermeiro também em um hospital psiquiátrico, buscando identificar dificuldades e facilidades que esse profissional enfrenta. Além disso, tentou apreender a concepção que ele tem sobre o seu trabalho, considerando os momentos de transformações vivenciados naquele hospital e como esses se articulavam com a atuação do enfermeiro.

Saliento que, apesar de procurar olhar a prática do enfermeiro na realidade circunscrita de um único hospital, é possível a realização de estudos dessa natureza, a partir do momento em que se tenta relacionar aquela realidade específica às inúmeras outras já estudadas, que não se determinam por si próprias.

No decurso do seu trabalho, a autora apontou determinadas características da assistência psiquiátrica e dos hospitais dessa especialidade, com base em diversos outros estudos, configurando uma realidade em que as atitudes do pessoal da equipe de enfermagem correspondem às expectativas da instituição. Os hospitais apresentam-se, em sua maioria, superpopulosos, com os pacientes vivendo em meio a condições subumanas, onde a sujeira e a ociosidade são uma constante. A estrutura física desses hospitais é descrita por muros altos, grades, portões de ferro, portas trancadas, banheiro e dormitórios coletivos, todos esses aspectos contribuindo para uma descaracterização da individualidade humana, além de estarem impregnados de vários preconceitos referentes aos doentes mentais.

Na sua análise, Saeki procura delinear a realidade de um hospital, onde são observadas muitas semelhanças com os aspectos já comentados. Constata que o hospital em que realizou sua pesquisa, mesmo procurando introduzir transformações na estrutura de seu funcionamento, enquanto espaço terapêutico, opera de acordo com o modelo tradicional, seguindo as consultas e as prescrições medicamentosas. Quanto à enfermagem, refere seguir o modelo biológico de assistência, através das ações de higiene, alimentação, administração de medicamentos, vigilância e controle dos internos, executadas pelo pessoal auxiliar.

A autora em questão, destacando os enfermeiros psiquiátricos, faz referências ao fato de que eles são implementadores de estratégias para que seja viabilizada uma melhor assistência. Esse profissional exerce controle e supervisão do trabalho da equipe de enfermagem, o que evidencia, mais uma vez, maior ocupação com atividades burocráticas e administrativas, além da sobrecarga de tarefas. Além disso, foi constatado que, pela estreita relação mantida com os demais setores do hospital, os enfermeiros funcionam como “fatores de integração”, embora não encontrem, na estrutura institucional, requisitos indispensáveis a tal propósito.

Gostaria de salientar, aqui, as muitas semelhanças existentes nos diversos espaços manicomiais, mesmo que situados em regiões geográficas

diferentes e bastante distantes entre si. Considero como pontos afins à realidade do M.H.P. a superpopulação, as condições subumanas a que vivem submetidos os pacientes, sendo constantes a sujeira e a ociosidade.

No tocante à estrutura física, os muros, grades, portões de ferro e portas trancadas com grandes cadeados são freqüentes. Quanto ao aspecto dos banheiros coletivos, na realidade de Feira de Santana a situação é mais grave, pois nem mesmo esses banheiros estão em condições de uso pelos pacientes, que tomam seus banhos de mangueira, ao ar livre, configurando um desrespeito ao seu pudor e privacidade.

Descrevendo e analisando a atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital estatal, entendendo-a como resultante, entre outros, de transformações históricas e sociais, BALDI (1992) realizou uma pesquisa inspirada nos princípios da pesquisa-ação e na análise sociológica de uma experiência grupal. Buscou um melhor entendimento da prática profissional do enfermeiro psiquiátrico, com vistas a uma ação transformadora da sua atuação e de suas concepções acerca da doença mental, destacando aspectos críticos dessa experiência.

Esse trabalho também procurou identificar e analisar os principais tipos de atividades que o enfermeiro desenvolve dentro de um macro-hospital psiquiátrico, analisando as dificuldades cotidianas de sua atuação e refletindo sobre a influência da política de saúde mental nas condições de trabalho, mesmo entendendo que a existência de uma política, em si, não garante uma efetiva viabilização prática de suas diretrizes.

Chama a atenção da autora o fato de que, apesar de eles se esforçarem para pôr em prática diversas medidas contidas nos discursos oficiais, não conseguem ser bem sucedidos, pois sofrem interferências de muitos outros fatores tais como: o nível sócio-econômico dos funcionários, a ausência de uma política de investimentos em recursos humanos (cursos de atualização, reciclagem profissional, dentre outros), o que vai se constituir numa conjuntura cristalizada, estanque, permeada de obstáculos a mudanças.

Coloca também que o profissional que trabalha nesse tipo de instituição tem uma forte tendência em assumir uma prática fundamentalmente ideológica, não-científica, acrítica, preocupada mais com os aspectos administrativos do que com a compreensão da problemática do paciente.

Em suas considerações finais, a autora constatou que, mesmo diante da atual política de reforma psiquiátrica, de extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e implantação de modelos de atenção ao doente substitutivos aos tradicionais, ainda se fazem presentes condições precárias de assistência no nosocômio em que realizou o estudo. Breve explanação será feita abaixo sobre as diversas vertentes de assistência que se presta ao portador de distúrbio psíquico.

Essas diversas vertentes começam a partir da psiquiatria organicista/biológica, em finais do século XIX, na qual a doença mental é associada a causas orgânicas, sendo o tratamento exclusivamente medicamentoso. Em seguida, com a descoberta do inconsciente por Freud, início do século XX, existe a comprovação de que é necessário compreender os doentes e não só a doença, o que transforma a psiquiatria em psicoterápica.

A partir daí, as críticas se voltam para os locais de tratamento dos doentes mentais, ou seja, os asilos. Era preciso que fossem terapeuticamente adequados, contribuindo na recuperação do indivíduo. Surge, então, a comunidade terapêutica e a psicoterapia institucional, sob as influências, norte-americana, inglesa e francesa, por volta das décadas de 30 a 40. Nesse modelo, descoberta a importância do meio ambiente para o doente, começam os tratamentos grupais, envolvimento da família e modificações físicas do espaço asilar. Tudo isso voltado para o objetivo da ressocialização do sujeito desorganizado mentalmente.

Porém, é na Itália, na década de 50, que ocorre um movimento original e de caráter político, o qual recebe a denominação de psiquiatria democrática. Nela, existe o questionamento amplo sobre a maneira como são tratados os doentes mentais, enfatizando os aspectos da violência e da exclusão social. Para essa vertente a loucura existe por fazer parte de uma determinada condição

humana, devendo ser aceita pela sociedade. O aprisionamento de pessoas que sofrem psiquicamente é visto como um meio de controle social.

Essa breve revisão dos vários tipos de assistência psiquiátrica possibilita compreender as diversas influências teórico-práticas no movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Atualmente no Brasil a política da Reforma Psiquiátrica vem se estabelecendo diferenciadamente nos Estados, de acordo com as especificidades locais. O modelo assistencial historicamente construído, que tem no hospital psiquiátrico a única alternativa de confinamento dos indivíduos em dificuldade psíquica, vem progressivamente sendo substituído por novas formas de atendimento.

A discussão da Reforma Psiquiátrica brasileira vem acompanhando o movimento da Reforma Sanitária desde os anos 80, através das Ações Integradas de Saúde (AIS), em que o governo lançou proposta reorientando a assistência psiquiátrica. Em seguida, paralelo a VIII Conferência Nacional de Saúde, aconteceu uma Plenária Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, a partir da qual acontece, no Rio de Janeiro, em 1986, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental com o indicativo da realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, posteriormente concretizada em 1987.³

Os anos 90 são marcados por acontecimentos politicamente representativos que contribuem para novas formas de tratamento psiquiátrico. A reunião da Organização das Nações Unidas (ONU), em Caracas, através da proposição da “Declaração dos Direitos e Proteção aos Portadores de Distúrbios Mentais”, cognominado “Declaração de Caracas”, constitui-se num marco nos rumos da assistência psiquiátrica, visto que a partir daí se intensificam ainda mais as propostas de reformulação. O Ministério da Saúde baixou portaria de número 189 (19 de novembro de 1991), na qual determina princípios para a proteção de pessoas com enfermidade mental e melhoria da

³ Esses dados foram apresentados no II Encontro Nordestino da Luta Antimanicomial, realizado em agosto de 1996, em Maceió-AL.

assistência de acordo com a resolução da Organização Mundial de Saúde (ONU).

Esses princípios dizem respeito ao resgate da cidadania do louco, procurando trabalhar amplamente a sociedade na direção da convivência com as diferenças. Assim, conseqüentemente espera-se uma melhoria da assistência e mudança na concepção de louco e sua loucura.

Nesse sentido, já é de amplo conhecimento a existência do movimento nacional dos trabalhadores de saúde mental intitulado Movimento de Luta Antimanicomial, o qual foi assim estabelecido a partir de 1987, com o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru-SP. Em 1989, o Projeto de Lei 3657, do deputado Paulo Delgado, vem configurar um importante instrumento de luta na reformulação da assistência psiquiátrica, propondo a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novos recursos assistenciais.

A concepção desse Movimento, com relação à Reforma Psiquiátrica, segue as diretrizes de garantir os direitos de cidadania dos doentes mentais, saneamento dos serviços hospitalares, condizentes com os avanços técnico-científicos vigentes, além da expansão de alternativas extra-hospitalares para atendimento dos que padecem de sofrimento psíquico, oferecendo assistência resolutiva e integral a eles e a seus familiares, podendo assim, processualmente, ir revertendo o modelo tradicional hospitalocêntrico.

Nessa tendência de pensar as diretrizes da Reforma Psiquiátrica é que procurei inserir a prática do profissional enfermeiro que trabalha em manicômio, levantando neste estudo suas específicas maneiras de atuar no dia-a-dia e as relações estabelecidas com os outros profissionais.

Vejo que a assistência custodial e manicomial prestada ao louco, hoje considerada ultrapassada, um dia foi tida como um importante sinal de evolução científica. Um exemplo disso são as idéias de Tuke e Pinel, no século XVIII na Europa, onde a loucura passou a ser definida como doença especial, conduzindo ao surgimento do manicômio como espaço terapêutico bem como à incorporação das novas idéias psiquiátricas nas pautas da medicina e nas

práticas asilares. O “louco” passa a ser então visto como portador de doença, deixa os porões das Santas Casas de Misericórdia indo para os hospícios, onde a loucura passará a ser medicalizada e institucionalizada.

O reordenamento do hospital, entretanto, surge da necessidade de disciplinarização da forma como eram tratados os doentes considerados nocivos à sociedade e não em função do próprio sujeito doente (FOUCAULT, 1982).

No Brasil do século XIX, os loucos que perturbavam a ordem pública eram inicialmente depositados nos porões das Santas Casas vivendo em condições precárias em meio a todo tipo marginal à sociedade. Mesmo nessas condições, algum tipo de prática de enfermagem psiquiátrica já existia, a qual configurava uma assistência prestada por leigos, cuja função limitava-se ao controle e punição dos doentes. Ainda nesse período, os asilos passam a ser construídos para fins terapêuticos, buscando substituir a assistência até então prestada, através da medicalização daqueles considerados “sem razão”.

Sob essa concepção, debaixo das influências da psiquiatria pineliana, foi inaugurado no Brasil o Hospício Pedro II no Rio de Janeiro em 1852, retirando das ruas e dos porões das Santas Casas os alienados que viessem a perturbar a ordem social. Na organização da psiquiatria brasileira meios repressivos eram utilizados, a exemplo da utilização de contenção física e da convulsoterapia, de forma indiscriminada. A prática da enfermagem nos hospícios baseava-se na vigilância, repressão e controle dos doentes mentais. Cabia aos “enfermeiros”, no espaço asilar, a aplicação de medidas terapêuticas determinadas pelo profissional médico.

Com relação a esse aspecto, FOUCAULT(1982) refere a inversão das relações hierárquicas no hospital, marcada pela tomada de poder pelo médico e comenta os regulamentos dos hospitais do século XVIII, no que diz respeito às visitas médicas, em que o autor faz esse destaque: “...a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar.”

Propondo em sua investigação o questionamento das características formadoras da assistência de enfermagem psiquiátrica no Brasil e a recuperação da história do mito de origem da enfermagem moderna - Miss Florence Nightingale - MIRANDA (1994), em seu trabalho, objetivou detectar na prática atual da enfermagem quais as renovações nas representações seculares da loucura, além de verificar a permanência de algumas delas, que não conseguiram romper com a racionalidade do discurso científico sobre o louco. Ao lado disso, também procurou ver como tais representações continuam ainda hoje instruindo, subjetivamente, a modalidade e a qualidade da assistência de enfermagem psiquiátrica prestada ao doente mental institucionalizado.

Pareceu-me evidente que seu objeto de estudo se refere à sistematização e interpretação do nascimento da enfermagem psiquiátrica no Brasil, lastreando esse momento pelos componentes: a enfermagem moderna e o discurso da psiquiatria. Conforme a autora afirma, trata-se de um ensaio histórico, social e antropológico.

Sua análise centra-se em saber como se “alinhavaram” ao longo da história as formas de pensar e sentir o louco, como as sociedades absorveram, criaram mentalidades sobre esse sujeito e ainda como organizaram e interpretaram esses saberes.

Ao falar do nascimento da enfermagem moderna a autora relaciona esse momento com o pensamento científico, no século XIX, em que a ciência passou a acreditar-se neutra, única produtora de verdades, isentando-se de ideologia. Isso, conseqüentemente, poderá estar influenciando diretamente o modo de pensar e fazer a prática profissional da enfermagem.

Além desse aspecto, MIRANDA (1994) também levanta uma discussão sobre sexualidade, colocando que no século XIX, historicamente, as noções de puritanismo inculcavam nas mentalidades dos povos protestantes a idéia de firmeza de sentimentos, redução do envolvimento e discreção nas emoções expressadas. Esse fator é colocado como um ponto marcante na origem da formação da enfermagem profissional.

Olhando para a minha proposta de pesquisa, esse trabalho traz significativa contribuição pois a autora procurou estabelecer relações entre o imaginário coletivo da profissão de enfermagem e o fazer cotidiano do enfermeiro psiquiátrico. Ao discutir essa relação a autora destaca que, ainda hoje, a ética do órgão formador determina que o comportamento da enfermeira deve ser marcado pelo silêncio, generosidade e firmeza, além da discrição, gentileza e atenção, ratificando uma atitude competente, objetiva e pragmática.

Importante contribuição também traz o estudo de GUSSI (1987), que propôs investigar o início da institucionalização do ensino da enfermagem psiquiátrica no Brasil até a implantação da chamada enfermagem moderna, sob o cenário sócio-político da transição da monarquia para a república.

Ao proceder ao recorte do objeto de estudo, a autora refere-se à história da psiquiatria no Brasil, desde sua institucionalização, em 1841⁴, com a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, até princípios da década de 20, na República Velha. Diz que esse acompanhamento foi necessário em função das relações de poder internas ao Hospício e da articulação da psiquiatria com o Estado, tanto no regime monárquico, quanto no republicano, o que desencadeou a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados.

Através do método histórico-estrutural, a autora objetivou identificar a relação que a psiquiatria estabeleceu com o Estado brasileiro, na transição da monarquia para a república. Ademais, procurou identificar os principais acontecimentos vinculados à criação e desenvolvimento da referida Escola, que se constituíram num dos sustentáculos do desenvolvimento da Psiquiatria no Brasil.

Esse estudo, embora seu objeto seja a institucionalização do ensino da enfermagem psiquiátrica e não o trabalho desempenhado pelo enfermeiro no

⁴ O Decreto do Imperador Pedro II, referente à construção do Hospício, data de 18 de julho de 1841, sendo inaugurado oficialmente em 5 de dezembro de 1852, prosseguindo a construção até 1855, ampliando a lotação de 140 para 350 pacientes.(UCHÔA, 1987)

âmbito do hospital psiquiátrico, contribui para a reflexão sobre a história dessa prática.

Na história da psiquiatria brasileira, hospitais públicos e privados foram criados no decorrer do tempo, parecendo permanecer a maneira de tratar e perceber o doente mental, voltada para o aspecto custodial e de descrédito do seu potencial humano. Na relação com a realidade abrangente, o ensino e a prática da enfermagem psiquiátrica nos diversos estabelecimentos, sejam públicos ou privados, correspondem a especificidades circunstanciais e históricas que, no espaço da cotidianidade institucional, devem encontrar suas próprias formas de condução do trabalho.

Embora o ensino e a obrigatoriedade da disciplina Enfermagem Psiquiátrica nos currículos dos cursos de graduação tenham sido implementados desde 1949, não se pode afirmar existir uma maneira uniforme de ele ser ministrado nas diversas escolas brasileiras. Dessa maneira, também a prática difere nas diferentes localidades, não só em decorrência das divergentes formas de se ensinar como também pelos determinantes culturais, sociais e políticos que estão envolvidos na prática da profissão.

Não se pode igualmente classificar de mais ou menos avançada a maneira de conduzir a assistência psiquiátrica, em relação ao que já se tem em termos de tratamento psiquiátrico. Porém, o caráter segregador a que serve o asilo parece ser característica comum nas diversas realidades em que ainda se mantém uma terapêutica unicamente hospitalocêntrica. No caso do M.H.P., asseguradamente esse modelo atende aos interesses de alguns que tiram proveito da situação, seja na manutenção de certos “privilégios” econômicos que trazem o repasse de verbas diretamente para a Instituição, seja pela grande manipulação do espaço manicomial como palco de manobras eleitoreiras, imperando o clientelismo político.

Como ilustração do comentário feito acima, assisti no referido hospital às comemorações pelo seu trigésimo quarto aniversário. A ocasião foi incentivada pelo diretor geral, como forma de homenagear os funcionários mais antigos.

Houve uma missa festiva com a participação de alguns funcionários e determinados pacientes, que mais costumeiramente se apresentam em eventos dessa natureza, ou seja, aproximadamente 50 pacientes, dentro de uma população de 550, devidamente banhados, com os uniformes limpos e os pés calçados de sandálias “Havaianas”, reservadas para uso em festas. Estavam presentes, também, o candidato a prefeito apoiado pelo governo do estado e um deputado federal que há muitos anos vem renovando o seu mandato, às custas de uma base eleitoral pautada pelo apoio a instituições públicas de saúde da cidade.

Terminada a cerimônia, ouvi de um enfermeiro sua profunda indignação com aquele tipo de situação. Dizia que “os grandes” haviam provocado o evento para autopromoção de suas imagens de políticos, em época de campanha eleitoral. Além do mais, nem sequer fizeram referências às condições em que se encontrava o hospital, como forma de passarem uma imagem que, segundo ele, encobre a realidade do atendimento psiquiátrico no município.

Um outro enfermeiro falava sobre a ausência de alguns colegas, ao que ele chamou de “protesto mudo”. Em meio a esses comentários, soube que os “convidados” ficariam para almoçar no hospital, pois os aguardava um almoço especialmente preparado para o dia, com muita “fartura”. Lembraram-se alguns de muitos colegas que eventualmente precisavam almoçar no hospital e não tinham a devida autorização, justificada por motivos econômicos.

A realização deste trabalho de pesquisa não foi uma tarefa fácil pois presenciar o jogo de interesses particulares de determinados personagens do cenário político, que se dizem voltados para o trabalho público, provoca um grande desgaste emocional e muita frustração.

Sei que falar em transformação requer um enorme exercício de paciência e perseverança, além da necessidade de olhar para as coisas, vislumbrando “descortinar” as aparências, de forma que possa sempre estar exercitando a aproximação do “real”. Entendo, também, que a visão da realidade será incompleta, caso seja somente olhada sob o ponto de vista das

macro-estruturas, não sendo o homem considerado como sujeito central da história.

*“Se a realidade é incompleta sem o homem, também o homem é igualmente fragmentário sem a realidade. Não se pode conhecer a natureza do homem na antropologia filosófica, a qual encerra o homem na subjetividade da consciência, da raça, da socialidade, e o separa radicalmente do universo. O conhecimento do universo e das leis do processo natural é **sempre**, direta ou indiretamente, também conhecimento do homem e conhecimento da sua natureza específica”*(KOSIC, 1995, pág.248).

É nesse movimento que procurei conduzir a metodologia deste trabalho, procurando situar os sujeitos em meio às circunstâncias, contextualizando suas atividades, enxergando-os como centro histórico-social da realidade. Além disso, existe a percepção de que sempre a apreensão da realidade será incompleta, pois que ela é muito mais dinâmica que a capacidade do pesquisador em apreendê-la.

CAPÍTULO II

O CAMINHO TEÓRICO- METODOLÓGICO.

Os princípios da pesquisa qualitativa.

Minha proposta foi a de desenvolver uma pesquisa qualitativa. Assim, MINAYO(1994), ao tecer comentários sobre as características que distinguem as especificidades das Ciências Sociais, afirma ser o objeto de investigação dotado de consciência histórica, em que o possível se concretiza com base nas diversificadas visões de mundo, tendo como pano de fundo o processo histórico, no qual indivíduos e grupos são, ao mesmo tempo, atores e frutos do contexto em que estão inseridos.

Além disso, há uma outra característica que trata da identidade entre o sujeito e o objeto da investigação. Apesar de serem todos seres humanos e se diferenciarem por questões de cultura, classe social, faixa etária, ou outro motivo qualquer possuem algum substrato comum, tornando - o sujeito e o objeto - *“solidariamente imbricados e comprometidos”*(MINAYO,1994).

Deste modo, conforme já comentado, estudei a prática cotidiana do enfermeiro psiquiátrico, entendendo que o objeto de estudo se refere à “gente”, pertencente a determinado grupo social ou classe, sujeitos potenciais de sua história, com suas crenças, valores e significados.

Penso, também, que foi importante considerar, dentro desse enfoque, o objeto (sujeito) de estudo como complexo, contraditório e inacabado, movimentando-se em constante transformação. Dessa maneira, a realidade só pode ser apreendida por aproximação, de acordo com o processo dinâmico, que lhe é peculiar.

Na perspectiva do conceito de totalidade, busquei destacar os sujeitos, tendo em vista a relação entre as consciências individuais e a realidade objetiva, procurando compreender os diferentes matizes do colorido desigual impresso numa realidade determinada.

Lidando com pessoas ou sujeitos em relação, constatei que existe um imbricamento entre mim - sujeito que se propôs realizar a pesquisa - e os sujeitos que foram investigados, a partir do pertencimento a uma mesma categoria profissional - a do enfermeiro. Levei em conta, também, que contracenávamos em um espaço institucional comum, o M.H.P., mas atuávamos em posições diferentes, vez que sou membro de uma outra instituição - a Universidade Estadual de Feira de Santana (U.E.F.S.). Portanto, possuíamos um outro substrato comum porque, além da categoria profissional, pertencíamos a instituições estatais e por conseguinte à mesma entidade mantenedora - o Estado.

De acordo com DEMO (1992), diversos passos são indicados como relevantes para dar conta de um assunto a ser investigado. O primeiro aspecto considerado imprescindível foi o de ter um tema, ou seja, “...um problema interessante a ser estudado, fenômeno pertinente que se deseja analisar, fato novo que se pretende compreender”. A partir disso, o mesmo autor sugere um segundo aspecto, o da projeção das etapas a serem caminhadas, denotando sistematização e disciplina de trabalho.

Dessa maneira, a investigação desenvolvida delineou-se com características de um estudo de caso, por ter-me referido a um determinado contexto institucional, com características próprias, cujo foco foi o cotidiano de uma categoria profissional específica. Determinei, ainda, um recorte dessa realidade, direcionando a realização do estudo para apenas um pavilhão que é destinado à atenção integral a pacientes agudos masculinos, dada sua condição estratégica.⁵ Esta decisão foi tomada quando vivenciei a fase exploratória deste estudo, de julho a agosto de 1996.

Tal vivência fez-me observar que, no referido Pavilhão, há um elevado número de internações, com uma média diária ocupacional de 70 a 80 pacientes. Apresenta infra-estrutura precária para o seu funcionamento; registra maior número de intercorrências relacionadas à assistência de enfermagem e é onde acompanho os alunos do curso de graduação de enfermagem da U.E.F.S..⁶

Considerando os recursos humanos desse Pavilhão, apresento a configuração do seu quadro funcional, sendo importante registrar que nele está incluído o pessoal recém-contratado por período determinado.⁷ Três médicos, um terapeuta ocupacional e aproximadamente cinco auxiliares de enfermagem não fazem parte do quadro permanente do Hospital, sendo que o terapeuta

⁵ Esse Pavilhão está sendo considerado por mim como estratégico, devido a seus aspectos precários extremos de estrutura física; é aquele que está mais freqüentemente superlotado; destina-se aos pacientes do sexo masculino e por isso existe a preocupação da chefia de enfermagem em concentrar grande parte dos auxiliares de enfermagem homens, justificando a necessidade de maior força física no trato com os pacientes; além disso, foi através desse pavilhão que se iniciou a construção arquitetônica do hospital, o que poderá enriquecer este estudo de dados históricos importantes sobre a instituição.

⁶ Esse acompanhamento é realizado em cada semestre letivo, por um período aproximado de 2 meses.

⁷ O pessoal contratado engloba 5 profissionais (3 médicos, 1 enfermeiro, 1 terapeuta ocupacional) e 5 auxiliares de enfermagem admitidos no Pavilhão por um período de um ano pelo menos, a fim de que contribuam no ajuste do hospital aos padrões da classificação de Psiquiatria IV. Segundo a Portaria 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde, os recursos humanos do hospital especializado em psiquiatria deverão contar com: 1 médico plantonista nas 24 h., 1 enfermeiro das 19 às 7h, para cada 240 leitos, Para cada 40 pacientes deverá ter 1 médico psiquiatra e 1 enfermeiro, com 20 h. semanais distribuídos no mínimo de 4 dias. E ainda para cada 60 pacientes: 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 2 auxiliares de enfermagem. Além de para cada 120 pacientes: 1 clínico geral, 1 nutricionista e 1 farmacêutico.

ocupacional nunca foi visto no setor durante o período da pesquisa de campo realizada de dezembro de 1996 a fevereiro de 1997.

Quadro 1- Distribuição dos funcionários do Pavilhão de Agudos Masculino.(janeiro/97)

CATEGORIA FUNCIONAL	SEXO		TOTAL
	feminino	masculino	
Enfermeiro	1	2	3
Auxiliar de enfermagem.	18	10	28
Médico	1	2	3
Psicólogo	1	-	1
Terapeuta Ocupacional	-	1	1
Assistente social		1	1
Funcionário de higienização.	3	2	5
TOTAL	24	17	41

A distribuição do pessoal apresentado nesse quadro guarda especificidades de acordo com o turno, horário e finais de semana, bem como a categoria funcional. O enfermeiro da manhã é o chefe do setor, portanto, responsável pela administração geral do Pavilhão. No período da tarde, o outro enfermeiro fica voltado mais detidamente para a assistência direta aos pacientes; suas providências administrativas são poucas, sendo encaminhadas para o enfermeiro da manhã. O enfermeiro dos finais de semana é supervisor,

que acompanha a dinâmica do local, sem contudo interferir nos encaminhamentos administrativos, os quais são endereçados ao enfermeiro-chefe para as devidas providências. No período da noite não há enfermeiros no hospital.

Quanto aos auxiliares de enfermagem, são em número de 6 no período da manhã, 3 à tarde e 3 à noite. Na sua maioria são homens, os quais se fazem presentes nos três turnos de trabalho.⁸ Nos finais de semana, a distribuição é de 3 pela manhã, tarde e à noite, perfazendo um total de 9 cada dia.

Durante a coleta de dados, três psiquiatras atendiam no Pavilhão durante a semana. O que era o único responsável se encontrava de férias e depois entraria de licença-prêmio, com a possibilidade de um afastamento permanente, conforme informações colhidas.

Os pacientes são distribuídos em número de 10 para cada médico, conforme os horários programados, ou seja, nas segundas-feiras atendem dois psiquiatras, um, das 7 às 10 horas e outro, das 16 às 19 horas; nas terças, quartas e quintas-feiras, dois deles revezam o atendimento no horário das 7 às 10 horas nos dias respectivos; nas sextas-feiras, um outro psiquiatra atende das 13 às 16 horas. Nos finais de semana o médico plantonista da emergência atende os chamados que se fizerem necessários.

O psicólogo e assistente social trabalham apenas no turno da manhã de segunda à sexta-feira. Os funcionários da higienização trabalham em número de três, todos os dias da semana, no sistema de serviço diurno (SD), ou seja, 8h por dia com revezamento de acordo com escala preparada pelo enfermeiro-chefe do serviço.

O campo da pesquisa.

Na descrição do campo da pesquisa, achei conveniente trazer aspectos geográficos e epidemiológicos do município, características macro-estruturais

⁸ Na distribuição do serviço uma grande preocupação da enfermeira que faz a escala dos auxiliares é concentrar uma maior quantidade de homens nos turnos, justificando a utilização da força física, quando necessário.

de inserção do enfermeiro, além daqueles concernentes ao M.H.P., espaço onde desenvolve sua prática cotidiana.

- o município.

Antes de falar sobre o hospital, considero importante colocar alguns dados sobre a cidade de Feira de Santana, na Bahia, onde ele está situado, bem como proceder a uma abordagem sobre o que encontrei a respeito das políticas de saúde mental do estado e município.

Feira de Santana é uma importante cidade do Recôncavo Baiano, fundada por volta do século XVIII, no ano de 1732, oriunda de uma fazenda de nome Santana dos Olhos D'Água, cujo proprietário chamava-se Domingos Barbosa de Araújo. Após a construção de uma capela em sua fazenda, ele viu serem construídos casebres de rendeiros e comerciantes, dando início ao que futuramente viria ser a cidade.

A área do município corresponde a 1344Km², distante de Salvador 110Km, com cerca de 242m de altitude em relação ao nível do mar, constituindo-se na 2ª região administrativa do Estado. A principal atividade econômica é o comércio, apesar do acentuado crescimento da indústria e da pecuária. Conhecida como entroncamento rodoviário, a cidade é cortada pelas BR101, 116 e 324 e pelas BA052 e 502, o que favorece sua ligação a quatro regiões do país: Nordeste, Sudeste, Centro-Oeste e Sul.

Em 1990, sua população, estimada pelo Centro de Informações em Saúde da Secretaria de Saúde da Bahia era de 406.840 habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa do Estado, ainda hoje. Nesse mesmo levantamento, 85% da população é urbana e 15%, de zona rural; 52% são mulheres, tanto na zona urbana, como na rural, havendo predominância de jovens.

O Plano de Saúde Municipal, elaborado para o ano de 1992, no item intitulado “Análise da Atual Situação Sanitária e do Sistema de Saúde de Feira de Santana” trata do perfil epidemiológico e do perfil organizacional do setor saúde do município. Referindo-se aos principais problemas seja do ponto de

vista epidemiológico, seja do ponto de vista dos serviços oferecidos, nada é abordado a respeito da situação atual do atendimento psiquiátrico. Tal omissão pode estar associada à maneira como é encarada a questão da saúde mental, não só na cidade como também no Estado. É notória a falta de prioridade nessa área, apesar de a cidade contar com uma macro-instituição estatal, servindo como o maior centro de referência do Estado, atendendo aos que padecem de sofrimento psíquico.

Esse Plano foi elaborado em 1991, época em que também houve a formação do Conselho Municipal de Saúde, juntamente com o Fundo Municipal de Saúde, sob a lei de número 1421/91. Através dele, a prefeitura destina 10% do orçamento do município ao setor saúde.

É importante destacar uma avaliação registrada dentro do Plano, pelo próprio Conselho, em relação à situação da Secretaria Municipal de Saúde, que refere não estar essa devidamente estruturada para o bom gerenciamento do Sistema Único de Saúde, por falta de regimento interno, discriminando claramente as atribuições e competências de cada setor e cargo, falta de pessoal, infra-estrutura técnico-administrativa, equipamentos, veículos e pessoal de apoio. Colocam ainda que o Plano vem suprir em parte as necessidades de um planejamento adequado à realidade epidemiológica do município.

As primeiras diretrizes políticas, que orientam esse Plano, são o atendimento dos principais problemas de saúde da população, com o maior impacto possível, o alcance da universalidade da prestação de cuidados em condições eqüitativas para todos, o oferecimento de serviços de saúde de caráter integral, com a maior eficiência e eficácia possíveis e a criação de uma gestão descentralizada e participativa do SUS, objetivando o controle social dos serviços de saúde. A partir daí foram traçadas as prioridades de implementação das ações de saúde do município, cada qual com suas justificativas, objetivos, estratégias e metas. O Programa de Saúde Mental ocupa a sexta posição nas prioridades, sendo o único sem metas adotadas, situando-se no conjunto das

Atenções ao Adulto (Feira de Santana, Conselho Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde, 1992).

Na Secretaria de Saúde do Estado, obtive o Plano de Saúde Mental referente ao quadriênio 91/95. Segundo esse documento, a Bahia se constitui num dos poucos Estados que possui um número de leitos psiquiátricos (um leito por 2000 habitantes) aquém do parâmetro indicado pela O.M.S. um leito p/ 600 hab. aproximadamente. Coloca que isso se deve ao fato de a Bahia não contar com muitos hospitais psiquiátricos de grande porte mas com nove serviços descentralizados de internação de pequeno e médio porte, dispondo também de dezenove serviços ambulatoriais próprios, os quais considerou “*razoavelmente descentralizados*”. Não está explicitado no documento quais são esses serviços e a distribuição deles.

O que observo na colocação anterior sobre o dado da distribuição do número de leitos por habitante é que por detrás dessa afirmação pode estar presente uma justificativa para o pouco progresso do Estado na área da saúde mental, considerando a situação atual até “boa” diante da existência de poucos hospitais de grande porte. Não parece estar sendo levado em conta as precárias condições de atendimento que esses locais possam ter, referentes à superlotação, falta de projeto assistencial, além das deficiências quanto ao aspecto físico das instalações.

Apesar disso, o referido Programa de Saúde Mental propunha, através de decisão do Governo do Estado da época (1991), a recuperação e melhoria dos serviços de saúde, estabelecendo como Metas e Diretrizes priorizar as ações ambulatoriais, a agilização e descentralização da oferta de leitos psiquiátricos e um melhor gerenciamento dos serviços de saúde mental para o quadriênio 91/95.

Atualmente, existe um Programa de Orçamento de Saúde (PROS 96) que, na parte referente à questão da saúde mental, estabelece como “*imagem-objeto: promover a saúde mental da população e prevenir as complicações dos transtornos mentais, proporcionando cobertura assistencial aos indivíduos que manifestem alterações em seu equilíbrio.*” Esse programa tem como um dos

seus objetivos a ascensão ao nível de Procedimento Psiquiatria IV, da Tabela do SIH-SUS, do M.H.P., juntamente com um outro manicômio do interior do estado.⁹

Essa classificação, determinada pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, refere que os hospitais se ajustem para o creditamento nesse Grupo de Procedimentos em Psiquiatria IV, atendendo a certas exigências nas condições físicas. A Secretaria de Saúde do Estado, em atendimento a essa medida, elaborou um roteiro para observação dos locais de internamento, aplicado por uma equipe destinada para supervisão desses locais.

Assim, qualidade, quantidade e estado de conservação e limpeza da roupa de cama, banho, cobertores e colchões; chuveiros, sanitários e lavatórios próximos às enfermarias e em número suficiente aos pacientes; posto de enfermagem com material de urgência, ausência de práticas reclusivas e presença de área externa para lazer dos pacientes são exemplos dos requisitos básicos para atendimento às citadas medidas. Faz parte também das exigências a existência de salas específicas para atendimento técnico de enfermagem, serviço social, psicologia e terapia ocupacional, com mobiliário adequado a cada especialidade.¹⁰

Como o hospital não se adequava à grande maioria das medidas, um acordo foi feito para que até o final de 1994 tudo fosse ajustado. Apesar de a reforma ainda estar no campo das previsões futuras, o hospital já recebe como se atendesse os Procedimentos da Psiquiatria IV.¹¹

⁹ O nível de Procedimento em Psiquiatria IV é uma das classificações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, conforme as características físicas e assistenciais do hospital. Dessa forma, existem os níveis Psiquiatria I, Psiquiatria II, Psiquiatria III, em que, respectivamente, classificam o hospital de menos ou mais aparelhado.

¹⁰ O roteiro poderá ser verificado na parte dos anexos deste trabalho (anexo 4). Nele poderão ser observadas outras exigências, às quais o hospital investigado não corresponde.

¹¹ Obtive informações verbais, em setembro de 1997, dizendo que, além de estar sendo construído um grande muro cercando o hospital, fato já por mim presenciado, quando da realização da pesquisa, em janeiro de 1997, também está sendo reformada a rede sanitária dos Pavilhões de internamento.

Diante de todos esses dados, preliminarmente apresentados, chama-me a atenção o pouco caso dado à questão da saúde mental em um município que, atualmente no Estado, possui o maior hospital psiquiátrico de referência, apresentando-se em condições precárias de funcionamento para atender à enorme demanda sempre crescente na região.

Além disso, o que pude observar de concreto nas reformas foi a construção de um grande muro fechando toda a área externa do hospital e o andamento da construção de dois lares abrigados, considerados como um projeto piloto, destinado a apenas 8 pacientes (4 do sexo feminino e 4 do sexo masculino). Os pavilhões internamente continuavam ainda precários e até fevereiro de 1997, quando terminei o levantamento dos dados desta pesquisa, presenciei discussões sobre planos de reforma física dos setores.

Ficou evidente que a preocupação da política de saúde mental do Estado em ascender o hospital a um maior nível de atendimento em psiquiatria significa, para a instituição, um repasse maior de verbas e conseqüente aumento das internações, o que vai de encontro às diretrizes do Projeto de Lei 3657/89 de autoria do deputado federal Paulo Delgado, que propõe a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e novas alternativas de assistência psiquiátrica.¹²

- o hospital.

O hospital em foco constitui uma unidade da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, público, especializado na assistência psiquiátrica, situado na cidade de Feira de Santana.

Durante o período em que empreendi a investigação, fiz contato com a direção, setor de recursos humanos, setor de registros e estatísticas de pacientes, tentando levantar dados sobre a história do hospital. No entanto, não foi encontrado nenhum documento oficial e, em apenas algumas pastas do setor de recursos humanos, encontrei dados sobre a sua fundação, rascunhos de projetos anteriormente elaborados.

¹² Vide texto em anexo.

Neles constava ter sido o hospital fundado em 21 de julho de 1962, com 31 leitos, com a finalidade inicial de atender pacientes “crônicos” procedentes do Hospital Juliano Moreira em Salvador. A partir da necessidade de atendimento à internação não só de pacientes provenientes da capital, como também de outras cidades do estado, o hospital passou a atender pacientes agudos de toda a região. A demanda foi crescendo de tal maneira, que hoje ele é o maior hospital psiquiátrico da Bahia.

Posteriormente, em contato com o funcionário mais antigo desse nosocômio, participante ativo na construção e iniciação do seu funcionamento, obtive-lhe o seu depoimento que muito contribuiu na conformação da história viva do local.

A partir de um trecho da sua fala, em que se refere à vinda para o hospital, fica evidente as condições do seu funcionamento na origem:

“No dia 13 de outubro de 1960, eu fui designado pra qui. Aqui cheguei às 2 horas da tarde, eu e um colega meu A. I. C., já falecido, acompanhando 12 doentes crônicos. Me alojei em uma cabana, semi-aberta, sem luz elétrica e sem água. Digo semi-aberta, porque era coberta com meia parede, duas portas, uma de entrada outra de saída, aí alojei os pacientes e eu fiquei em uma porta e o meu colega em outra.” (Entrevista nº 1)

Nessa época, o hospital ainda não tinha nome, nem estava construído. O mesmo funcionário continua afirmando:

“Nem era construído, não tinha nome nem nada, né. Então, é...é... 61, 62, em 62 foi que o Hospital viveu. Teve um nome e que veio o Dr. C.A.K., veio J., o meu vizinho, essa casa já estava pronta, que eu abri a área pra fazer essa casa, limpei, arranquei o coiso e tudo. Fiz essa casa, fiz a de lá, fiz não, ajudei com os doentes, né... Eu auxiliava o mestre de obras, porque ele aproveitava... eram homens fortes (os pacientes) que sabiam trabalhar. E, por razão de não ter a mão-de-obra suficiente aqui eu colaborava... E colaborava pra ter essa casa o mais rápido pra ver minha família chegar, porque eu aqui sofria muito...! Sozinho, né. (Entrevista nº 1) (A casa referida é a em que ele ainda reside atualmente e fica na área do hospital)

Ainda nesse depoimento, quando questionado sobre quais teriam sido os primeiros pavilhões que funcionaram após a cabana de origem, o funcionário continua:

“Ai depois veio o Pavilhão Rocha Filho. Começamos a trabalhar somente com ele. Depois veio o Adelaido Ribeiro.” (Entrevista nº 1)

Nesse trecho da entrevista, D. L., sua esposa, que se encontrava presente, interrompe e fala:

“Não, o Jurandir Manfredini foi feito primeiro, porque era um de homem e um de mulher, depois foi que fez o Adelaido Ribeiro.” (Entrevista nº 1)

Aqui, fica claro que, nessa época, o Hospital possuía dois Pavilhões para atendimento de pacientes femininos e masculinos. Depois, de acordo com o crescimento na demanda de pacientes foi necessária a construção de outros Pavilhões que dessem conta, conforme esse trecho revela:

“Depois passou o Adelaido Ribeiro, porque o Rocha Filho já não tava dando mais pra o internamento. Tinha que ter mais Pavilhões e ai fez mais outro. E continua até hoje.” (Entrevista nº 1)

Atualmente, o hospital, quanto à sua forma de construção, possui uma arquitetura pavilhonar, com edificações muito distantes umas das outras, grandes muros e predominância de grades de ferro. Tem capacidade para 550 leitos, muitas vezes excedendo esse total. Desses leitos, 400 são destinados ao “Núcleo de Recuperação Agrícola”, que abriga pacientes considerados clinicamente “fora de possibilidade terapêutica”(FPT)¹³, também conhecidos como “crônicos”. Tem uma área de 80 ha.(800.000m²), sendo hospital de referência para todo o estado. Essa dimensão, para a época em que ele foi construído, era considerada por si só como terapêutica.

As 13 edificações que constituem o hospital são assim distribuídos:

- o de **apoio administrativo** com a diretoria geral, administrativa, de serviços gerais, de pessoal, de planejamento, a central telefônica e o relógio de ponto;
- o **auditório**, chamado de “Mabelão”, (onde estavam sendo iniciadas pequenas oficinas ocupacionais, abertas aos pacientes, por iniciativa de um terapeuta ocupacional);

¹³ Essa nomenclatura origina-se da Portaria nº 149 de 7 de dezembro de 1995 do Ministério da Saúde, a qual determina bases para um programa terapêutico destinada a clientela de pacientes considerados cronicamente deficientes

- o de **internamento de pacientes masculinos agudos** com capacidade para 100 leitos, onde no mesmo prédio, ao lado desse setor, funciona o **ambulatório de adultos**, os setores de emergência e de triagem;

- o de **internamento de pacientes femininos agudos** com capacidade para 100 leitos, funcionando ao lado desse setor, o de licitação;

- o de **atendimento a menores**, que funciona somente nos períodos diurnos, com uma escola e ambulatório dirigidos a crianças excepcionais;

- o de **apoio terapêutico**, onde se encontram as coordenações dos serviços de enfermagem, assistência social, recursos humanos e higienização, além do laboratório e biblioteca;

- o da **unidade agrícola**¹⁴, que consta de uma horta e galinheiro, mantidos por uma terapeuta ocupacional, onde alguns poucos pacientes(mais ou menos 20), efetivamente se ocupam da plantação. (Ao lado dessa unidade, encontra-se desativada a terapia ocupacional, onde outros pacientes se ocupavam de trabalhos artesanais);

- os do **“Núcleo Agrícola”**, composto de cinco unidades de internamento dos pacientes “crônicos”, ou as chamadas “células”, das quais duas são masculinas e três femininas. Cada célula possui capacidade para 100 pacientes, distribuídos nos chamados módulos, subdivididos em “casas”(casas A e B em cada módulo), sendo que duas dessas células estão com 50 pacientes cada;

- um **grande pavilhão central**, onde funcionam os refeitórios masculino e feminino das células, a cozinha, o setor de nutrição e a lavanderia.

Quanto aos recursos humanos, o M.H.P. conta com 485 trabalhadores, nos quais estão incluídos os que foram recentemente contratados por período determinado (80 no total entre profissionais e auxiliares de serviços), com a perspectiva de serem atingidos os critérios de classificação do hospital em Psiquiatria IV. Estão distribuídos de acordo com os quadros que se seguem:

(grabatários), ou fora de possibilidade terapêutica, internados em hospitais psiquiátricos.

¹⁴ O que chamo de unidade agrícola é o pavilhão que tem o setor de terapia agrícola do “Núcleo Agrícola”, ou seja, destinado aos pacientes crônicos.

Quadro- 2- Profissionais de saúde M.H.P .(jan./97)

CATEGORIA FUNCIONAL	NÚM ERO	%
Enfermeiro ¹⁵	30	26,08
Médico ¹⁶	40	34,78
Psicólogo	13	11,30
Nutricionista	04	3,48
Assistente social	09	7,83
Farmacêutico	03	2,61
Terapeuta Ocupacional	12	10,43
Fisioterapeuta	04	3,48
TOTAL	115	100

O serviço de enfermagem está organizado sob a forma de seção, ligada diretamente à vice-diretoria de saúde do hospital, e conta com 227 trabalhadores, incluídos os que fazem parte do quadro funcional permanente e os recém contratados por tempo determinado (em número de 4), assim especificados:

Quadro 3- Equipe de enfermagem do M.H.P.(jul/96)

CATEGORIA	NÚ	%
-----------	----	---

¹⁵ Os enfermeiros foram destacados em um outro quadro específico criado para a categoria.

¹⁶ Os médicos estão distribuídos nas seguintes especialidades: 9 psiquiatras, sendo 1 infantil, 5 clínicos, 3 cardiologistas, 5 ginecologistas, 1 anestesista, 1 neurologista, 2 pediatras. Apesar da especialidade, atuam como psiquiatras ou clínicos nas unidades de internação. Além disso, um dos pediatras é o Diretor Geral.

	MERO	
Atendente de enfermagem ¹⁷ .	58	2 5,55
Auxiliar de enfermagem	139	6 1,23
Enfermeiro	30	1 3,21
TOTAL	227	1 00

Faço destaque à categoria dos enfermeiros, que se distribuem em funções diferenciadas entre si, segundo a posição ocupada na hierarquia institucional, estando incluídos nesse total aqueles enfermeiros recém contratados por tempo determinado (em número de 4).

Dessa maneira, são doze os que ocupam a função de chefia assim distribuídos: seção de enfermagem, setores de ambulatório e higienização, Divisão de Recursos Humanos (D.R.H.), comissão de licitação e as sete unidades de internação. Dois enfermeiros ocupam a função de assessores da chefia da enfermagem e se responsabilizam pelas escalas das unidades, entre outras providências administrativas de apoio.

Os enfermeiros de supervisão são em número de três e atuam à tarde e finais de semana em que se responsabilizam pelo hospital. Outros três, trabalham no ambulatório realizando a triagem, o acompanhamento dos pacientes que usam Haldol-decanoato¹⁸ e as consultas de enfermagem. Um outro enfermeiro está à frente do Projeto Larga Escala, no setor de recursos humanos. Três enfermeiros encontram-se de licença médica e dois outros estão à disposição de instituições do Estado.

Com a chegada de mais quatro enfermeiros, os pavilhões de pacientes agudos contam cada um com um e o setor das Células tem outro, no período da

¹⁷ No hospital está em execução o Projeto Larga Escala que capacita os atendentes de enfermagem a transformarem-se em auxiliares de enfermagem.

¹⁸ Esse medicamento é um neurolético injetável, de ação prolongada utilizado em uma média de uma aplicação mensal para o paciente que se mantém estabilizado com a medicação oral, segundo informações colhidas da enfermeira do programa.

tarde; um outro está substituindo um enfermeiro do ambulatório, que se encontra de licença maternidade.

Os dados abaixo evidenciam que o maior contingente de mão-de-obra do hospital é constituído pelos trabalhadores de enfermagem de nível médio.

Quadro 4- Panorama geral dos trabalhadores do M.H.P.(jan./97)

CATEGORIA	NÚ MERO	%
Profissionais de saúde ¹⁹ .	115	23,71
Atendentes e auxiliares de enfermagem.	197	40,61
Equipe de apoio. ²⁰	173	35,67
TOTAL	485	100

Os sujeitos da pesquisa.

Com a preocupação fundamental de poder apreender a maneira como ocorre o desempenho diário do enfermeiro que trabalha em manicômio, diante do tratamento que é prestado ao paciente psiquiátrico do M.H.P. de Feira de Santana, foi considerado como informante inicial no processo de coleta de dados o enfermeiro-chefe de uma das unidades do hospital e os demais sujeitos que com ele se relacionam e que estão mais próximos da rotina de atendimento ao paciente internado no pavilhão de agudos já destacado anteriormente.²¹

Foram entrevistados 4 auxiliares de enfermagem, 7 enfermeiros, 1 médico, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 diretor geral e 2 vice-diretores, 1 chefe do apoio terapêutico e 2 funcionários de limpeza, perfazendo um total de

¹⁹ Aqui os enfermeiros foram incluídos, contribuindo na conformação da visão panorâmica do quadro geral dos trabalhadores.

²⁰ Nessa equipe de apoio estão incluídos todos os trabalhadores que atuam nas funções de motorista, telefonista, funcionários de limpeza, manutenção, lavanderia, portaria, e secretaria.

²¹ Rever Quadro-1 na página 55.

21 trabalhadores²². Esse total é correspondente a 4,33% de uma população de 485 que trabalham no Hospital.

O enfermeiro da comissão de licitação também poderia contribuir de maneira indireta com aqueles que lidam na assistência, por se tratar de um setor que lida com todo o suprimento de material do hospital e isso pode afetar a maneira como são conduzidos os problemas relativos ao suprimento de material do pavilhão. No entanto, não foi possível contato com esse profissional em virtude do seu afastamento do hospital no período da realização da pesquisa.

A dinâmica das experiências dos sujeitos sugeriu a possibilidade de coleta de dados através de depoimentos pessoais, pela entrevista semi-estruturada, além da observação participante. O cotidiano do enfermeiro que trabalha em manicômio foi assim apreendido, a partir do estabelecimento da relação dessa categoria profissional com as demais que, daquele espaço institucional, fazem parte e o constroem.

Como critério de seleção para as entrevistas direcionadas aos auxiliares de enfermagem, procurei entrevistar aqueles que estavam mais próximos do trabalho diário do enfermeiro, além de outros que se posicionavam mais distantes, de modo a estabelecer um contraponto entre essas duas possibilidades. Ao lado disso, considerei os turnos de trabalho, pois sei que cada um deles guarda peculiaridades no modo como se conduzem as atividades.

Quanto aos pacientes, foram selecionados 2 daqueles que estavam fora da fase de surto e que mantinham condições de diálogo, possibilitando melhor entendimento de sua mensagem. A escolha se deu a partir da indicação de um dos auxiliares de enfermagem que mais próximo trabalha da assistência, além de ser considerada a disponibilidade e aceitação do paciente, para realização da entrevista.

²² Também foram entrevistados 2 pacientes que aceitaram serem entrevistados e foram indicados por auxiliares de enfermagem que se mantêm mais próximos deles.

Havia uma média de 43 pacientes no período da coleta de dados no Pavilhão. Desses, aproximadamente 20 ajustavam-se a essas condições. A escolha foi feita pela indicação dos auxiliares de enfermagem, os quais mantêm um contato mais próximo com eles. Foram sugeridos seis pacientes, sendo que apenas dois se dispuseram a ser entrevistados. Um, tinha 28 anos, solteiro, um filho, 2ª internação nesse hospital, a qual durava 12 dias, com diagnóstico de psicose não-especificada. O outro, tinha 41 anos, casado, 2 filhos, 10ª internação no hospital, que já durava 8 meses, com diagnóstico de síndrome de dependência do álcool. No prontuário deste último havia um relatório médico-psiquiátrico, elaborado para que sua esposa pudesse receber o benefício previdenciário, justificando a incapacidade do paciente para recebê-lo. Um dos trechos do relatório, que achei conveniente destacar afirmava: “...*está sob controle de medicação psicotrópica e em condições de alta hospitalar, porém continua com resquícios psicóticos que ficaram embutidos, devido ao uso de neurolépticos...*”

Para os funcionários da limpeza, 2 entrevistas foram realizadas de acordo com a acessibilidade e a maior proximidade dos enfermeiros que mais diretamente atuavam no Pavilhão: o do período da manhã e o da tarde. Assim, foram selecionados aqueles cuja escala de trabalho abrangia o período da manhã e tarde. Três se encontravam nessas condições.

Procurei considerar, nos comentários, a minha observação de campo e a essência do conteúdo das falas dos auxiliares de enfermagem, pacientes e funcionários de limpeza, envolvendo também a conduta que mantêm em relação com o trabalho cotidiano do enfermeiro.

A realização da pesquisa de campo se deu no período compreendido entre o mês de dezembro de 1996 a fevereiro de 1997, quando, além das entrevistas, fiz observação sistematizada, cujas cenas do cotidiano do enfermeiro do Pavilhão foram registradas em diário de campo.

Os registros da observação empírica, com base na realidade apresentada, ocorreram mais freqüentemente no período da manhã, embora tenha estado no campo em algumas tardes, nas quais tais registros também foram efetivados. A

preferência pelo turno matutino deve-se à riqueza dos acontecimentos no cotidiano desse Hospital.

Com os depoimentos desses sujeitos articulados à observação de campo e a outros dados subsidiários, a exemplo de documentos da Secretaria de Saúde do Estado, pude obter, ainda que não totalmente, uma configuração do trabalho cotidiano do enfermeiro que trabalha em manicômio, relacionada principalmente à maneira como é conduzida a assistência ao paciente.

Fases da pesquisa.

Nos meses de julho e agosto do ano de 1996 realizei a fase exploratória deste estudo. No dia 8 de julho fui até ao hospital e procurei o enfermeiro coordenador geral do serviço de enfermagem para informar sobre as razões da minha presença na instituição nesse período e como seria meu procedimento de trabalho. Fizemos então um acordo de que ela comunicaria aos diversos setores minha permanência temporária na instituição e, ao passar em cada um deles, eu deveria esclarecer as pessoas sobre o meu papel no local.

Achei conveniente procurá-la, pois estava voltando basicamente o meu olhar para o trabalho do enfermeiro. Informei-lhe que já existia na Diretoria Geral um documento da Universidade que comunicava a realização da pesquisa e este havia sido entregue na gestão do antigo Diretor Geral.

Nessa etapa, estabeleci um plano de trabalho que me auxiliasse na efetivação do estudo. Para tanto, procedi a uma observação sistematizada do campo a fim de poder visualizar um recorte da área para a investigação.

Assim, dentro desse plano, tive a intenção de percorrer todos os diversos setores de atendimento do hospital. Comecei, então, pelo ambulatório, local de entrada dos pacientes. Observei o funcionamento dos setores de emergência, de triagem e de consultas subseqüentes, onde existe a atuação de enfermeiros. Além disso, realizei entrevistas com os respectivos enfermeiros e pude perceber que o trabalho deles nesses setores é muito específico e diferente daqueles em que a atuação desse profissional se dá no atendimento aos pacientes internados. Dessa maneira, estava descartada a possibilidade de enfocar o ambulatório,

diante da especificidade do trabalho desempenhado aí pelo enfermeiro, o que ia de encontro à proposta deste estudo.

Durante o período em que me encontrava no ambulatório, fui chamada pela Diretoria Geral do Hospital para prestar esclarecimento sobre minha presença diária no estabelecimento. Solicitaram-me um documento atualizado justificando a razão da realização da pesquisa. O Diretor explicou-me que havia sido procurado por enfermeiros que se mostravam surpresos com minha presença e desconheciam a proposta de trabalho. Assim, fui aconselhada a fazer uma nova comunicação escrita, na qual deveria colocar uma minuta do projeto de pesquisa. Só então, mediante autorização oficial, poderia continuar o trabalho exploratório de campo.

Surpreendi-me quando, ao entregar o referido documento ao Diretor, esse comunicou-me que não possuía autonomia para autorizar a pesquisa e que iria dirigir-se a Salvador e, através da Secretaria de Saúde, buscar obter o respaldo para uma possível autorização.

Comunicado o fato à chefe do Departamento de Saúde da Universidade onde trabalho, fui aconselhada a ir diretamente ao Secretário de Saúde do Estado, autoridade máxima do setor no Estado. Com audiência marcada pela referida chefe, foi-lhe entregue um documento no qual solicitava a sua autorização para realização da pesquisa, estando em anexo uma minuta do projeto. Obtive de imediato a sua anuência.

Retornei ao Diretor Geral levando esse novo documento, estando dessa vez registrada a autorização do Secretário de Saúde e não existindo mais argumentos para recusa. Fui encaminhada ao setor de protocolo, a fim de que registrasse e se arquivasse tal medida. Entreguei então o documento original e fiquei com uma cópia para eventual necessidade.

Continuando a fase exploratória da pesquisa, passei para o Pavilhão de atendimento a pacientes masculinos, considerados em surto agudo da doença. Nesse local, observei que se concentrava a área de maior movimento do hospital. Pude perceber isso pelo número de atendimentos diários que ali se realizavam, uma média de 3 a 5 admissões, um pouco a mais que o Pavilhão

feminino que ficava entre 2 a 4 internamentos. Além disso, pelos comentários que ouvia dos funcionários e por ter um conhecimento das demais áreas físicas do hospital, pude selecioná-la ainda como a mais emergente para as reformas, o que ia ao encontro do que ouvira sobre a prioridade para o início das obras. Dessa maneira, já nessa fase elegi esse Pavilhão como foco deste estudo, conforme explicitação anterior.

Passei para a fase da pesquisa propriamente dita e, em dezembro de 1996, retornei ao Hospital a fim de realizar as entrevistas com os sujeitos selecionados, procedendo à observação sistematizada do Pavilhão escolhido como foco.

Ao chegar na instituição, dirigi-me à Diretoria Geral para informar o meu retorno e esclarecer sobre a fase de investigação em que me encontrava. Falei com o Vice-Diretor de Saúde, que substituíra o Diretor Geral no momento. A seguir, fui até a Chefia Geral de Enfermagem para também colocá-lo ao par da minha presença no Hospital. Procurei ainda o enfermeiro-chefe do Pavilhão para que ficasse informada da minha presença no setor, durante o período proposto para o estudo. Ao mesmo tempo em que colocava todos cientes da minha volta ao trabalho de pesquisa, aproveitava para ir fazendo os contatos para realização das entrevistas. Assim, ia agendando os sujeitos, conforme disponibilidade destes.

É importante colocar que as pessoas, apesar de se demonstrarem colaboradoras com o trabalho, pareciam um tanto desconfiadas sobre os objetivos a que me propunha. A impressão era de que tentavam estar sempre justificando alguma coisa ou mesmo já ir me prevenindo sobre algo. Nesse sentido, “chuvas” de comentários surgiam do tipo: *“Aqui já aconteceu muita coisa...”*, ou mesmo, *“Não tem nada pra se aprender aqui...”*, ou então, como o que falou o enfermeiro do Pavilhão, quando lhe disse que queria conversar com ele sobre o seu trabalho: *“Mas eu não faço nada...!”*.

Observava, diante desses comentários, que a pesquisadora era visto como alguém de fora, que tentava penetrar nessa realidade e que necessitava ser informada, esclarecida ou mesmo prevenida de que, teoricamente, não teria

muito o que aprender. Dessa maneira tentava ir flexibilizando as relações, de forma a deixar claro que buscava estar o mais próxima daquela realidade como ela realmente se configurava, sem a intenção de procurar um modelo ideal que pudesse ser confrontado com ela.

Na situação de observadora sentia-me muitas vezes constrangida com esse papel. Era desconcertante verificar que os olhares dirigidos a mim tinham uma conotação interrogatória e prescrutadora do significado da minha presença no hospital. Uma demonstração disso ficou evidente quando participei das comemorações natalinas.

No dia 19 de dezembro foi celebrada uma missa de ação de graças pelo Natal que se aproximava. Em minha frente um dos enfermeiros tentava se mostrar “carinhoso” e natural, deixando ser abraçado por uma paciente cujos traços de deficiência mental eram evidentes. Assim, bastante eufórica com o clima festivo, dançava e cantava num total descompasso ao mesmo tempo em que abraçava o referido enfermeiro, procurando cumplicidade nos seus arroubos de “alegria”. Percebi os olhares desse profissional constantemente voltados para mim, esboçando um sorriso “amarelado”, ao mesmo tempo que ansioso. Que mensagem estaria ele querendo transmitir-me? De “intrusa”? De “observadora participante”?

GOFFMAN (1987) diz que em cerimônias institucionais há uma mistura das pessoas que participam da equipe administrativa do estabelecimento e dos internados que parecem estar numa posição de igualdade com aqueles. Ele ainda fala que nessas festividades existe uma certa licença, socialmente estabelecida, em que, apesar das fronteiras que os separam, há uma liberdade de atos em que parece estarem invertidos os papéis. Ou seja, os que fazem parte da equipe dirigente comportam-se oferecendo aos internados situações que comumente não são observadas, como forma de agradá-los naquela ocasião “especial”.

As entrevistas.

Utilizei como instrumento para coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturada direcionado para o enfermeiro, composto de dados pessoais,

dados referentes ao trabalho e questões amplas relativas à sua prática cotidiana. (Anexo I)

Para os demais sujeitos (médicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, psicólogo, assistente social e funcionários da higienização), essas mesmas questões foram adaptadas, conforme a categoria profissional a que pertenciam.

Para o paciente apliquei um outro roteiro de entrevista (Anexo II), considerando sua própria circunstância de internado, na qual o desempenho de suas atividades não se atrela à condição de trabalhador do local, contratado para esse fim, apesar de muitas vezes desempenhar funções de auxiliares dos serviços de limpeza do Pavilhão, o que é classificado como “terapêutico” pelos funcionários. O roteiro de entrevista, então, constou de dados pessoais, dados sobre o internamento e questões referentes à sua estadia no hospital e sua relação com o trabalho do enfermeiro.

As entrevistas foram gravadas e realizadas individualmente, no próprio hospital. Os entrevistados não tiveram prévio conhecimento das questões. Contudo, consentiram em participar do estudo, sendo-lhes garantida a reprodução fiel das suas respostas, assegurado o anonimato.

Antes de formular as questões gravei o consentimento das pessoas para continuar com cada entrevista. Não obtive resposta negativa por parte de nenhum entrevistado, porém, com alguns era necessário explicar detalhadamente a importância de as falas serem gravadas, dada a busca de fidedignidade em sua reprodução.

Todas as entrevistas foram realizadas com horário e data previamente marcados e confirmados entre entrevistado/entrevistador. Procurava sempre uma sala em que pudesse manter a porta fechada para que, livre dos barulhos ambientais e com a devida privacidade, o entrevistado pudesse expressar-se de maneira segura. Foram realizadas 23 entrevistas no total, conforme discriminação feita em parágrafos anteriores.

Como elemento de suporte, após cada entrevista procurei registrar as impressões sobre cada um dos entrevistados, suas dúvidas, suas resistências,

mudanças no tom de voz, silêncios e outros aspectos não-verbais da comunicação, que são, muitas vezes, reveladores de sentimentos e situações veladas.

A observação sistematizada constituiu-se também num instrumento fundamental para acompanhar o enfermeiro em seu dia-a-dia de trabalho registrando o desempenho de suas tarefas. Não tinha um roteiro preliminarmente estabelecido, registrando as cenas que iam acontecendo de um modo geral, no momento em que estava na unidade de internação, ou em outro local do hospital para que, posteriormente, fossem destacadas aquelas de maior importância para o presente estudo.

Ainda como suporte a esses elementos, busquei outras fontes como documentos da Secretaria de Saúde do Estado e do Município, que foram de fundamental importância para a contextualização do trabalho do enfermeiro.

A análise.

Considerando que a fase de análise não se constitui em um momento estanque, desvinculado das demais fases da pesquisa, é interessante salientar o seu caráter processual e dinâmico, em especial quando se trata de um objeto de estudo de natureza tão complexa como é o cotidiano do enfermeiro psiquiátrico.

Desse modo, pode ser apontado, segundo MINAYO(1994), três finalidades para essa etapa do estudo. A primeira delas é a de estabelecer um entendimento dos dados apreendidos, seguido da constatação da resposta aos pressupostos e objetivos propostos. Ainda esses resultados poderão ser analisados a fim de verificar se denotam maior clareza a respeito do objeto, ampliando o conhecimento sobre ele e relacionando-o com o contexto no qual se inserem.

Sei que o processo de análise não se dá exclusivamente ao final da pesquisa de campo, mas ocorre em todas as etapas do estudo. Entretanto, concretiza-se quando se está de posse dos materiais recolhidos para esse fim.

Após ter agrupado todos os resultados das entrevistas, anotações do diário de campo, documentos provenientes das secretarias de saúde do estado e município, além de outros do próprio hospital, procedi a uma leitura desse material de forma a apreender e selecionar aquilo que de fato pudesse clarificar o objeto na busca de atingir os objetivos e pressupostos do estudo.

Neste, considerei a idéia de que muitas das ações dos enfermeiros, em seu trabalho diário em um manicômio, atrelam-se mais especificamente às questões micro-estruturais, sofrendo também uma influência dos aspectos macro-estruturais. Além disso, no M.H.P., observei que o enfermeiro ocupa posições na hierarquia, que comumente não se fazem presentes na realidade da enfermagem de um modo geral. Isso pode ter um grande peso na maneira como as ações são realizadas, pelo caráter estratégico das diversas funções que o enfermeiro ocupa, já comentado por mim anteriormente.

Articular os resultados entre a minha compreensão e dúvidas sobre a realidade concreta é tarefa difícil pois, conforme afirma MINAYO(1994), *“pode ocorrer uma ilusão de transparência”* do pesquisador face à possível familiaridade com o objeto.

Outros aspectos também dificultadores do processo de análise, relatados por essa autora, referem-se ao envolvimento exclusivo com o método e a técnica, deixando de lado o dinamismo concreto das relações sociais entre os sujeitos e ainda o estabelecimento de correlações entre o referencial teórico e os dados efetivos que são oferecidos pelo campo.

Ressalto a importância da coerência, da consistência, da objetivação e da originalidade, elementos essenciais para a realização de um trabalho científico (DEMO, 1995).

MINAYO (1994) ressalta dois pressupostos básicos para a realização da análise na pesquisa:

- **o primeiro**, refere-se à idéia de que não existe consenso, nem ponto de chegada no decurso da produção do conhecimento;

- **o segundo**, faz referência ao fato de que a construção da ciência se processa a partir da relação dinâmica verificada entre a razão dos que a praticam e a experiência advinda da realidade concreta.

Na fase de análise da pesquisa, procurei seguir os seguintes passos:

- primeiro - *ordenação dos dados*, em que organizei os relativos às entrevistas e às transcrições das anotações provenientes da observação participante e outras fontes.

- segundo- *classificação dos dados*, em que se destacam aqueles relevantes para o estabelecimento dos pontos marcantes para a discussão, após leitura dos textos

- terceiro- *análise final*, em que se busca estabelecer correlação entre os resultados e o referencial teórico, considerando os pressupostos e objetivos do estudo, promovendo a relação entre o teórico e o prático, o abstrato e o concreto.

Nessa perspectiva, empreendi-me na discussão dos resultados desta pesquisa, procurando caracterizar as atividades dos enfermeiros e a trama que se estabelece entre eles próprios e entre eles e os demais profissionais, assim como também procurei apresentar e discutir o olhar dos dirigentes da Instituição com relação ao trabalho que os enfermeiros ali desempenham.

CAPÍTULO III

A DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A tarefa de análise parece-me uma das etapas do processo de investigação das mais trabalhosas para o pesquisador. Não é fácil o aclaramento do contexto dos entrevistados de maneira que consiga predominantemente ver o seu próprio lado. O meu olhar estará impregnado das

minhas próprias experiências e conceitos dos quais não terei como abrir mão. Dessa maneira, posso afirmar que só posso concretamente, **aproximar-me** da realidade, o que se traduziu pelas críticas e comentários que realizei.

Reiterando a suposição por mim considerada de que muitas das ações dos enfermeiros, em seu trabalho diário, estão relacionadas mais especificamente ao aspecto micro-estrutural e determinadas indiretamente pelas características estruturais mais amplas, observei que, no M.H.P., o enfermeiro ocupava posições na hierarquia, que comumente não se fazem presentes na realidade da enfermagem de um modo geral. Um exemplo disso é o fato de terem enfermeiros no cargo de chefe de ambulatório, recursos humanos, licitação e higienização, o que influencia a maneira como as ações são realizadas, pelo caráter estratégico dessas funções.

As atividades dos enfermeiros.

Neste estudo, como já esclareci, procurei direcionar a discussão para as atividades do enfermeiro que trabalha em manicômio e para as relações sociais estabelecidas a partir dessa prática, evidenciando o caráter de cooperação e conflitos entre os sujeitos.

No cotidiano do enfermeiro as relações entre os sujeitos proporcionam todo um estruturamento para a existência de uma instituição, configurando o caráter dinâmico de um manicômio - foco de atenção deste trabalho.

Mais que um “depósito de loucos” é o manicômio local onde são estabelecidas relações entre os internos e os serviços que ali são executados. Qual seria a razão da existência de um nosocômio psiquiátrico, caso não houvesse pessoas que um dia passaram a ser consideradas perturbadas mentalmente?

A construção institucional do M.H.P. de Feira de Santana é feita conforme já afirmei, a partir das relações entre os sujeitos que dele participam. Assim, são os pacientes, os enfermeiros e equipe de enfermagem bem como os demais membros da equipe de saúde que compõem uma parte da estrutura de funcionamento diário do hospital através do desempenho de seus trabalhos

específicos e articulados entre si. Formalmente, esses trabalhos estão voltados mais detidamente para a figura do paciente, no atendimento de suas necessidades individuais, caracterizando a forma como se presta o tratamento psiquiátrico no dia-a-dia daquele local.

Ao lado desses trabalhos há os de caráter administrativo especificamente como, por exemplo, o que faz o registro dos dados dos pacientes, os que coordenam as atividades de manutenção, os ligados ao setor de recursos humanos, a coordenação dos serviços de enfermagem, diretoria administrativa e a própria direção geral do hospital.

Lembrando que voltei o foco de pesquisa para uma unidade, procurei construir um esquema de relações das atividades desempenhadas por enfermeiros, vinculadas pela rotina àquele setor de trabalho.

Assim destaquei dois aspectos dessas atividades: os serviços administrativos, ligados diretamente ao que chamam de trabalho burocrático e a assistência propriamente dita, que se traduz pelo contato direto com o paciente.

Observei que formam essa rede 9 enfermeiros, sendo que, desses, 2 ficaram de fora, o chefe do ambulatório, por não ter sido possível conceder um tempo para a entrevista e o do setor de licitação por encontrar-se de licença no momento da pesquisa.

Montei então um esquema demonstrativo com os 9 enfermeiros: o chefe da unidade, o responsável por essa no turno da tarde, o supervisor dos finais de semana, o chefe da seção de enfermagem do hospital e seu assessor, o chefe do setor de recursos humanos e o da higienização, incluindo também o do ambulatório e o do setor de licitação.

A ligação das atividades dos enfermeiros encontra-se representada no esquema abaixo:

Enfermeiro da Tarde

Enfermeiro da Unidade

Enfermeiro Supervisor

Os enfermeiros chefe do ambulatório e do setor de licitação se encontram lado a lado na posição hierárquica hospitalar, assim como os enfermeiros de recursos humanos e o da higienização.

O chefe da seção de enfermagem posiciona-se, hierarquicamente, ao lado dos enfermeiros acima citados, estando acima dos demais enfermeiros que, mais diretamente, estão vinculados à rotina diária da unidade de agudos masculinos. Acima deles somente a Diretoria do hospital. Desses enfermeiros, considerando o trabalho da equipe de enfermagem, apenas o chefe da seção mantém um contato mais direto com os enfermeiros que trabalham na unidade de internação. Os outros dois, estão indiretamente ligados a eles, pois um, chefia o serviço que faz a limpeza do Pavilhão e o outro, realiza o treinamento do pessoal que é admitido para trabalhar no setor.

O enfermeiro assessor situa-se no meio da trama como um elo de ligação entre a chefia da seção de enfermagem e a da unidade de internação, para auxílio na resolução de problemas técnicos e administrativos ocorridos ali no período da manhã.

O enfermeiro da tarde e o supervisor trabalham no mesmo patamar hierárquico que o enfermeiro da unidade. A diferença é que este último é o responsável pelo setor, centralizando as atividades de nível burocrático. Para o da tarde evidenciam-se as atividades assistenciais, enquanto o supervisor centraliza as providências ligadas às intercorrências de finais de semana e feriados, ficando responsável pelo Hospital nos turnos da manhã ou tarde a depender da sua escala mensal.

O esquema de cima para baixo está baseado na posição hierárquica que cada um ocupa. As atividades, no entanto, foram analisadas de baixo para cima, ou seja, a partir do trabalho do enfermeiro da unidade, que foi considerado o informante inicial no processo da coleta de dados.

Esse esquema apresenta uma estrutura de trabalho, na qual observo a presença predominante do enfermeiro à frente de atividades básicas do hospital.

É como se, a partir de trabalhos desempenhados por essa categoria, fossem conformadas as atividades cotidianas.

Dentro do cotidiano manicomial vejo o serviço de enfermagem destacado como aquele que mais próximo está do contato com o paciente, lidando diretamente com o atendimento das necessidades básicas do ser humano - banho, alimentação, vestimenta, sono, repouso, ingestão de líquidos, comunicação interpessoal, o que pode servir de sustentação de toda a estrutura hospitalar.

Originalmente a enfermagem nasce da necessidade de cuidar de pessoas que, em dificuldades de saúde, não podem ser tratadas sem a ajuda de alguém. Assim é que essa prática surge nos domicílios e estende-se para os hospitais como necessária ao cuidado de pessoas enfermas. Quando se configura em espaço dedicado ao abrigo e tratamento de pessoas em dificuldades de saúde, o hospital passa a movimentar-se basicamente em torno da relação estabelecida entre “enfermos/enfermagem”.

FOUCAULT (1982), ao falar sobre a prática médica nos séculos XVII e XVIII, caracteriza-a como essencialmente individualista, estando a intervenção do médico ligada ao doente e à crise da doença, fora do espaço hospitalar, estando a experiência nesse espaço excluída da formação desse profissional. Nessa mesma época, o hospital identificava-se com a função de abrigo para o pobre que morria nas ruas, vítima de doenças contagiosas, para o louco que perturbava a ordem pública, ou mesmo para as prostitutas, transformado em local de exclusão e proteção da sociedade dos perigos a que pudesse estar exposta com a presença desses sujeitos nas ruas.

Esse mesmo autor afirma que a idéia de que no interior do hospital fossem registradas as particularidades da manifestação dos sintomas das doenças estava fora do âmbito de ação do profissional médico, idéia que permaneceu até meados do século XVIII, quando hospital e medicina passam a caminhar juntos.

Relembrando as origens da profissionalização da enfermagem a partir da figura de Florence Nightingale e sua atuação direta no espaço hospitalar, fica

evidente a sua prática assistencial através da observação e anotação das características mórbidas dos doentes, reforçando um traço marcante no exercício da profissão, historicamente construído em torno da relação “enfermo/enfermagem”.

Apesar disso, não observei com muita frequência essa característica nos enfermeiros do M.H.P.. Analisando a fala de um deles, ao relatar suas atividades diárias, identifiquei uma concentração de atividades administrativas, em que foi observada a dinâmica de sua comunicação com outros sujeitos, através de atos como leitura de ocorrência, checagem da triagem dos pacientes que vão para o atendimento médico, que já havia sido feita pelo auxiliar de enfermagem, encaminhamentos de providências a outros setores do hospital, atendimento de intercorrências e admissões dos pacientes:

“Minha rotina diária é de manhã checar o número de pacientes, ver os pacientes que irão pro atendimento médico, que terão atendimento médico, checar a triagem feita no dia anterior, avaliar a produtividade anterior, do dia anterior também. Ver os avisos de ocorrência, fazer a leitura da ocorrência pra ver os avisos da ocorrência que tem, os recados que provavelmente tem, possivelmente tem pra mim da enfermeira que trabalhou à tarde e do pessoal que trabalhou depois que eu saí. E dar os encaminhamentos necessários que têm que ser feitos e atender as intercorrências e admissões dos pacientes que são admitidos através da emergência.”(Entrevista 10)

Ao discriminar sua rotina, apresenta-se como uma **figura central** no Pavilhão que toma conhecimento de tudo o que o cerca de modo a serem dados os devidos encaminhamentos às situações. Não existe uma única função definida a cumprir. O seu ritual diário vai transcorrendo através do acompanhamento de intercorrências surgidas no período, lidando com as situações da maneira possível à sua realidade.

Importante notar que, no M.H.P. é ressaltada a delegação de atividades burocráticas para os auxiliares de enfermagem, o que contradiz a grande maioria dos estudos referentes à categoria profissional do enfermeiro, em que se evidencia a delegação de atividades apenas de cunho assistencial para os auxiliares, ao lado da afirmação de estarem concentradas as tarefas burocráticas apenas para o enfermeiro.

Na realização do seu trabalho, o enfermeiro relaciona-se com as pessoas dos outros setores do hospital, repercutindo na forma como se presta o tratamento aos doentes. A articulação dos diversos serviços proporcionada pelo trabalho do enfermeiro e também da enfermagem, parece-me ser a base do contexto cotidiano de um hospital.

O relacionamento é estabelecido a partir de providências que devem ser tomadas para o atendimento dos pacientes. Dessa forma, os contatos para a solicitação do profissional médico, do assistente social, do fisioterapeuta, do nutricionista, do terapeuta ocupacional ou outro profissional qualquer são feitos pelo trabalho do enfermeiro, assim como da equipe de enfermagem.

Nesse sentido, HELLER(1992) considera a organização do trabalho como uma das partes orgânicas da vida cotidiana, sendo a sua significação e seu conteúdo não só heterogêneos, como também hierárquicos. Entendo, assim, que o enfermeiro no desempenho de seu trabalho diário imprime suas características próprias às ações diversificadas que surgem, hierarquizando, digamos assim, as tomadas de decisões pelo estabelecimento de prioridades.

Ao mesmo tempo, o desempenho do enfermeiro em questão parece querer corresponder a certa expectativa que se tem dele na administração superior. Sua posição centraliza informações procedentes de todos que se relacionam com ele no desenrolar do seu trabalho, numa multiplicidade de funções, assumindo uma autoridade informalmente conferida por essas instâncias superiores com relação às providências que devem ser tomadas nas várias circunstâncias.

Destaco que o termo *informalmente*, antes colocado, deve-se a minha observação do seu trabalho. Apesar de formalmente ser o chefe da unidade, o enfermeiro parece não deter o poder de decisão nas deliberações. As rotinas do setor apareciam como que fora de seu controle, acompanhadas de justificativas de que tudo dependeria da Direção do hospital e, em outras vezes, da Secretaria de Saúde do Estado. Observei-o numa posição de mero *telespectador*, na maioria das vezes em que o vi atuando.

Verifiquei que o enfermeiro, ao tecer críticas referentes às condições de trabalho, ou à maneira como eram tratados os pacientes, demonstrava um posicionamento alheio de si mesmo, como se ele não fizesse parte daquela realidade e como se não tivesse alguma parcela de contribuição dentro do contexto.

O presente estudo detendo-se na figura do enfermeiro, especificamente, vê esse profissional ocupar, frente aos demais profissionais, uma posição estratégica no contexto cotidiano institucional., na medida em que se reconhece como **elo** e **centro** do desenrolar das atividades.

Em muitos estudos constata-se o papel de mediador do enfermeiro, fazendo o intercâmbio na implementação das prescrições médicas frente à equipe de enfermagem, procedendo aos encaminhamentos dos pacientes para o atendimento dos outros profissionais, através dos contatos via telefone, Comunicação Interna (C.I.), ou mesmo pela conversa informal no decorrer da rotina diária.

Além disso, é o enfermeiro quem propõe junto à equipe de enfermagem a distribuição das tarefas rotineiramente desenvolvidas em torno da figura do paciente. Observei que no quadro de avisos do posto de enfermagem do Pavilhão tem fixado uma lista de atividades para serem desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem. Nela constam: administração de medicação, arrumação dos leitos, tarefas burocráticas, providências do banho e alimentação dos pacientes.

Na realidade do M.H.P., pude notar todos esses aspectos. Porém, apesar de ser considerado *inerente* à figura do enfermeiro a condução administrativa do setor, é o auxiliar de enfermagem quem, muitas vezes, exerce essa função, delegada pelo próprio enfermeiro, determinando que ele desempenhe o papel de mediador. O auxiliar incumbido das atividades burocráticas, transcreve as prescrições médicas em uma pasta denominada *cheque*, encaminha os pacientes aos profissionais, ou toma providências, estabelecendo contato com funcionários de outros setores, cabendo ao enfermeiro apenas a constatação do que já havia sido feito.

No trabalho de OLIVEIRA (1972), ela fala que o enfermeiro, quando na função de coordenador, pode inserir-se em dois aspectos importantes: ou ele terá condições de atuar na sincronização das atividades, ou, por outro lado, quanto mais exigências coordenativas se concentrem em uma determinada posição, tanto mais o incumbido procurará uma solução generalizada. Ela exemplifica esse comentário, referindo-se ao enfermeiro-chefe nas unidades de internação que, pertencendo às estruturas e aos subsistemas do cuidado e do tratamento, por força de sua prática, centraliza informações procedentes de um e de outro, atuando como elo entre todos. Eu complementaria dizendo que apesar desse aspecto, o enfermeiro se apresenta perdido, parecendo ter ao mesmo tempo, tudo e nada em suas mãos.

Quanto ao caráter assistencial das atividades desse enfermeiro, a figura do paciente parece inserir-se de maneira *acidental* como **intercorrências** que tem que resolver:

“São as intercorrências de um Pavilhão mesmo, de pacientes... Paciente que agita, paciente que pede um atendimento específico, paciente que precisa ser encaminhado pra atendimento externo, uma convulsão, uma contenção, né, uma assistência, um plano de cuidado, paciente que tá precisando de plano de cuidado. A rotina é essa, a rotina diária.”
(Entrevista 10)

Observando o seu desempenho, a impressão que me passava era a de que muitas vezes estava confuso em meio às atividades. Ao observar o seu dia-a-dia, não consegui enxergar um projeto determinado de trabalho. Ele conversava com um e com outro acerca de alguma providência a ser tomada, atendia telefonemas, comentava informalmente algo sobre determinado paciente na equipe de enfermagem ou caso algum familiar o questionasse. Além disso, atualizava as folhas de produtividade dos funcionários e atendia algumas admissões de pacientes. Eram constantes suas saídas do setor para resolver algo na diretoria, na chefia da seção de enfermagem para resolver problemas particulares fora do hospital.

Quando falou sobre a sua carga-horária de trabalho, referiu ser 8 horas diárias, das 7 às 15h., mas no entanto murmurou rindo ao lado do gravador: *“Enrolo...”* A franqueza dessa sua afirmação, embora crivada de um certo

senso de humor, é importante para confirmar a impressão que tive de que a sua ausência ou presença no setor não provocava muita diferença. Observei que as tarefas rotineiras pareciam cristalizadas em determinado ponto, em que as coisas iam acontecendo independente de quem estivesse à frente.

Quando em conversas ele tecia críticas acerca das deficientes instalações do hospital, falava das dificuldades de qualquer mudança, justificando a inexistência de propostas, dada a dependência das decisões das instâncias superiores. Parece-me que o aspecto micro das atividades não era enxergado, ou possivelmente fosse negado, como um mecanismo de defesa, proporcionando-lhe um certo alívio ao sentimento de impotência mediante as condições ambientais do Pavilhão.

A falta de um projeto de trabalho não é exclusividade desse enfermeiro. Analisando o desempenho de outros que trabalham nesse hospital, pude perceber a maneira aleatória como as coisas vão acontecendo ali. Ao buscar fazer o levantamento de documentos do hospital que pudessem explicitar suas atividades, por exemplo, fui informada da ausência de um regimento interno, cuja redação havia sido iniciada, porém não tinha saído do rascunho, o que pode ser ilustrativo de como as coisas costumam acontecer ali.

Um dos enfermeiros com quem tive contato, costumava dizer que o hospital era um *verdadeiro hospício*, pois que tudo acontecia de uma forma desordenada e bagunçada:

“Quando eu chamo de hospício, não é de forma nenhuma um tom pejorativo. Mas, é desespero de perceber que a gente tá muito longe de ser um hospital. Hospício é bagunça total, é o maluco beleza. As coisas mais esdrúxulas que não seriam pra acontecer, acontecem dentro do hospício. Isso aqui não é hospital, isso aqui é um hospício! As pessoas fazem daqui a extensão de suas casas e casas bem vagabundas, bem mal tratadas e negligenciadas. O hospital seria uma coisa com um direcionamento, com uma postura...” (Entrevista 4)

Essa maneira de representar o hospital estudado reporta-me ao comentário que FOUCAULT(1982) faz sobre a finalidade dessa instituição no século XVIII. Servindo para abrigar todo e qualquer tipo de pessoa em dificuldade no aspecto da saúde e principalmente no social, o hospital

apresentava-se de uma maneira desordenada, justificando a intervenção da medicina na sistematização do tratamento.

O comentário desse enfermeiro, cheio de críticas referentes ao seu próprio local de trabalho vai ao encontro do que pude notar. A expressão *hospício* reporta-me à psiquiatria do início do século. E assim posso considerar como historicamente ultrapassados procedimentos de rotina da unidade, como uma situação de admissão que me chamou atenção.

Um paciente com idade de 15 anos foi trazido pelos pais para ser internado pela primeira vez. Ele vinha da emergência acompanhado de dois funcionários dos quais um, o segurava pelo braço e o outro, segurava uma seringa com medicação. O paciente não demonstrava sinais de agressividade e tinha história de insônia e inquietude em casa. No momento, falava sem parar diversos assuntos, sem uma seqüência lógica.

Chegado o momento de ir para a enfermaria, o rapaz tentou reagir assustado. Ele reagia às tentativas de ser tocado e conduzido até lá. Quatro homens o seguraram pelos braços, cabeça e pescoço. Contiveram-no no leito com faixas nos pés, braços e um lençol que lhe traspassava o tórax. Nesse instante, a medicação foi administrada pela via endovenosa, por um dos funcionários do setor, enquanto se ouvia o rapaz questionar sobre tudo o que estava acontecendo com ele. Ao ser deixado contido no leito, gritava pela mãe. O pai, que ouvia seus gritos do lado de fora, saiu do Pavilhão chorando. O enfermeiro não se aproximou. Depois que o moço já se encontrava amarrado e sob efeito da medicação, ele foi junto do leito e fez algumas perguntas como: *“O que aconteceu X ? Você estuda? Estava dormindo direitinho?”* Obviamente, todas elas ficaram sem resposta.

Essa situação, além de ilustrar uma cena de admissão a que comumente se assiste nesse hospital, pode servir como um dos exemplos de como um dos enfermeiros coloca em prática a sua atividade assistencial.

O enfermeiro responsável pela unidade de agudos divide com um outro as atividades do Pavilhão, concentrando para si o aspecto burocrático. Existem muitas similaridades entre ambos no desempenho das tarefas administrativas e

assistenciais. Para o enfermeiro a quem foram incumbidas as assistenciais, o aspecto burocrático também se evidencia, podendo ser isso observado quando fala de sua rotina diária:

“Atendo, por exemplo, de 8 em 8 dias, os pacientes agudos. Como o número era grande de pacientes, os crônicos ficou pra um mês. Dai eu dividi, ficou os crônicos pra de 15 em 15, de 20 em 20 dias e os agudos de 8 em 8 dias. Fica numa média assim de 10 a 6 pacientes por dia. Além da assistência tem a parte burocrática, que precisa da tarde, com um pouco de dificuldade porque... A parte burocrática eu digo é C.I.(Comunicação Interna), que tem que fazer, pra manutenção, uma solicitação pra o serviço social, então pro D.E. (Departamento de Enfermagem), ou então conversar com o plantonista, quando surge alguma intercorrência também, né. Minha rotina é essa. E diante dos problemas que aparecem aqui dos pacientes tomar providências.” (Entrevista 18)

O fato de também desempenhar trabalhos de cunho burocrático, mesmo estando mais detidamente destinado para a assistência revela, mais uma vez, que o paciente se apresenta como uma **intercorrência** a ser resolvida. As atividades assistenciais para esse profissional concentram-se no atendimento de consultas de enfermagem. Nelas, pude observar, o profissional faz algumas perguntas ao paciente: *Como está se sentindo sr. X...?*. Ou então: *O sr. sabe que dia é hoje?* Ou ainda: *Tá dormindo e comendo direito?*

Em uma dessas entrevistas, quando o paciente começou a falar sobre algo que parecia realmente estar com necessidade de dizer, embora sem muita conexão no discurso, uma simples frase, vinda do enfermeiro, como: *Sim, tá bom, sei...* foi acompanhada em seguida por um pedido de recolhimento até a enfermaria, ficando evidente a falta de conduta terapêutica na relação enfermeiro/enfermo.

O enfermeiro que trabalha em manicômio pode funcionar como agente terapêutico junto ao paciente, através da realização de tarefas rotineiras como entrevistas e observações sistemáticas, anotações no prontuário e a própria comunicação que estabelece com o paciente. Nessa função, ao enfermeiro é recomendado um tipo de relacionamento com o doente diferente do que estabelece com outras pessoas, fora do âmbito hospitalar - é o que se chama de “relacionamento terapêutico” e está pautado por atitudes previamente

trabalhadas interiormente pelo próprio enfermeiro, a fim de que sua personalidade sirva de elemento terapêutico na relação com o doente.

Olhando para a questão do resgate da cidadania do doente mental, o hospital psiquiátrico como local de confinamento da pessoa em dificuldade já não tem mais razão de existir. Porém, é sabido que, em certas circunstâncias, um tratamento mais intensivo junto ao doente se faz necessário. É nesse momento que entra em ação a função de agente terapêutico que pode ser exercida tanto pelo enfermeiro como por qualquer membro da equipe de saúde que esteja atuando junto ao paciente.

IRVING(1979) e TAYLOR(1992) chamam a atenção para essa função do pessoal de enfermagem e especialmente do enfermeiro, considerando que o relacionamento terapêutico estará marcado por uma individualização no trato com os pacientes, em que as atitudes básicas devem refletir interesse e honestidade no estabelecimento do relacionamento enfermeiro/paciente.

Dessa maneira, o modo de cuidar, o que se diz e como se diz, o que se faz e como se faz, refletirá o grau de preocupação que se estará tendo para com ele, determinando se o cuidado é terapêutico, excessivo ou útil. Isso é dito baseado nos objetivos que, em uma relação tida como terapêutica, serão de suma importância para ajudar o paciente no desenvolvimento de sua auto-estima e valor pessoal, melhorando sua capacidade de lidar com as pessoas, possibilitando um retorno melhor sucedido à comunidade.

Observando uma seqüência da rotina diária do M.H.P., questiono onde encontrar esse aspecto terapêutico anteriormente abordado. Nesse hospital é visível o ócio forçado a que são submetidas as pessoas que ali são internadas. Além disso, maneiras inadequadas de abordar o doente foram por mim presenciadas como, por exemplo, anedotas, segurá-lo pela gola da camisa, frases como: “*senta aí*”, “*tu vai ficar amarrado*”, ou “*o que tu tá pensando que é?*” são bastante freqüentes.

Lembro de uma situação em que saía de alta hospitalar um paciente que, segundo informações, era homossexual. O indivíduo foi alvo de brincadeiras e piadas por parte dos auxiliares de enfermagem e do próprio enfermeiro. Um

auxiliar disse: “*Tu vai arranjar namorado, nego?*” O enfermeiro brincou: “*Olha é uma menininha!*” E novamente interveio, em meio as gargalhadas que se espalhavam no ar: “*Olha, não vai usar saia lá fora, se não você volta pra qui, viu?*”

A trajetória de um dia de internado nesse hospital pode servir como mais um exemplo da maneira inadequada de se tratar aí o doente mental. O que acontece se dá mais ou menos assim: a entrada do paciente é feita pelo setor de emergência, de onde vai para a unidade já medicado, ou com a prescrição feita pelo médico plantonista.

Na unidade as roupas e os pertences de uso pessoal são retirados pelos auxiliares de enfermagem e entregues a quem estiver acompanhando o paciente, ou então são guardados em um armário destinado para esse fim. Quando há alguma “resistência” é feita a contenção no leito “*para o seu próprio bem*”, conforme comentário por mim ouvido em uma certa ocasião. O enfermeiro não participa da execução desse ritual, quando muito assiste à distância.

Os atendimentos de rotina concentram-se no turno da manhã. Assim, é percebida uma grande movimentação na unidade, onde circulam o psicólogo, o assistente social, o enfermeiro, o médico, além dos auxiliares de enfermagem e dos funcionários de limpeza que, muitas vezes, vão atropelando as pessoas com suas vassouras.

Feita a troca de plantões entre as equipes de enfermagem da noite e manhã, os pacientes são conduzidos até o recreio. Lá, seus nomes vão sendo gritados para receberem as escovas de dentes e realizarem a higiene oral, utilizando-se da água que sai de um cano na parede. Permanecem, então, aguardando a hora do café, quando é destrancado o portão de acesso ao refeitório.

Enfileirados, os pacientes pegam os copos plásticos com café e leite, pão e alguma fruta, às vezes. Depois são reconduzidos até o recreio, onde após alguns minutos é dada a medicação, conforme já descrito: os pacientes são

chamados aos berros pelos funcionários, sendo um único caneco utilizado para pegar a água em um grande balde.

Depois desse momento é chegada a hora do banho, o qual é dado rotineiramente no próprio recreio, conjuntamente, todos despidos e sem toalhas para se enxugarem, rotina que persiste até mesmo em dia chuvoso como uma cena que foi por mim presenciada.

Era uma manhã fria e chuvosa, daquelas chuvas tipo garoa. Um auxiliar de enfermagem protegido no pequeno alpendre da área, segurava a mangueira e jogava água nos pacientes nus, os quais se ensaboavam, ao mesmo tempo em que tremiam pelo frio que fazia.

Nesse momento o enfermeiro chegou até a grade, deu uma olhada nos pacientes, comentou algo com um deles e deu um sorriso para todos. Ao seu lado, encontrava-se um auxiliar de enfermagem que, pela grade, distribuía as vestes para os pacientes. Não houve roupas para todos, o que é comum acontecer. Os que não conseguem roupas, vestem as mesmas com que estavam, ou ficam nus até que arranjem alguma, quando é arranjada. A máquina de secar roupas freqüentemente está quebrada e em dias de chuva fica mais complicada a secagem delas. A pessoa que segurava a mangueira, após o banho dado, foi empurrando a sujeira do chão com o jato de água dirigido para as valas do esgoto, que ficam nesse mesmo local chamado “*recreio*”.

Presenciei, também, uma outra cena de banho que muito me impressionou. Como de costume, um funcionário segurava a mangueira para o *procedimento higiênico*. Um dos pacientes, nu, estava deitado com a barriga no chão e recebia o jato da água em suas costas. O funcionário de cima de um banco de alvenaria, comandava aquele momento e pedia a esse paciente que abrisse as pernas, para que suas “*partes*” fossem lavadas e que nessa posição fosse se ensaboando.

Num tom de voz imperativo, o funcionário dizia: “*Vamos A., anda abre as pernas...*”. Depois ordenou que levantasse, enquanto ia jogando a água. O paciente dava pulos ao receber o jato d’água em suas costas, demonstrando o impacto com a temperatura fria. Sempre que acompanho situações esdrúxulas

como essas, freqüentes nesse hospital e que estão sendo colocadas agora, fico a me perguntar: essa maneira de tratar seres humanos estaria sendo considerada satisfatória? Pergunto assim porque não percebi que alguém parecesse se incomodar com esse quadro. Todos aparentam estar acostumados com tudo aquilo. Será que isso é mesmo possível?

Antes de presenciar o banho, acompanhei um dos funcionários até um quarto do Pavilhão utilizado como depósito, onde ele apanhou a mangueira do banho. Nesse quarto, encontram-se colchões e uniformes novos de reserva para os pacientes, além de um armário trancado com cadeado onde ficam pertences pessoais de alguns deles. Também é guardado o fumo que é distribuído como rotina para aqueles que fumam, ou para os que começam a fumar por “contágio”.

O mesmo funcionário que eu acompanhava passa pela área do refeitório e chama-me a atenção para as condições ambientais do local. Já havia sido feita a limpeza, porém, um grande mau cheiro ainda persistia no ar. Aliás, diga-se de passagem, esse Pavilhão tem um odor bastante peculiar, desagradável. Ao aspirar sente-se um cheiro misto de urina, associada aos produtos de limpeza utilizados, os quais parecem não estar bem diluídos, ou não serem bem aplicados.

É importante destacar que, chefiando o pessoal da limpeza, existe um enfermeiro responsável para todo o hospital. Ele conta com assessores que auxiliam na supervisão dos setores, verificando o trabalho da equipe que a realiza. Durante o período em que passei no Pavilhão (dezembro de 96 a fevereiro de 97), não observei a presença desse chefe e nem de seus assessores.

Além do mau cheiro em toda a unidade, observei no refeitório bancos quebrados, nos quais pode-se ver pontas de pregos enferrujados, causa de perigo de possíveis acidentes. O funcionário me mostrava e meneando a cabeça expressava: “*Olha que absurdo...!*” A exclamação desse trabalhador serve para quebrar um pouco o aspecto geral da aparente insensibilidade que paira entre os sujeitos que convivem em meio àquelas condições.

MOFFAT(1986) em seu estudo refere-se a uma das características marcantes no ambiente dos manicômios - o aspecto de que tudo parece estar sempre sujo e engordurado, provocando a impressão de abandono. Essa reação psicológica é complementada pelos cheiros, os quais ele classificou de *“mistura de gordura rançosa e odores corporais impregnados nas paredes”*.

Terminada a hora do banho, os pacientes permanecem no recreio, encolhidos embaixo do alpendre, descalços, em sua maioria, aguardando a próxima rotina a ser “aplicada”, qual seja, serem chamados para atendimento do médico, do assistente social, ou do psicólogo e mais tarde serem novamente reconduzidos ao refeitório, para almoçarem. Não são todos chamados para atendimento, apenas aqueles escolhidos previamente, de acordo com os critérios pessoais de cada profissional.

Assim vai transcorrendo a rotina diária do setor e, após o almoço, novamente os pacientes são reconduzidos ao recreio e lá ficam até o período do café da noite. Após a troca de plantão das equipes de enfermagem da tarde e da noite, eles entram para a enfermaria, recebem a medicação e aí são deixados para dormirem.

Em todo o hospital, no período da tarde é comum ver alguns trabalhadores batendo papo, sentados ao ar livre, enquanto os pacientes perambulam na área interna das unidades de pacientes agudos, ou dormem no chão do recreio sob efeito das fortes medicações. Ficar na enfermaria durante o dia é privilégio de poucos pacientes, os que são considerados “orientados”, aqueles já conhecidos em seus comportamentos ou mesmo os que gozam da simpatia de algum funcionário.

Na porta de um dos Pavilhões de pacientes agudos, fica um banco, onde sentam funcionários, em meio a familiares que muitas vezes vêm visitar seus parentes. Ali, eles (os funcionários) aguardam alguma intercorrência acontecer, esperando o término do turno de trabalho e, assim, marcar seus cartões no relógio de ponto e retornarem para suas casas.

Em conversas com os trabalhadores, ou olhando os seus depoimentos, um dos assuntos predominantes é a perspectiva da reforma física do hospital. A

impressão é de que a perspectiva de mudança no aspecto físico, por si só, proporcionará mudanças na forma de conduzir os procedimentos rotineiros utilizados no trato com o doente. Novas construções, ampliação de áreas, ou acréscimo de novas salas não adiantarão, se os sujeitos que compõem aquele espaço institucional continuarem limitando as suas ações ao que fazem hoje em dia.

Além disso, se as políticas de saúde do Estado, por sua vez, continuarem pautando seus feitos, classificados de Reforma Psiquiátrica, apenas com modificações do aspecto arquitetônico, ou contratação de serviços com fins clientelísticos, o que poderá ser feito?

Nesse sentido, é de grande importância o aspecto macro-estrutural, visto que, havendo determinações superiores sérias e bem elaboradas, poderão influenciar a maneira como os sujeitos irão conduzir os seus trabalhos.

A expectativa dos trabalhadores do M.H.P. de que algo externo a eles mesmos, por si só, modifique a maneira de lidar com os doentes, coloca-os numa posição de executores arreflexivos de suas ações.

Acrescento que reconheço os determinantes macro-estruturais, como a política clientelista pautada nos interesses de uma minoria poderosa, exercendo uma forte influência sobre a forma como se dá o desenvolvimento das rotinas. No entanto, certos procedimentos nesse manicômio independem deles e vinculam-se mais diretamente a questões relacionadas aos sujeitos, no que diz respeito a suas visões de mundo e mais especificamente ao modo como vêm o doente mental. As cenas e depoimentos até agora expostos servem de exemplo para essa afirmação.

Outro enfermeiro entra em ação na trama que vem se conformando até aqui: trata-se do responsável por todos os setores do hospital, nos períodos de finais de semana e feriados. Suas atividades são basicamente de supervisão, o que é traduzido no atendimento que presta às intercorrências, quer sejam elas administrativas ou assistenciais:

“A grande função da gente aqui, a gente fica assim pras intercorrências. O paciente que agita, o paciente que agride o outro, uma lesão, uma queda, paciente que tem por

exemplo, um infarte, então a gente corre pra dá um socorro e às vezes fazer remanejamento de pessoal, entendeu, pra que os setores fique coberto. A rotina é de ficar exatamente pra atender essas intercorrências, não tem uma rotina. Eu passo em todos os setores, observo, converso com o paciente, converso com o funcionário, vejo o que tá precisando, se aconteceu alguma coisa, se tem algum paciente que tá apresentando alguma pressão baixa, tá apresentando uma pressão alta, se ele agitou... Essas coisas de um dia-a-dia de um hospital psiquiátrico.” (Entrevista 11)

Apesar de os outros dois enfermeiros, cuja atuação foi comentada, estarem mais concentrados na rotina do Pavilhão em si, as atividades desempenhadas pelo enfermeiro supervisor diferenciam-se pelo seu grau de abrangência pois, quando de plantão, é responsável por mais de um setor.

Os três enfermeiros lidam com os problemas dos pacientes como sendo **intercorrências**. Não o fazem de uma mesma maneira por se ocuparem de funções diferentes como as de chefia, assistenciais e de supervisão, cada um conferindo-lhe suas peculiaridades.

A um outro enfermeiro cabe o desempenho de atividades administrativas e assistenciais, a depender da necessidade do enfermeiro que chefia o setor. Ele serve de elo entre a unidade e chefia da seção de enfermagem e procura atender aquilo que não foi possível ser resolvido no local. Isso fica claro quando fala de sua rotina diária:

“O trabalho é a leitura da ocorrência pra ver os problemas relacionados com todos os setores do hospital pra tentar tomar providências e pra soluções. E o que vem surgindo nesse dia também, pra tomar as devidas providências, tanto da parte técnica, quanto da parte administrativa. Eu fico como elo entre os setores e a chefia de enfermagem. Todo problema que há e o enfermeiro não tenha condição, ou por falta de enfermeiro, eu vou suprir essas unidades com o que tá precisando. Em termos de assistência, ou funcionário, coberturas, ou o que precisar.” (Entrevista 23)

Percebi que ele está sempre a par das coisas que acontecem nos setores, porém, durante o tempo em lá passei, não o vi no Pavilhão. A sua função pode oferecer um certo apoio, não só à chefia geral de enfermagem, como à da unidade de internação, haja vista sua disponibilidade para resolução dos problemas que acontecerem. Importante destacar o caráter de cooperação que esse enfermeiro desempenha em sua função de assessor.

As atividades desempenhadas por esses enfermeiros não constituem uma realidade isolada desse hospital. Outros estudos já se dedicaram à tarefa de analisar o trabalho do enfermeiro que atua em manicômio e chegaram a constatações semelhantes ao que exponho. SAEKI (1994) verificou a ocupação dos enfermeiros principalmente em atividades burocráticas e administrativas, pautadas no modelo biológico de assistência, em que a vigilância e controle dos internos são executados pelo pessoal auxiliar.

Para outros enfermeiros deste meu estudo, o caráter assistencial de suas funções inexistente. São aqueles que se ocupam de cargos administrativos, cujas funções estão indiretamente relacionadas à rotina do Pavilhão. Suas atividades rotineiras concentram-se em providências, que repercutem nas diversas unidades de internação do hospital. Era comum ver esses enfermeiros entrando e saindo da sala da Diretoria Geral. Todas as semanas, às sextas-feiras, foram estabelecidas pelo Diretor Geral reuniões com as chefias de serviços, a fim de tomar conhecimento dos acontecimentos e poder dar os devidos encaminhamentos aos problemas.

Suas rotinas diárias estão centradas em providências burocráticas, a exemplo dos depoimentos que se seguem:

“Quando eu chego à instituição eu vejo se tem algum documento, C.I.s que são encaminhadas pra qui, solicitação de profissionais pra determinados setores, se tem algum documento da direção do hospital, algumas coisas que eu programei no dia anterior, eu começo a dar encaminhamento a essas coisas, reuniões, alguma discussão que eu tenha com outros setores do hospital.” (Entrevista 8)

“A rotina daqui é que a gente chega tem que checar escala, vê os funcionários que estão presentes, nós fazemos aqui a distribuição de roupa de paciente, levantamento de roupa, material de limpeza das unidades e limpeza corporal dos pacientes, tudo isso aí fica sob a minha responsabilidade. Eu vou nos setores praticamente de 15 em 15 dias, porque eu tenho uma equipe, tenho dois assessores que fazem essa checagem diariamente nos setores. Aí é feito C.I. para quando é obstruções, falta de água, quando é parte de manutenção, eu mando a C.I. solicitando ou então através do telefone para a Diretoria Administrativa.” (Entrevista 7)

“Normalmente eu chego, costumo atender as pessoas que estão me aguardando, dar os encaminhamentos. Atualmente eu tenho de verificar logo de imediato, através da

ocorrência e dos telefonemas anotados pela secretária, problemas de remanejamento diário de funcionários, por faltas, por atestados, então tá ficando comigo diariamente, né. Então eu chego e procuro verificar logo pra gente fazer essa cobertura de setores para as 24 h. Em seguida, teriam outros problemas relacionados com outros setores com os quais eu tenho que manter contatos pra poder dar o encaminhamento aos problemas. Então às vezes é problema de transporte, de viabilização de compra de medicação, de atendimento médico, então é uma série de contatos que a gente faz diariamente, além de atendimento diário de funcionários, muitas vezes, problemas pessoais, mas normalmente problemas relacionados ao trabalho mesmo, a escalas, a férias, a doenças, atestados, diariamente a gente atende muita gente.”
(Entrevista 4)

Ao presenciar o trabalho dos enfermeiros desse hospital e poder ouvir os seus depoimentos, observei que o projeto de trabalho deles talvez seja exatamente o de não terem um projeto de trabalho. Atuam como que para atender a certas necessidades vindas externamente, mantendo a “ordem” estabelecida. No contato com eles verifiquei que enxergam as situações muitas vezes com olhar crítico e elaboram nos discursos o que têm nas mãos para realizarem. Mas, tive a impressão de que algo emperra algumas iniciativas por falta de crédito nos resultados, demonstrando um sentimento de amargura até.

O modo de tratar os pacientes como intercorrências dá a impressão de que esses sujeitos são meros objetos do acaso, refletindo também a visão que possuem da doença e do doente mental. O objeto principal de suas atividades são as providências administrativas, seja para aqueles que se ocupam da assistência nas unidades de internação, seja para aqueles cuja função, por si só, já determina o trabalho burocrático, como é o caso dos chefes de recursos humanos, do serviço geral de enfermagem, ou do setor de higienização.

Pelo que pude observar, são os auxiliares de enfermagem que mais próximos estão no trato com o doente mental. Embora existam aqueles que auxiliam os enfermeiros nas atividades administrativas, o conteúdo do trabalho dessa categoria é a assistência direta ao paciente. A sua maior aproximação com os pacientes pode ser determinada não só por serem incumbidos das tarefas de cunho manual direto, como o banho, alimentação, vestimenta, como também pelas semelhantes condições de vida material entre ambos. Nesse sentido, FRAGA (1993) em seu trabalho constatou similaridades nas

necessidades psicossociais de atendentes, auxiliares de enfermagem e pacientes no que diz respeito às condições de moradia, condizentes com a classe social a que pertencem.

No contato com os auxiliares de enfermagem do M.H.P., pude notar em muitas situações que alguns deles pareciam estar em “casa”, chegando até a expressarem que tinham naquele local de trabalho a extensão de suas casas.

A divisão do trabalho entre enfermeiros e auxiliares de enfermagem, de maneira que a esses últimos estão destinadas as tarefas manuais, tem sua origem nos primórdios da profissão. Segundo SILVA (1989) e MELO (1986), as enfermeiras reproduziam na profissão a divisão das classes a que pertenciam, pela separação entre o trabalho manual e o intelectual. Isso, em uma época que era pouco aprovada a atuação das mulheres no mercado de trabalho.

Assim, aquelas originárias de uma classe social abastada ocupavam-se mais das atividades de cunho intelectual, consideradas superiores, e as outras, provenientes de uma classe social baixa, dedicavam-se às atividades manuais consideradas inferiores.

O clima que pude sentir no dia-a-dia desse hospital é que as coisas vão acontecendo movidas por um certa impessoalidade nas ações, como se acontecessem independentes da ação das pessoas. Vive-se na “*terra do que já teve*”. Quando em conversa com trabalhadores do hospital, é comum ouvir comentários do que já existiu em anos passados. Havia setor de terapia social, assembléia de pacientes nas unidades, atividade agrícola conveniada com órgão do governo do Estado, diretoria X, ou Y que se demonstravam mais envolvidas com o hospital, enfim, uma infinidade de falas *lamuriosas* e *saudosistas* que parecem querer justificar-se em observações nostálgicas.

Interessante destacar o que um dos enfermeiros fala em relação à realidade do hospital, no que diz respeito à maneira como são conduzidas as atividades:

“A realidade daqui é essa, não existe um trabalho em equipe, não existe conversa de equipe, estudo de caso, não existe absolutamente nada. Existe todo mundo conversando

bonito, todo mundo cheio de idéias, mas nada funciona. O que funciona na prática? É o paciente que tá aqui jogado aqui dentro, tá trancado aqui dentro e a gente se presta a: medicar, dar banho quando pode, trocar de roupa, quando pode... Pra mim (a enfermeira) é a dona da porta da cadeia! A gente não tá resgatando cidadania de absolutamente ninguém! A gente tá se prestando a viciar, a manter os viciados de medicação, exigindo que a equipe dê medicação no horário certo e aí a gente se questiona: qual é mesmo? Então a gente tá se prestando a esse sistema que tá totalmente falido!” (Entrevista 4)

Esse enfermeiro demonstra uma ambivalência nas suas colocações, pois ao mesmo tempo em que há o reconhecimento de que está a serviço do sistema que “lhe é imposto”, transparece uma idéia de que nada pode ser feito na busca de uma possível modificação do quadro. Por que será que o enfermeiro desse hospital se presta em ser “o dono da porta da cadeia”? Esse profissional sendo um dos componentes do quadro de dirigentes do hospital, não estaria colaborando para a manutenção de interesses majoritários do Estado?

A função de *vigilante* exercida pelo enfermeiro dentro de uma instituição expressa o exercício do poder desempenhado por ele em seu trabalho diário. FOUCAULT (1987) refere que a vigilância é um “operador econômico” servindo ao mesmo tempo como peça interna funcional no aparelho institucional e engrenagem específica do poder disciplinar. O exercício da vigilância, então, indica a manutenção das grandes estruturas, realizada no espaço micro-estrutural.

Na realidade do M.H.P., a assistência ao doente mental centrada no uso de psicofármacos situa o médico como um elemento imprescindível, em um modelo de assistência notadamente hospitalocêntrico. É ele quem prescreve a contenção química de pessoas que, em dificuldades psíquicas, necessitam de atendimento. Essa seria umas das condições dadas para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro que deve fazer valer o que foi prescrito, através de cobranças ao pessoal da equipe de enfermagem na administração de medicamentos.

Esse mecanismo funciona conservando os pacientes devidamente contidos, impossibilitando-os de algum questionamento a respeito das circunstâncias de seu tratamento. Resulta daí o andamento das atividades de

forma desobrigada de uma maior elaboração mental na condução de um diálogo com o paciente psiquiátrico, em vista do seu alto grau de alheamento provocado pelo uso da medicação.

Em BASAGLIA (1985), no capítulo que trata a negação do hospital psiquiátrico tradicional, há uma discussão referente à relação da prescrição de drogas e o poder médico, em que essa característica estará nas mãos desse profissional independente até dos condicionantes institucionais. Essa decisão centrada nas mãos dessa categoria profissional evidencia um outro aspecto na discussão, concernente à divisão social entre o trabalho intelectual e o braçal. Ao prescrever, o médico coloca em ação o mecanismo de negação do ato de violência que executa, através da contenção química, em que, “*sem sujar as mãos*” vê outros sujeitos colocarem em prática aquilo que por ele foi ditado. O enfermeiro intermedia essa tarefa entre o médico e os auxiliares de enfermagem, a partir do momento em que cobra a aplicação das medidas prescritas.

Em Gorizia, o reconhecimento desse mecanismo de negação da violência por parte da categoria médica e a rejeição dessa ideologia propiciaram a utilização do poder médico nas transformações de como era prestada a assistência no hospital psiquiátrico da cidade BASAGLIA (1985). No M.H.P., a manutenção do poder opressor contribui para o reforço da violência contra o doente mental e conseqüentemente favorece a inexistência de cidadania.

A aplicação de práticas de contenção pode ser confirmada através da minha observação de campo, em que era comum a presença de pacientes com sinais visíveis de superdosagem de medicação (sialorréia, sonolência, apatia expressiva), bem como pela utilização de faixas na contenção física no leito, além de toda rotina de portões de ferro e portas devidamente trancados durante todo o dia, impedindo a maioria dos pacientes de estabelecerem contato com a área externa do hospital.

As relações entre os sujeitos.

Nessa parte procurei destacar as falas dos enfermeiros e demais profissionais (psicólogo, assistente social, médico) que estabelecem relações de trabalho dentro da unidade de internação. Os conteúdos das falas dos auxiliares de enfermagem, funcionários de limpeza e pacientes foram colocados à medida em que se fizeram necessários nas discussões.

Fui captando a teia dessas relações a partir da observação e convivência diária na unidade enfocada neste estudo, apresentando as opiniões dos profissionais a respeito da comunicação entre eles e a visão sobre o trabalho do enfermeiro.

Nessa primeira parte foram trazidos os depoimentos dos que atuam mais diretamente na assistência ao paciente. Na parte seguinte serão apresentadas as opiniões dos que se relacionam com a atividade assistencial de uma forma indireta -os chamados dirigentes.

Os enfermeiros e os demais profissionais da assistência.

Um dos enfermeiros expressou a maneira como convive com os demais profissionais da assistência, através de adjetivos que vêm confirmar a sua posição de **elo** e **centro** no conjunto das atividades da instituição. Vejam o que diz, quando questionado sobre como é que se dá sua convivência com os demais profissionais no desempenho de suas atividades:

*“Basicamente, o enfermeiro é o **centro** dentro do Pavilhão, né. Porque ele é o **elo**. Liga todos os profissionais. Então eu tenho um relacionamento muito bom com os demais. A gente sempre trabalhou em equipe. Eu, a assistente social, o médico e o psicólogo. A gente sempre fez um trabalho em equipe. Por exemplo, se a gente tem um paciente pra transferir pra o Núcleo, a gente se reúne pra escolher o paciente que deve vir pra o Núcleo. Pra ser transferido. Se um paciente de via pública, por exemplo, recebe alta, a gente se reúne pra ver, conversar com o paciente, pra ver se ele quer voltar pra rua.” (Entrevista 10)*

A fala do enfermeiro demonstra o seu desejo em querer sugerir uma possível relação de cooperação entre ele, o assistente social, psicólogo e médico, juntos discutindo questões relativas ao “tratamento” do paciente. Mas como se dá esse tratamento? Será que os encaminhamentos realizados poderiam ser considerados como um tratamento? Penso que inexistente um projeto de assistência e a realização de um trabalho em equipe. As atividades parecem

reduzidas em se saber o destino do “objeto” chamado paciente: para o setor de crônicos, ou para a rua, caso seja de via pública?

Na observação de campo que realizei, não chamaria de *reunião* as conversas informais estabelecidas entre os profissionais, realizadas dentro do posto de enfermagem, próximo a algum auxiliar de enfermagem que transita no pequeno espaço à busca de material nos armários, ou outro que lê o jornal do dia e comenta com o colega, que toma cafezinho, os acontecimentos da última hora, além dos atropelos de vassoura de um dos funcionários da limpeza que deseja cumprir sua tarefa rapidamente. A impressão que me causava, nessas ocasiões, era a de uma grande confusão instalada.

Fica evidente esse aspecto quando um dos profissionais que trabalha no Pavilhão fala da sua opinião a respeito da forma de comunicação entre os profissionais:

“A comunicação tem sido feita mais a nível dos prontuários. Eu costumo ler a observação que outros profissionais fazem. Fora isso, a gente tá sempre se comunicando, mesmo que de uma forma informal, mesmo de uma forma inadequada, né, às vezes num corre-corre numa sala apertada cheia de gente, a gente acaba se comunicando ou falando sobre um ou outro paciente. O Pavilhão, ele peca por não ter uma liderança, não ter um direcionamento de trabalho. Cada um tem trabalhado por si, de uma forma muito individual, de uma forma muito isolada, enquanto trabalho de grupo, deixa bastante a desejar. As opiniões e os questionamentos, eles nunca são feitos como deveriam ser. Aí, os problemas vão sendo empurrados pra frente, sendo acumulados.”(Entrevista 3)

Além de referir-se aos prontuários como um veículo de comunicação entre os profissionais, que eu considero de grande importância, ele tece comentários acerca da ausência de uma liderança no Pavilhão e a inexistência de um trabalho realizado em grupo dentro da unidade.

Essa sua idéia é também compartilhada pelos outros profissionais que ali trabalham juntos:

“A equipe do Pavilhão o relacionamento é mais ligado ao paciente, tudo o que diz respeito ao paciente, né. Quando eu preciso de ajuda do psicólogo, né, um paciente precisa de ajuda eu solicito, encaminho ao psicólogo, quando é uma coisa ligada à enfermagem eu encaminho à enfermagem, e vice-versa eles a mim, né. É mais assim a nível de nosso trabalho, não se pode dizer que é uma equipe interdisciplinar, não existe esse trabalho em

equipe, mas existe, vamos dizer assim, um interrelacionamento entre o trabalho de um e de outro, entendeu.” (Entrevista 2)

“Nós estamos meio isolados um do outro e aí enquanto estiver assim, não vai funcionar. Enquanto a gente não tiver junto e fazer um programa conjunto, né, uma abordagem holística mesmo, entendeu, e individualizada. Eu só acredito em psiquiatria com uma abordagem individualizada. Na realidade tudo isso é um problema estrutural, que vai interferir na formação das próprias equipes e na possibilidade de se fazer um projeto de assistência digno. Porque não tem projeto de assistência. É cada um fazendo a sua parte, o psiquiatra atende, o psicólogo atende, o enfermeiro atende, supervisiona, entendeu? Não há na realidade uma equipe, porque equipe trabalha em conjunto. E enquanto não se tem um projeto conjunto de assistência, não há equipe.” (Entrevista 6)

A inexistência de um trabalho realizado em equipe é um tema recorrente nos depoimentos dos profissionais de saúde bem como a ausência de interdisciplinaridade nas ações, a partir de uma proposta concreta de trabalho, ou, como refere um deles, *“um projeto digno de assistência.”*

Para um outro enfermeiro, sua opinião vai confirmar aquela já expressa por um dos seus colegas, ou seja, a posição que ocupa de **centro** das atividades:

*“Eu fico como se fosse o pivô da coisa e daí eu passo a ser o **centro** de tudo na supervisão, entendeu. Se eu precisar da assistente social, se eu precisar de um médico, entendeu, se eu precisar de um psicólogo, entendeu, então essa é a convivência que a gente tem com os profissionais.” (Entrevista 11)*

Já um outro, expõe sua dificuldade de contato com os demais profissionais, devido à sua função, colocando que a comunicação é feita indiretamente via livro de ocorrência de enfermagem. Este, na prática, serve de meio de comunicação de qualquer problema surgido, sendo o contato direto com os profissionais realizado pelo enfermeiro chefe da unidade. Veja esse depoimento:

“No meu turno, não funciona todos os setores do hospital. Então pra mim já é dificultoso. Eu não tenho muito contato com os profissionais. No caso assim de imprevisto com os pacientes que a gente passa, né... Aí eu coloco na ocorrência.” (Entrevista 18)

Analisando o que dizem esses enfermeiros, a questão da ausência de um trabalho em equipe não aparece. Quando falam em relação a como se dá a convivência com os demais profissionais, eles passam uma idéia de que estão a

serviço de tudo e todos, dispondo-se basicamente a encaminhar os problemas aos outros, funcionando como **centro** das atividades.

Através da observação que fiz, percebi que muitos auxiliares de enfermagem se ocupavam de funções burocráticas, sendo uma espécie de *administradores* da unidade. Transcrevem as prescrições, fazem o pedido de material para o almoxarifado, além do de medicação para a farmácia, solicitam o número de refeições do dia ao serviço de nutrição, fazem admissões, anotam observações de enfermagem, encaminham os pacientes ao médico, psicólogo, ou ao assistente social, conversam com familiares de pacientes, enfim, executam uma série de tarefas que os colocam numa posição de **centro** dentro do Pavilhão, compatibilizando-os com as funções exercidas pelos enfermeiros, como foi visto nos depoimentos.

Os profissionais, que não o enfermeiro, enfatizam a ausência do trabalho em equipe e interdisciplinar. Quando questionados a respeito da convivência entre eles, o enfermeiro aparece como mais alguém que compõe a equipe, não sendo destacado como uma figura central da unidade. Porém, na fala de alguns, no momento em que foram estimulados a tecerem comentários a respeito do trabalho dessa categoria, pareciam confirmar os depoimentos dos enfermeiros que se enxergaram como **elo** e **centro** da equipe de trabalho:

*“Bem, o enfermeiro ele dentro do Pavilhão, ele é a **mola-mestra** ali, porque ele é a pessoa que os funcionários de dentro do Pavilhão são ligados diretamente a ele. Então ele é a mola-mestra de dentro daquele Pavilhão e ele coordena o trabalho de todo Pavilhão. O médico tá ligado a ele, eu sou muito mais ligada a ele do que ao médico, ao psicólogo, porque ele é que exerce a chefia dentro do Pavilhão, é o enfermeiro, a chefia do Pavilhão é do enfermeiro.”* (Entrevista 2)

*“O enfermeiro é **um pobre coitado!** (riu) Um Pavilhão daquele imenso...! Tem que fazer escala de funcionários, tem que cobrir escala de funcionário que faltou, que não veio, seja lá o que for, tá doente, tá de licença, tem que ver a questão das medicações que estão lá, as que foram medicadas pelo doutor... Eu sinto pena de mim e de todos os profissionais que estão aqui sendo submetidos a isto aqui. Isto aqui é um crime! Um crime!”*(riu) (Entrevista 6)

A idéia de que seja o enfermeiro o profissional que está à frente das providências a serem tomadas no Pavilhão, aparece nesses depoimentos, como uma sobrecarga de trabalho concentrada em um única pessoa. Seja na

qualidade de “*mola-mestra*” ou na posição de “*um pobre coitado*”, o enfermeiro aparece como alguém que parece carregar o Pavilhão nas costas.

Essas mensagens só ficam claras sob o questionamento de como viam o trabalho do profissional enfermeiro. Para o próprio, a idéia já se apresenta, antes, ao falar da relação estabelecida entre ele e os demais profissionais a partir da convivência diária na unidade. Parece que isso faz parte da representação que tem a categoria profissional de enfermagem, referente ao próprio desempenho profissional.

Um outro ponto que se evidencia seria a relação de competitividade entre os demais profissionais e os enfermeiros, em que os primeiros não vivenciam essa sobrecarga e, portanto, parecem não enxergar essa centralidade de ações na convivência diária.

MIRANDA (1993) comenta que as relações de poder no hospital, no espaço microfísico, perpetuam um *status quo* de dominação do saber médico e, portanto, do poder do médico sobre o enfermeiro. Tece críticas a essa relação, afirmando que o enfermeiro incorpora os aspectos sociais e religiosos de seu ideal profissional abnegando-se no trabalho e, com isso, servindo “*com perfeição*” ao Estado. Ela complementa suas críticas sobre esse tema, colocando que a aceitação aparente das condições de trabalho na instituição hospitalar representa o exercício do poder real, mesmo que sendo delegado.

Dessa maneira, na relação com o paciente, o enfermeiro inverte seu papel de submissão ao poder médico, reproduzindo uma dominação sobre aquele considerado pela mesma autora “*um mudo expectador dos palcos do hospital*”.

Nesse sentido, estaria sendo conveniente à categoria dos enfermeiros do M.H.P. a aparente submissão à sobrecarga de funções que lhe é concedida, utilizando-se desse aspecto para fazer valer o exercício do poder?

O olhar dos dirigentes.

Ainda com respeito à abordagem das relações estabelecidas pela convivência entre os sujeitos, destaquei a visão daqueles profissionais que

apenas indiretamente constituem a realidade assistencial de uma unidade de internação. Estão sendo chamados de dirigentes os que ocupam cargos administrativos, quais sejam: os enfermeiros que chefiam a Seção de Enfermagem, o Departamento de Recursos Humanos e o Setor de Higienização, os médicos que estão nos cargos de Diretoria Geral, Vice-Diretoria de Saúde e Chefia do Apoio Terapêutico e o técnico que chefia a Diretoria Administrativa.

Os enfermeiros que trabalham à frente de cargos administrativos dentro do hospital, em sua visão sobre a convivência entre os profissionais, ressaltam aspectos da relação deles com a unidade de pacientes internados. Expressam uma maior proximidade com o local, quando na resolução de problemas que surgem.

Um deles deixa claro a existência de conflitos com a classe médica, que atrapalha o encaminhamento das resoluções dos problemas, provocando um trabalho solitário por parte da equipe de enfermagem. Analisa o trabalho do enfermeiro, encarando-o como ausente da equipe multiprofissional e distante do paciente.

Para outro, fica evidente em seu pensamento que inexistente uma linha de ação proposta pelos profissionais capaz de concretizar o que se pretende.

E, para um terceiro enfermeiro, existe uma falta de sintonia do seu trabalho com o trabalho de enfermeiros que se concentram na unidade de internação. Enfatiza, também, que muitos enfermeiros caem no descaso em suas atuações, igualando-se a muitos outros profissionais que apenas cumprem de forma deficiente a sua carga-horária na instituição.

Observem o que dizem eles:

“De vez em quando, tem os mau entendidos. A gente tem muito problema aqui em relação a serviço médico. O serviço médico é basicamente o que atrapalha muito. Atrapalha no sentido de que não existe uma coordenação. Existe de direito, mas não existe de fato. E como os profissionais fazem o horário de acordo a sua conveniência, fica difícil da gente estabelecer uma assistência adequada, quando a gente precisa não conta com o profissional, aí vai atrás do plantonista, o plantonista diz uma porção de desaforos que não é a gente que deve ouvir, mas termina ouvindo. Então a enfermagem trabalha de uma forma muito solitária

e isso é uma coisa que tem atrapalhado muito. Eu acho que teria que realmente ter uma participação dentro de uma equipe multiprofissional. Isto existe de uma forma muito teórica. Mas na prática a gente tá muito sozinha. Na minha visão é bem isso. Quer dizer existe uma teoria, quer dizer tá aí, tem a equipe multidisciplinar, mas na prática o que existe na realidade? É o doente ali, a enfermagem de cá e acabou.”(Entrevista 4)

“Atualmente eu não posso nem fazer uma avaliação dos profissionais porque eu não estou assim muito de perto. Porque a gente pra fazer uma avaliação, ou a gente dá um parecer no trabalho dos outros, precisa que a gente esteja assim bem próximo com eles. Precisa tá assim em sintonia. Os enfermeiros aqui são iguais aos demais profissionais, tem enfermeiros aqui que cumpre sua tarefa sim, bem ao pé da letra. Tem outros que acaba no mesmo descaso do médico, do psicólogo, do assistente social e outros. Chega na unidade, vai lá, faz uma visitinha de 15 minutos, sem aquele corpo-a-corpo com o paciente.” (Entrevista 7)

“Tem muito profissional bom, que já existe dentro do hospital e que já chegou no hospital, mas sem uma proposta, sem uma direção, tudo também vai de água a baixo. Seja psicologia, terapia ocupacional, ou assistente social, vai por água a baixo. O enfermeiro, se realmente não houver uma linha de ação do que se pretende aqui dentro, o que é que se vai fazer, também vai se perder, né. Não vai ser a contratação de profissionais que vai melhorar a assistência aqui.” (Entrevista 8)

O discurso desses três enfermeiros dirigentes expressa basicamente uma idéia em comum, a da inexistência de um trabalho em equipe entre os profissionais. Destaca, ainda, a imagem da sobrecarga de trabalho para a enfermagem e o descaso com o paciente por parte de alguns. Porém, não enxergam no enfermeiro o elo na convivência entre os profissionais. Ao contrário, houve referência a existência de um trabalho solitário.

Analisando o ponto de vista dos enfermeiros que trabalham diretamente na assistência e os enfermeiros dirigentes, estabeleci uma comparação entre as falas, identificando divergências nas idéias. Para o primeiro grupo é evidente o caráter de serem centro das relações na convivência com os demais profissionais, a partir de um trabalho, que afirmam ser realizado em equipe. Para o segundo, predomina a crítica à inexistência desse trabalho em equipe na prestação da assistência ao paciente na unidade e enfatizam que a aproximação deles(enfermeiros dirigentes) até o local de internamento apenas é concretizada na resolução de problemas.

Apesar de ser verdadeira a afirmação de que inexistia um trabalho em equipe na unidade, confirmada inclusive pela minha observação, os enfermeiros que têm contato direto com a assistência se vêm inseridos na “equipe”, servindo de elo de comunicação entre os profissionais. Estaria ele buscando impor o reconhecimento do seu trabalho?

Para um dos dirigentes (não enfermeiro), componente da Diretoria do hospital, há um descontentamento geral dos trabalhadores no desempenho de suas atividades, além de uma maior concentração de problemas, sem especificar quais, voltados para a classe médica. Por outro lado, diz saber que as pessoas estão mais satisfeitas percebendo *as melhoras do hospital*. Quando fala do **trabalho do enfermeiro**, destaca a chefia geral de enfermagem expressando a opinião de que esse profissional oferece um grande suporte, **contornando situações**:

*“Existe, evidentemente, um descontentamento a nível profissional do pessoal que lida diretamente com o paciente, isso é percebido e eu ao longo do tempo venho tentando pedir paciência a eles e nós estávamos lutando pra melhorar esse quadro. e hoje eu tenho essa satisfação de que eles vejam, estão sentindo que tá melhorando! Pelo menos são essas as informações que me chegam. Eu tenho tido alguns problemas assim, que me perdoem até os colegas ausentes, muito mais, talvez dentro de todas as categorias, com a classe médica. A nossa chefe de enfermagem é uma pessoa super competente, muito dedicada, é uma pessoa que vivencia o dia-a-dia do hospital e para mim é uma segurança ela tá à frente disso, porque ela sempre **contorna as situações**.”* (Entrevista 9)

Outro membro da Diretoria refere-se à comunicação entre os profissionais, aludindo a seu contato com as unidades de internação na resolução de problemas que lhe são comunicados por telefone, C.I.(Comunicação Interna) ou mesmo pessoalmente. Destacou as reuniões que acontece entre os profissionais, enfatizando a participação constante de enfermeiros e a ausência dos médicos, porém justifica os colegas, referindo-se às atividades que têm fora do hospital. Fala ainda que o **enfermeiro** tem papel importante de **equilíbrio** entre os auxiliares:

A gente tá sempre procurando fazer aquilo que é possível em relação a qualquer problema que vem pra mim, ligado a minha área de atuação, dentro do cronograma do hospital eu procuro dá a contribuição necessária. Geralmente eu recebo todas as

*comunicações através de C.I., feita a a comunicação interna, então todos aqueles fatos que realmente a enfermagem do Pavilhão não consegue solucionar, vem pra mim. Muitas vezes uma coisa mais emergente, mais rápida, não vai esperar fazer uma comunicação interna, interfona e a gente consegue, na maioria das vezes solucionar. Trimestralmente a gente precisa se reunir pra discutir, apesar de que as pessoas, os médicos, por exemplo, raramente faz parte das reuniões. Vem uma minoria, a verdade é essa. A enfermagem, quando a gente marca uma reunião dessa geralmente comparece mais de uma, o pessoal tem menos atividade fora, muito menos atividade e provavelmente por isso vem. As **enfermeiras** como eu expliquei, também desempenham um papel importante, fundamental de **equilíbrio desses auxiliares de enfermagem**. Sem a enfermeira-chefe eles não funcionariam todo mundo bem. As enfermeiras pra mim, funcionam bem, ajudam no que pode ao doente e também a quem precisa, a quem necessita, de um modo geral aos funcionários.” (Entrevista 5)*

Um outro componente da Diretoria coloca-se como cooperador nas resoluções de problemas que lhes são encaminhados. Ao falar de uma unidade de internação ele se reporta ao diretor de saúde como responsável pela administração dos problemas do tratamento prestado, porém coloca sua opinião sobre a necessidade de melhorar a assistência ao paciente. Diz que, **administrativamente, os enfermeiros cumprem o seu papel**. Demonstra-se reticente quanto ao trabalho assistencial desenvolvido pelo enfermeiro:

*“Qualquer necessidade do Pavilhão que os técnicos tenha administrativamente, eles me telefona, me procura, ou às vezes quando eu vou no Pavilhão eles tem algum problema lá administrativo, isso aí eles passam pra mim e eu procuro resolver dentro do possível. A área de saúde tá mais ligada ao diretor de saúde. Na **parte administrativa eles (enfermeiros) estão desempenhando o seu papel**. Agora no Pavilhão realmente... É um Pavilhão de agudos, de pacientes agudos que precisa de uma atenção melhor ao paciente. Porque às vezes precisa mais de... Vou dizer assim, de uma assistência melhor, assistência diária ao paciente.”* (Entrevista 21)

Mais uma vez a comunicação entre os profissionais é enfatizada, por um outro dirigente, através de solicitações para resolução de problemas na unidade de internação. Esse papel ele cumpre encaminhando alguma decisão, suprimindo a falta de algum técnico, no que tange ao aspecto burocrático, ou dando alguma orientação. Quando se refere ao trabalho dos **enfermeiros** chama a categoria de **abnegados** e ressalta o escasso número de profissionais para a quantidade de pacientes existentes. A entrada de novos profissionais, segundo ele, contribuiu

para um decréscimo no número de internações, porém ainda assim refere que está muito aquém o suporte de profissionais de saúde em relação à demanda do hospital. As suas colocações passam uma imagem de total disponibilidade para os assuntos referentes à assistência prestada na unidade de internação:

*“A minha presença no setor de agudos se dá sempre com o objetivo de solucionar problemas que emergiram, que vão emergir, que existem, que estão pra existir. Então eu sou chamado para soluções imediatas, ou pra encaminhamentos de soluções a longo prazo. Minha presença muitas vezes é solicitada no momento que qualquer membro de um desses setores que eu coordeno necessita de uma orientação pra finalizar uma decisão, ou pra encaminhar uma decisão. Às vezes até pra suprir a falta de um profissional desses setores, eu sou chamado e eu desempenho a função desse profissional momentaneamente, pra que o paciente não fique sem a assistência devida, algumas vezes pra complementar o trabalho burocrático desses funcionários que estão sob minha coordenação. Os **enfermeiros**, eu chamaria a todos de **abnegados**! São pessoas abnegadas. Pessoas que tem um, uma capacidade de doação imensurável. Porque na verdade, trabalhamos com um número inferior ao necessário. A relação número de profissionais de enfermagem/paciente é muito baixo. Uma enfermeira num Pavilhão que já chegou a ter 80 pacientes internados, uma enfermeira! E 4, 5 auxiliares de enfermagem pra agilizar todas as necessidades desses pacientes. Hoje como o número de internados caiu muito, essa relação melhorou muito. Mas continua defasado. Precisaríamos de mais enfermeiras, de mais psicólogas, de mais terapeutas ocupacionais, de mais fisioterapeutas, de mais assistentes sociais, de mais psiquiatras, de mais médicos clínicos, pra termos uma situação ideal na relação profissional/paciente.”* (Entrevista 20)

Os dirigentes que compõem a diretoria do hospital expressando-se sobre a convivência entre os profissionais colocam-se como os solucionadores dos problemas que surgem na unidade de internação. Ademais, referem dificuldades com a “classe médica” do hospital, sem deixar claro quais seriam elas. Todos situam o enfermeiro numa posição de quem contorna as situações, demonstrando a função de intermediador desempenhada por esse profissional, atendendo os interesses das instâncias superiores institucionais.

As semelhanças que observei entre a visão dos dirigentes enfermeiros e a dos não-enfermeiros está no fato de que ambos os grupos se colocam de fora do âmbito assistencial na unidade, ao mesmo tempo que ficam a par dos acontecimentos locais. A intervenção comum aos dirigentes diz respeito à

tomada de decisão na condução dos problemas, pois se posicionam como *consultores* nesses casos.

A diferença entre um tipo de dirigente e outro situa os componentes da diretoria como aqueles que realmente resolvem as questões. Em outras palavras, vejo que o maior poder de decisão concentra-se nas mãos dos que, hierarquicamente, estão acima dos demais constituintes da estrutura institucional.

Porém, apesar desse aspecto destacado, é importante considerar que para esses dirigentes o enfermeiro constitui peça fundamental da estrutura hospitalar, funcionando como *contornador de situações*. Isso pode indicar a imprescindibilidade da presença de algum intermediário no exercício do poder de dominação concentrado nas mãos de poucos.

CAPÍTULO IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As interpretações e análises realizadas até agora não configuram, obviamente, verdades absolutas, denotando um caráter de provisoriedade.

Pelo contato próximo que tenho com o Hospital deste estudo, através do acompanhamento dos estágios de estudantes de enfermagem psiquiátrica, interessei-me em conhecer as atividades dos enfermeiros que trabalham naquela instituição, partindo do pressuposto de que suas ações, no trato com o paciente psiquiátrico, relacionam-se mais diretamente às características micro-estruturais atrelando-se às suas respectivas visões de mundo, entre outros fatores. Essa afirmação, contudo, não ignora as determinações macro-estruturais.

Diante disso, ouvi os depoimentos dos enfermeiros e dos sujeitos que com eles convivem, enfocando uma unidade de internação de pacientes masculinos em fase aguda da doença mental. Paralelamente, observei as ações desses sujeitos naquele espaço, conformando a trama das relações sociais aí estabelecidas.

Constatei a concentração de atividades burocráticas desenvolvidas pelo enfermeiro, os quais delegam, muitas vezes, essa função aos auxiliares de enfermagem. Conforme comentei na discussão dos resultados, isso contradiz a grande maioria de estudos que afirmam apenas a delegação de atividades assistenciais. Essa questão sinaliza a possibilidade de estudos futuros, a fim de questionar quais seriam as atividades burocráticas delegadas.

Pude notar também que os pacientes são tratados como intercorrências a serem resolvidas. Quando falam da convivência com os demais profissionais o enfermeiro se vê como centro e elo das atividades, visão evidenciada pelos outros trabalhadores somente quando questionados especificamente a respeito das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro.

Na realidade cotidiana do M.H.P., não houve avanços na assistência ao doente mental, se comparados com o discurso prevalente na atual Política de Saúde Mental, que preconiza a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a implantação de modelos substitutivos de assistência psiquiátrica, entre outras diretrizes.

Especificamente no Estado da Bahia, há a falta de prioridade nesse aspecto, haja vista a existência, ainda hoje, de um macro-hospital psiquiátrico com as características já descritas: pacientes descalços, sem vestes, ociosos, com aspecto higiênico precário, impregnados de medicações psicotrópicas e ingerindo água sem o devido tratamento.

Quadros semelhantes aos por mim descritos podem ser encontrados na literatura em estudos como os de SAEKI (1994) e BALDI (1992) que tratam de instituições do tipo custodial, evidenciando que a implantação do modelo assistencial, voltado para as reais necessidades do sujeito considerado doente mental, depende de inúmeros determinantes gerais e específicos.

O profissional enfermeiro do M.H.P. foi considerado como o *contornador de situações* pelos dirigentes componentes da Diretoria. Essa posição mostra a função de intermediador desempenhada por esses profissionais, atendendo aos interesses das instâncias superiores do Hospital e, “por tabela”, os interesses político-econômicos dominantes.

Observei que o poder de decisão concentrado nas mãos de poucos indicou a necessidade da presença de alguém que intermediasse as situações, função esta desempenhada pelo enfermeiro que ocupa posições estratégicas na organização institucional.

Ao realizar este trabalho, tive a oportunidade de vivenciar uma determinada fase da minha vida, marcada por inúmeras experiências que serviram e servem ainda para que continuei na constante busca do aprendizado e, principalmente, na luta por uma melhor qualidade da assistência psiquiátrica.

Esta questão sensibiliza-me grandemente. Olhar para o desenrolar do trabalho de uma determinada categoria profissional dentro de um contexto manicomial com todas as precariedades possíveis, como as que foram apresentadas, propiciou-me uma grande frustração.

Este sentimento decorre da constatação de que, quando há o envolvimento com uma realidade como a que foi descrita, mexem-se em muitos pontos que se configuram barreiras quase intransponíveis, quando se vislumbra a possibilidade de transformações.

Inexiste uma Política de Saúde Mental que priorize efetivamente modificações na maneira como se presta a assistência psiquiátrica, considerando não só aspectos de reformas físicas, como também estimulando a elaboração e execução de um projeto assistencial construído pelos sujeitos componentes do micro-espço institucional.

Por outro lado, pude constatar que os pacientes do M.H.P. são vistos como marginais da sociedade, sem vez e sem voz, submetidos a condições de “tratamento” desumanas.

Entretanto, penso que muitos dos aspectos observados naquele manicômio independem diretamente de determinações estruturais mais amplas estando mais atreladas às visões de mundo dos sujeitos que o constroem, entre outros aspectos. A administração de medicação com a água contida em um balde e oferecida por um único caneco, o banho coletivo, a permanência dos pacientes no “recreio”, expostos a qualquer situação climática e as anedotas

desrespeitosas dirigidas a eles são alguns dos inúmeros exemplos dessa afirmação.

Dessa maneira, observo que, para entender o significado das ações dos sujeitos a partir das mentalidades, será necessário um outro tipo de estudo voltado para esse aspecto.

Também vejo que este trabalho não se encerra aqui. Além de apontar caminhos para outros, possibilita intervenções na realidade estudada, dependendo da perspectiva das ações dos trabalhadores da instituição face ao doente mental e ao conjunto de seu trabalho e, mais especificamente, do estabelecimento de um diálogo constante entre Hospital e Universidade, buscando a concretização de uma integração docente-assistencial.

Apesar do sentimento de frustração por mim sentido durante a realização deste trabalho, penso que sempre há a possibilidade de novos caminhos a serem seguidos rumo a melhoria da qualidade na assistência psiquiátrica.

Como disse no princípio, não me propus, aqui, a dar respostas acabadas nem a oferecer sugestões conclusivas à problemática investigada mas a estabelecer-lhe um ponto de partida para aprofundamento futuro.

ANEXO 1

Entrevista com os trabalhadores:

- *dados pessoais*: idade, sexo, estado civil, número de filhos, naturalidade, residência, tempo de formação, onde cursou enfermagem, se tem e qual o curso de especialização

- *dados de trabalho*: quando ingressou na instituição e como. A carga-horária de trabalho. Salário. Local de trabalho anterior.

- *questões amplas* : Descreva o seu dia de trabalho no M.H.P.. No desempenho de suas atividades diárias como é sua convivência com os outros profissionais, descreva-a. Fale sobre como o paciente está inserido no desempenho de suas atividades e como ele é visto por você. Descreva a instituição em que você trabalha; como ela se apresenta para você. O que é ser enfermeiro para você? O que é ser enfermeiro deste M.H.P.? Como você vê o trabalho dos auxiliares de enfermagem? Como você vê o trabalho dos demais profissionais?

ANEXO 2

Entrevista com os pacientes:

- *dados pessoais*: idade, sexo, estado civil, n^o de filhos, naturalidade, grau de instrução, profissão ou ocupação.

- *dados do internamento*: Tempo de internação. Internações anteriores. Número de vezes. Já esteve em outro hospital psiquiátrico?

Lembra-se da sua chegada ao hospital e de sua admissão no Pavilhão? Por quem foi atendido? De que maneira foi atendido?

- *questões amplas:* Descreva um dia de internado no M.H.P.. Como é sua convivência com as pessoas que trabalham neste Pavilhão? Como é sua convivência com a enfermeira do setor? Descreva o hospital, como ele se apresenta para você. O que é ser paciente psiquiátrico? O que é ser paciente psiquiátrico deste hospital? Como você vê o trabalho do enfermeiro, dos auxiliares de enfermagem e dos demais trabalhadores de saúde deste Pavilhão?

ANEXO-3

Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado.

ANEXO 4

Critérios para supervisão das condições do hospital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2 ed. São Paulo, Cortez, 1989.

BAHIA. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde**. Feira de Santana, 1992. (mimeografado)

BAHIA. SECRETARIA DE SAÚDE. **Programa e Orçamento de Saúde**. Salvador, 1996. (mimeografado)

BALDI, V. M. **A atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital estatal. Análise de uma experiência de grupo**. Ribeirão Preto, 1992. 109 p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. 2^a ed. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

BRETAS, A. C. P. **As enfermeiras, o poder, a história: um estudo exploratório sobre mentalidades**. Campinas, 1994, 92p. Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual de Campinas.

COHN, A., **Saúde e cidadania**. São Paulo, 1992. 239 p. Tese (Livredocência)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

CUADRA, A. R.; APALATEGUI, M. U. **Enfermería: enfermería de salud mental y psiquiátrica**. Barcelona, Salvat, 1991.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3 ed. São Paulo, Atlas, 1995.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3 ed. Rio de Janeiro, Graal, 1982.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir : história da violência nas prisões**. 11 ed. Petrópolis, 1987.

FRAGA, M. N. O. **A prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência**. São Paulo, Cortez, 1993.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 2^a ed. São Paulo, Perspectiva, 1987.

GUSSI, M. A. **Institucionalização da psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil**. Ribeirão Preto, 1987. 73 p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 4 ed. São Paulo, Paz e Terra, 1992.

HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. (org.). **Temas básicos da sociologia**, São Paulo, Cultrix/Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

HUMEREZ, D. C. **Enfermagem e loucura - visão do conceito de loucura e do ser louco no cotidiano da instituição manicomial e os reflexos na prática de enfermagem**. Ribeirão Preto, 1988. 182 p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

IRVING, S. **Enfermagem psiquiátrica básica**. 2^a ed. Interamericana, Rio de Janeiro, 1979.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. São Paulo, Paz e Terra, 1995.

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

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1994.

MIRANDA, C. L. **O parentesco imaginário**. São Paulo, Cortez, 1994.

MOFFAT, A. **Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular**. 6 ed. São Paulo, Cortez, 1986.

NASCIMENTO, E. R. **Gênero e enfermagem**, Salvador, Gráfica e Editora Positiva Ltda., 1996.

OLIVEIRA, M. I. R. **A enfermeira como coordenadora da assistência ao paciente - Análise sociométrica multirrelacional**, São Paulo, 1972, 87 p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PAULO NETO, J.; FALCÃO, M. C. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 2 ed. São Paulo, Cortez, 1989.

PROENÇA, J. F. **Enfermeiro psiquiátrico: reflexões sobre seu papel profissional**. Ribeirão Preto, 1984. 164 p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica. Que papel é este?**. Rio de Janeiro, Instituto Franco Basaglia/Editora Te Corá, 1994.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo-1970-1980**. 2 ed., São Paulo, Paz e Terra, 1995.

SAEKI, T. **Análise da prática do enfermeiro em um hospital psiquiátrico**. Ribeirão Preto, 1994, 92 p. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2 ed. São Paulo, Cortez, 1989.

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

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

ALENCASTRE, M. B. **As condições sócio-econômicas-sanitárias do atendente psiquiátrico e sua relação com o trabalho que executa**. Ribeirão Preto, 1979. 66 p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ASSIS, M. M. A. **A municipalização da saúde em Feira de Santana - Ba: intenção ou realidade?**. Ribeirão Preto, 1994. 210 p. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 4 ed. Rio de Janeiro, Xenon Editora, 1989.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem**. 3 ed. São Paulo, Cortez, 1993.

IANNI, O. (org.); FERNANDES, F.(coord.). **Marx**. Sociologia. 7 ed. São Paulo, Ática, 1992.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2 ed. Petrópolis, Vozes, 1994.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo, Cortez, 1989.

SEYMER, L. R. **Florence Nightingale pioneira da enfermagem e precursora da emancipação feminina**. São Paulo, Melhoramentos, s.d.

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**, 3 ed. São Paulo, Polis, 1982.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação- o positivismo, fenomenologia, o marxismo**. São Paulo, Atlas, 1992.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. **Cidadania e loucura**. Políticas de saúde mental no Brasil. 2 ed. Petrópolis, 1990.

UCHÔA, D. M. **Organização da psiquiatria no Brasil**, São Paulo, Sarvier, 1981.