

"A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PSIQUIÁTRICO EM UM MACRO-HOSPITAL
ESTATAL: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA DE GRUPO"

VIVIAN MELHADO BALDI

RIBEIRÃO PRETO

1 9 9 2

"A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PSIQUIÁTRICO EM UM MACRO-HOSPITAL
ESTATAL: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA DE GRUPO"

VIVIAN MELHADO BALDI

Dissertação apresentada ao Departamento
de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências
Humanas da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de Mestre
em Enfermagem Psiquiátrica.

ORIENTADORA

Profa. Dra. Graciette Borges da Silva

RIBEIRÃO PRETO

1 9 9 2

Este trabalho é dedicado aos enfermeiros psiquiá
tricos:

Cinira Magali Fortuna

José Aparecido Santana

Maria Conceição B. de Mello e Souza

Valéria de Almeida Pereira,

pelo tempo que trabalhamos juntos, dividindo momentos de
tristeza e desânimo, alegria e satisfações, que fortalecer
am os nossos laços de amizade. Essa experiência ficará eter
namente marcada em nossas vidas.

Aos meus pais, Diogo e Ruth, pela grandeza de seus espíritos, amor e carinho que sempre me dispensaram;

À minha irmã Vânia, pelo apoio e carinho que sempre me dedicou;

Ao meu companheiro Darlei L. Baldi, pelo amor e interesse neste trabalho, indispensáveis para a sua realização;

E ao nosso pequeno Murilo, pelas horas roubadas de seu convívio.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Graciette Borges da Silva, pela orientação segura que recebi, pelo privilégio do convívio humano e científico. Obrigada pelo incentivo que me levou a empreender o presente trabalho.

Ao Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto, pelas oportunidades de trabalho, aprendizagem e crescimento interior. O meu respeito e admiração por seus diretores: Dr. Alan Kardec Gonzalez e Dr. Fortunato José Saraiva Andreghetto.

Aos funcionários do hospital, pela convivência diária e aos queridos pacientes, que em tantos momentos me deram carinho, palavras de conforto e incentivo.

À Escola de Enfermagem de São Paulo - Universidade de São Paulo (USP) e ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP pela minha formação, ensinamentos e postura profissional.

Ao Prof. Darlei L. Baldi (Universidade Federal de São Carlos) pela revisão ortográfica.

À Srta. Suely da Silva pelo exímio serviço de dactilografia.

E, finalmente, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), cujo apoio financeiro foi fundamental para a realização deste trabalho.

Í N D I C E

Resumo

Abstract

CAPÍTULO I

Introdução 1

CAPÍTULO II

A vida cotidiana em um macro-hospital psiquiátrico esta-
tal 9

1 - O grupo de enfermeiros psiquiátricos: característi
cas e a proposta de trabalho 23

CAPÍTULO III

Metodologia

1 - Pesquisa qualitativa na área de saúde, sua aplica-
ção e perspectivas neste trabalho 32

2 - Procedimentos para a análise de dados 37

3 - O grupo de pesquisa e os seminários 39

CAPÍTULO IV

Apresentação e análise dos dados 48

1 - Administração do serviço e da equipe de enfermagem
no macro-hospital psiquiátrico estatal 51

2 - Assistência do enfermeiro psiquiátrico ao paciente 83

3 - A assistência de enfermagem hoje neste hospital ... 94

CAPÍTULO V

Considerações finais 102

Referências bibliográficas 105

Bibliografia 108

RESUMO

Neste trabalho, busca-se descrever e analisar a atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital psiquiátrico estatal (MHPE), entendendo-a como resultante, em parte, de transformações históricas e sociais. Entretanto, são aqui focalizados, sobretudo, os relacionamentos interpessoais e suas implicações no desenvolvimento das tarefas das equipes multiprofissionais da referida instituição.

Os dados que possibilitam tais propósitos foram coletados em reuniões de um grupo de 04 enfermeiros psiquiátricos que trabalharam conjuntamente no MHPE, no período de junho de 1986 a fevereiro de 1988.

A metodologia empregada neste estudo baseia-se nos postulados da pesquisa-ação expressos por THIOLENT, que preconizam, entre outras coisas, que o grupo de participantes desempenha um papel ativo em todas as etapas da investigação.

Os resultados deste trabalho sugerem que a atuação nesse campo profissional é multi-determinada: ela depende de fatores ligados à formação acadêmica do enfermeiro, de características pessoais do profissional e de características conjunturais da própria sociedade, especialmente aquelas que afetam e que são afetadas pelas políticas de saúde e, nesse caso, pelas políticas de saúde mental.

ABSTRACT

This work aims to describe and group analyse the performance of the psychiatric nurse in a state psychiatric macro-hospital, understanding it as a partial result of historical and social transformations. However, the interpersonal relationships are especially focused, as well as their implications on tasks development of multiprofessional staffs of the mentioned hospital.

The data which enabled such objectives were collected in meetings of a group constituted by four psychiatric nurses who had worked together at the hospital from june 1986 to february 1988.

The methodology used in this work is based on the principles of the research-action expressed by THIOLENT, which preconize that the group of researchers must actively participate in all the investigation steps.

The results of this work suggest that the performance on this professional field is multidetermined: it depends on factors related to the nurse's academic formation, the professional's personal characteristics and the structural characteristics of the society itself, especially those which affect and are affected by the health politics and, therefore, by the mental health politics.

I - INTRODUÇÃO

Após a Segunda Guerra Mundial surgiram, nos países desenvolvidos do ocidente, movimentos de crítica e questionamento do modelo asilar e hospitalocêntrico que, historicamente, tem caracterizado o tratamento do doente mental. Desde o século passado, essa forma de tratamento, baseada exclusivamente no confinamento em hospitais-asilo, tem reforçado a discriminação e o desrespeito aos direitos de cidadania de todos aqueles que sofrem mentalmente. Se teorias e práticas alternativas vêm ocorrendo, como demonstram os movimentos do pós-guerra desencadeados na Europa e Estados Unidos, como o da Anti-Psiquiatria, na Inglaterra; o da Psiquiatria Democrática na Itália e o da Psiquiatria Comunitária nos EUA, no Brasil, estes movimentos estão defasados cerca de quarenta anos (BERTONCELLO, 1991). Apesar de todas as evidências que demonstram o caráter nocivo da hospitalização do doente mental, "o asilo continua, imperturbável, como o centro de referência de toda a assistência psiquiátrica" (REZENDE, 1983, p. 140). Este contra-senso prevalente em nosso país pode ser entendido, por exemplo, pela grande oferta de mão-de-obra aqui existente que tornou prescindível a modernização da assistência para recuperar rapidamente a força de trabalho. Por sua vez, os dirigentes dos serviços públicos de saúde não querem contrariar os interesses dos "empresários hospitalares" porque se confundem com eles ou porque os referidos empresários estão respaldados por "políticos" em posições privilegiadas de poder (BERTONCELLO, 1991).

É sabido que os hospitais consomem 95% dos recur

soz alocados ao setor de saúde mental, restando apenas 5% para as ações extra-hospitalares (REZENDE, 1983).

Esta realidade tem raízes na política de financiamento do setor saúde implantada no Brasil desde 1966, privilegiando o setor privado, que passa a ter na doença mental uma fonte inesgotável de lucro. Prova disto é o fato de que, até 1965, tinha-se no país cerca de 100 Hospitais Psiquiátricos e, em 1975, esse número havia saltado para 365, aproximadamente; o 3º maior parque asilar do mundo, sendo que 75% de seus leitos são conveniados ou contratados pelo setor público, o que gera lucro. Este índice representa cerca de 20% do total nacional de leitos hospitalares existentes.

No Estado de São Paulo, em particular, os dados são ainda mais dramáticos: "temos, hoje, aproximadamente 34.000 leitos psiquiátricos públicos ou privados, correspondendo a 37,8% de todos os leitos psiquiátricos do Brasil; e a 39,3% de todos os leitos hospitalares existentes no Estado de São Paulo. Este número de leitos hospitalares psiquiátricos corresponde ao dobro considerado como aceitável pelos padrões, ainda que tradicionais, da OMS e Ministério da Saúde. A má qualidade da Assistência prestada nestes manicômios pode ser verificada pelas altas taxas de cronificação, tempo de permanência e pelos índices de mortalidade hospitalar" (D.O.E., Sec. I, São Paulo, 21/05/92: projeto de lei nº 366, de 1992, p. 93). De acordo com REZENDE (1983) "existe uma constatação histórica na assistência psiquiátrica: cada novo serviço de saúde mental oferecido à população vê-se rapidamente assoberbado pela demanda" (p. 142).

Por outro lado, tem-se conhecimento da "existên

cia de muitos hospitais psiquiátricos, principalmente os governamentais, com excesso de pacientes crônicos vivendo em condições humanas bastante precárias" (SCATENA, 1982, p. 3).

BERTONCELLO (1991) afirma que "a ausência de uma política no país que norteasse e revolucionasse a "Saúde Mental" não é característica dessa área específica e sim da saúde como um todo... Somente na década de 70 é que se teve uma "Política de Saúde", assim mesmo marcada por uma distância muito grande entre o discurso e a prática" (p. 4). Foi na década de 80 que os órgãos governamentais brasileiros responsáveis pela programação de saúde mental, na esfera estadual e na federal, começaram a incorporar em suas propostas orientações dos órgãos internacionais - Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), enfatizando, principalmente, os seguintes aspectos:

- desospitalização dos pacientes, através de atendimentos extra-hospitalares que procurem envolver a família do paciente, preservando, desse modo, a sua inserção social;
- ênfase na concepção do homem como ser bio-psico-social cujas necessidades compete à instituição atender, no espaço de tempo suficiente para sua recuperação;
- valorização das atividades grupais, com pacientes e familiares e outras formas de terapia além da medicalização;
- organização da assistência psiquiátrica em nível de atenção primária (unidades básicas), nível de atenção secundária (ambulatórios e hospi

tais-dia) e nível de atenção terciária (hospitais gerais e especializados, serviços de emergência psiquiátrica), devendo as unidades extra-hospitalares servirem de porta de entrada do sistema, autorizando inclusive as internações e determinando o seu prazo;

- implementação de programa de recuperação da população internada cronicada, partindo-se para a criação de espaços de habitação co-geridos e integrados aos serviços extra-hospitalares de saúde mental;
- proibição da ocupação de cargos de direção e chefias do serviço público por proprietários ou sócios de estabelecimentos da rede privada de assistência em saúde.

Outros aspectos estão contidos no relatório final da I Conferência Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 1987).

A reorientação da assistência psiquiátrica foi o tema da conferência em Caracas, Venezuela (1990), patrocinada pela OPAS, que indicou a todos os países da América Latina a reorganização da assistência em Saúde Mental com bases nos princípios de atenção extra-hospitalar e de respeito à cidadania do doente mental. Neste sentido, a recente resolução da Assembléia Geral da ONU, de 17 de dezembro de 1991, sobre "Princípios para a proteção de pessoas com doença mental e para o incremento da atenção em Saúde Mental", lançou as bases universais de orientação para a implementação de políticas sociais voltadas à questão da Saúde Mental

(D.O.E., Sec. I, São Paulo, 21/05/92: projeto de lei nº 366, de 1992, p. 93).

A despeito de todo esse movimento orientado no sentido de garantir ao doente mental um tratamento digno, afinado com o discurso mais atual para a área, a realidade brasileira mostra que a evolução dos hospitais psiquiátricos não tem ocorrido de maneira uniforme (SCATENA, 1982), existindo ainda muitos hospitais com estrutura e organização que os caracterizam como custodiais (CONTEL, 1980 e 1981; SCATENA, 1982 e 1991; REZENDE, 1983; HUMEREZ, 1988; BERTONCELLO, 1991), embora sejam "inegáveis os progressos ocorridos na Psiquiatria, os quais têm contribuído para melhorar a assistência ao doente mental" (SCATENA, 1991, p. 17).

Constatações como esta evidenciam que os problemas de saúde mental não se resolverão apenas com mudanças nos discursos oficiais, pois as mudanças aspiradas atualmente não se fazem apenas com leis, sendo, na prática, bem mais lentas, uma vez que dependem, fundamentalmente, de transformações em várias outras áreas: econômica, política, cultural, educacional.

O contexto histórico das transformações estruturais pelas quais passou a psiquiatria, que procurei delinear, a partir da Segunda Guerra Mundial, implicou também em transformações nas funções do enfermeiro (KALKMAN & DAVIS, 1974).

Dentro da fundamentação teórica em que se baseia este trabalho - a da análise sociológica que incorpora a perspectiva histórica como elemento explicativo fundamental - a prática de enfermagem é visualizada como categoria his

tórica, tendo em vista que o trabalho humano é histórico e, conseqüentemente, o trabalho na enfermagem também o é, ou seja, mutável no tempo (SILVA, 1984a, 1984b).

Fatores econômicos relativos à evolução do capitalismo, ao lado de fatores políticos, transformam de modo relevante a organização dos serviços de saúde bem como a prática de seus profissionais. É neste sentido que se entende a prática da enfermagem como "uma prática social historicamente determinada" em relação ao modo como a sociedade organiza sua vida material, sua produção, passando pela dinâmica das relações sociais.

A enfermagem psiquiátrica no Brasil, juntamente com a psiquiatria, inicia o seu processo de institucionalização em 1841, através de um decreto de D. Pedro II visando à criação de um hospício na cidade do Rio de Janeiro. As características da enfermagem psiquiátrica dessa época, enquanto saber e técnica de intervenção, apresentam-na como controladora, disciplinadora e reeducadora do doente mental na sua "irracionalidade", estabelecendo e legitimando a vigilância e práticas de confinamento como principais instrumentos de controle social. No espaço limitado e circunscrito do hospício, reproduz a dominação, o controle e as formas dominantes de poder. No decorrer do século XX, o processo de industrialização e suas conseqüências (urbanização, desemprego, piora das condições de vida) e, mais recentemente, a maior importância assumida pela classe trabalhadora no plano político e econômico levam a reformulações sociais que, por sua vez, geram modificações nos setores de saúde e de saúde mental. A enfermagem psiquiátrica, respondendo às exigências do dinamismo social, redefine e reorga

niza o seu modelo de assistência, assumindo uma roupagem mais humanista e desenvolvendo práticas como a da Comunidade Terapêutica, Psiquiatria Preventiva e Psiquiatria Comunitária, que objetivam o desempenho de suas funções políticas, econômicas e ideológicas (FERNANDES, 1975). Assim, graças aos novos métodos de tratamento psiquiátrico introduzidos e ao desenvolvimento da indústria farmacêutica e seus psicotrôpicos, observou-se uma mudança no papel da enfermeira psiquiátrica, cujo foco de trabalho mudou do tratamento clínico do paciente para um tratamento social, orientado na reintegração do paciente na comunidade (KALKMAN). Ainda de acordo com KALKMAN, "um dos mais recentes desenvolvimentos na mudança do papel do enfermeiro psiquiátrico é aquele que o coloca como profissional independente, o último degrau na longa jornada entre ser 'empregado do médico' até a autoterminação" (p. 25-26).

Os fatos até aqui mencionados, em relação ao desenvolvimento da prática da enfermagem psiquiátrica, permitem-nos observar que o conjunto das atividades dessa área também se transformou: as tarefas de vigilância e cuidados físicos ao paciente, que caracterizaram as atividades práticas da enfermagem psiquiátrica até por volta da segunda década do século XX cedem espaço para preocupações também com os sadios, com a saúde mental que, em nome de uma ação preventiva, reforça sua ação de controle social (FERNANDES, 1975).

De acordo com SCATENA (1991), "a efetiva ampliação das áreas de atuação da Enfermagem no Brasil, desempenhando novos papéis em centros de saúde mental, ambulatórios e hospitais gerais, ocorreu a partir da década de 80".

A idéia de pesquisar a atuação do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital surgiu em função de dezoito meses de trabalho conjunto de um grupo constituído por 5 enfermeiros, em um hospital estatal do interior paulista.

É minha pretensão realizar uma análise de uma experiência grupal, buscando um melhor entendimento desta, com vistas a uma atuação transformadora da prática do enfermeiro psiquiátrico e de suas concepções acerca da doença mental. A referência sucinta a características do cotidiano do hospital psiquiátrico onde trabalhei, que se assemelham a de tantos outros macro-hospitais do país, estatais ou particulares, tem como objetivo a apreensão e análise de sua dinâmica interna.

O meu objetivo neste trabalho é resgatar uma experiência grupal, destacando os aspectos críticos da sua prática profissional. Procuro identificar e analisar os principais tipos de atividades específicas que o enfermeiro desenvolve dentro de uma instituição como o macro-hospital psiquiátrico estatal; analisar as dificuldades cotidianas de sua atuação e, também, refletir sobre a influência da política de saúde mental nas condições de trabalho da referida instituição, ainda que se suponha que a existência de uma política de saúde mental não garante a sua viabilização prática.

Esta pesquisa pretende discutir a atuação do enfermeiro psiquiátrico visualizando-a como fruto de um processo histórico-social mais amplo. Isto posto, entendo que esse tipo de análise me permitirá formular uma explicação dos porquês dessa forma específica de atuação profissional, sob o quadro geral das transformações estruturais e conjunturais da sociedade brasileira na última década.

II - A VIDA COTIDIANA NUM MACRO-HOSPITAL

Neste capítulo é feita a descrição de um Macro-Hospital Psiquiátrico Estatal (MHPE)*, procurando mostrar, sucintamente, além da estrutura física da instituição, aspectos da dinâmica do funcionamento de algumas de suas unidades de serviço e setores diretamente relacionados à enfermagem. O objetivo único desta abordagem é o de contextualizar o leitor a fim de que ele possa apreender a importância e os reflexos do funcionamento de alguns setores (lavanderia, farmácia, limpeza, rouparia) nas atividades rotineiras da equipe de enfermagem. Para se realizar uma atividade aparentemente simples, do ponto de vista técnico, como o banho por exemplo, a equipe de enfermagem dependia necessariamente do bom funcionamento de pelo menos outros 4 setores: lavanderia, rouparia, almoxarifado (para fornecer sabonete, bucha, pente), serviço de manutenção (chuveiros e ralos em condições de uso, uma vez que o local possuía instalações bastante antigas). Praticamente, a maioria das atividades da enfermagem apresentava esse caráter de interrelação com os demais setores do MHPE.

É importante salientar que o período retratado nessa descrição corresponde ao biênio 1986/88, época em que se iniciou, no hospital, o serviço de um grupo de 5 enfermeiros psiquiátricos, entre os quais a autora deste trabalho.

* Durante todo este trabalho utilizarei a sigla (MHPE) ao me referir a esta instituição; também uso livremente os termos hospital, macro-hospital ou instituição com a mesma finalidade.

O MHPE, inaugurado em 28/04/44, dista 6 km do centro da cidade e está instalado em uma área rural de aproximadamente 784.000 m², que vem sendo envolvida, paulatinamente, pela área urbana que cresce ao redor da instituição. O hospital liga-se ao sistema regional de saúde, representado, até 1987, pelo ERSA-50.

As vias de acesso a ele são todas asfaltadas, bem conservadas e permitem fácil acesso às principais rodovias da região. Essa instituição psiquiátrica possuía, até 1988, uma extensa área verde, composta por árvores antigas e frondosas, muitos jardins e pomares, tendo seus limites demarcados por cercas de arame e somente uma entrada principal, onde estão instalados a guarita e o portão de acesso. Atendia a uma população de aproximadamente 500 pacientes e dispunha, para isto, de cerca de 500 servidores públicos, responsáveis também por todos os serviços da instituição.

A sua estrutura física compunha-se de várias construções de dimensões variadas, sendo que algumas delas eram casas de moradia que foram adaptadas para nelas funcionarem setores como: finanças, serviço de arquivo médico e estatística, serviço social, lavanderia, creche. As outras construções, de dimensões bem maiores que as casas, destinavam-se ao abrigo dos pacientes e eram denominadas "pavilhões". Havia 10 pavilhões, sendo 6 na ala masculina e 4 na feminina. Havia também uma casa que abrigava 10 pacientes. Desse total de pavilhões, 3 comportavam, cada um, aproximadamente 95 pacientes e os demais abrigavam, em cada um, cerca de 45 pacientes. Cada pavilhão tinha um pátio interno, o salão-dormitório, os sanitários, um refeitório e o posto de enfermagem. Com relação a este último, a sua localização va

riava de pavilhão para pavilhão: em alguns, o posto era centralizado; em outros, o posto localizava-se no final dos dormitórios e em um pavilhão o posto localizava-se externamente às suas dependências, longe, portanto, dos pacientes nele internados.

Os pavilhões eram construções bastante antigas, que necessitavam ser reformadas e/ou mesmo até reconstruídas, como algumas o foram posteriormente. As instalações sanitárias, pisos e paredes, as redes elétrica e hidráulica não se encontravam em bom estado de conservação, por apresentarem bastante tempo de uso contínuo, com a conseqüente e natural deterioração. Quase todos os pavilhões eram grandes salões: as camas eram todas idênticas e dispostas em filas, guarneçadas por colchões encapados por uma grossa napa impermeável, para melhor conservação. Esses colchões eram forrados por lençóis de algodão cru, não passados a ferro e carimbados com o nome do MHPE. Pelo fato de as camas não terem qualquer identificação de seu usuário, era comum a ocorrência de brigas entre os pacientes; os mais desorientados se deitavam e/ou sujavam as camas dos mais orientados. Quase não havia o tradicional "criado-mudo" ao lado das camas, no qual o paciente pudesse guardar seus pertences. Os raros pacientes que dispunham desse móvel o utilizavam de maneira inadequada, guardando nele restos de comida, frutas, roupas sujas. Dentro dos pavilhões, geralmente, localizavam-se os banheiros, cujas instalações sanitárias eram precárias e em número insuficiente para atender a contento aos pacientes. As condições de uso e de higiene deixavam a desejar: rotineiramente encontravam-se chuveiros sem água quente ou quebrados; vasos entupidos, sujos e fétidos. Muitos banheiros

não possuíam pias para o paciente fazer sua higiene oral. A maioria dos banheiros não tinha portas, o que não permitia a necessária e desejável privacidade. Na maioria dos pavilhões, o banho era dado coletivamente pela equipe de enfermagem: os pacientes enfileirados, todos nus - não importando se o tempo estava quente ou frio - entravam no chuveiro, o que não significava, necessariamente, que tomavam banho...

No pavilhão dos pacientes portadores de deficiências físicas múltiplas, a maioria sem controle dos esfíncteres e dependentes total ou parcialmente da equipe de enfermagem, constatou-se que o banho era dado com uma vassoura. A equipe de enfermagem responsável por este procedimento justificou tal atitude pelo fato de não haver vestimentas adequadas para se aplicar o banho (aventais de plástico, botas), além da falta de buchas, chuveirinho com a borracha plástica e sabonetes. A mencionada equipe aplicava o banho utilizando-se de sabão de pedra picado (tal como o utilizado nos demais pavilhões) dissolvido na água de um balde, onde enfiavam a vassoura e a esfregavam nos pacientes. No hospital, o banho não era dado diariamente em, pelo menos, 2 dos 3 maiores pavilhões, ou seja, cerca de 180 pacientes tomavam banho a cada 2 dias. A justificativa para tal fato era imputada ao serviço de lavanderia, que afirmava não ter um número de trocas diárias suficientes para todos os pacientes e, ainda, que as máquinas de lavar que o setor possuía, por serem modelos antigos e ultrapassados, não suportariam trabalhar de forma a atender toda a demanda diária de roupas limpas. E assim tal questão arrastava-se há tempos...

Um outro aspecto interessante de se notar, relacionado com a atividade do banho diário diz respeito às toa

lhas: a quantidade delas era insuficiente para atender a demanda e o número de toalhas limpas era controlado pela equipe da rouparia. Este serviço apenas entregava um determinado número de toalhas de banho limpas mediante a devolução do mesmo número de toalhas usadas. Pelo fato de as toalhas serem de boa qualidade, houve há um tempo o desaparecimento de algumas dezenas de unidades, fato que culminou em um processo de sindicância aberto pela diretoria do hospital. O resultado deste processo implicou em punições que atingiram, principalmente, os membros da equipe de enfermagem. Por esta razão e temerosos de outros processos semelhantes, os funcionários da enfermagem passaram a usar lençóis - e não toalhas - para enxugar os pacientes após o banho. Como o estoque de lençóis também era pequeno e utilizado indevidamente - muitos pacientes permaneciam ainda molhados após serem "enxugados" nos lençóis - acabava-se criando outro problema: alguns colchões de camas de pacientes ficavam sem os necessários lençóis. Tal situação frequentemente gerava divergências entre as equipes de enfermagem, rouparia e lavanderia, que tinham que ser resolvidas pela encarregatura de enfermagem através de inúmeras reuniões com os responsáveis de cada setor. O resultado de tudo isso era um enorme tempo dispendido na tentativa de se resolverem tais questões, além da natural tensão entre os funcionários das equipes envolvidas.

O vestuário usado pelos pacientes era bastante simples: os homens vestiam calças compridas feitas de brim marron e camisa de algodão cru com decote em V e gola. As mulheres vestiam vestidos de brim verde-escuro, retos, também com decote em V. Na época de inverno os pacientes usa

vam um paletó de feltro preto. É oportuno destacar que as cores escuras sempre predominaram no vestuário dos pacientes, na maioria das instituições que prestam serviço aos doentes mentais, fortalecendo a formação de uma imagem de pressiva do paciente e do ambiente em que habita, além de servir para mascarar a sujeira das roupas. Os pacientes utilizavam a mesma roupa durante o dia todo e também dormiam com ela, uma vez que o banho era dado apenas no período da manhã. A justificativa do horário do banho prendia-se ao fato de que era naquele período que a lavanderia dispunha do seu maior número de funcionários, o mesmo ocorrendo na quase totalidade dos outros setores do hospital, tais como limpeza, cozinha, entre outros. Cabe esclarecer ao leitor que a existência de um número maior de funcionários trabalhando no período da manhã não era devido a uma necessidade da instituição e sim a uma preferência pessoal dos mesmos.

A maioria dos pacientes usava apenas chinelos como calçados. Esses chinelos eram de plástico de consistência dura que, geralmente, lhes causava ferimentos nos pés. Muitos relataram a preferência por andarem descalços a usarem esse tipo de calçado. Alguns outros usavam botas de couro macio: aqueles que auxiliavam, de modo geral, a execução de serviços dos setores de agropecuária, varrição das ruas, limpeza, cozinha, lavanderia. Os setores de compras e de almoxarifado afirmavam a impossibilidade de se fornecerem botas a todos os pacientes masculinos: primeiramente, devido a seu custo elevado (a já tradicional falta de verbas!) ou porque muitos faziam uso provisório delas (trocando-as com outras pessoas por quaisquer mercadorias como cigarros ou doces) e poderiam, também, até mesmo jogá-las no mato ou no

telhado, tal como faziam com os chinelos.

O dia começava para os pacientes do MHPE com o café da manhã, que era servido às 7:30h, sendo oferecido leite, café e pão com manteiga. Às 11:00h, servia-se o almoço; às 14:30h um chá (que nem todos os pavilhões recebiam) e às 17:00h era servido o jantar. Tais horários, especialmente o do jantar, eram estipulados em função da mudança de turno dos funcionários da cozinha e limpeza, que ocorria às 19h, uma vez que eles tinham que deixar seus locais de trabalho limpos e em ordem. Depois das 19h não era servido nenhum outro tipo de alimentação.

As refeições eram preparadas por cerca de 3 cozinheiros e distribuídas nos pavilhões por cerca de 6 refeiteiros, auxiliados pela equipe de enfermagem. Muitos pacientes participavam também dessa distribuição para os outros pavilhões, auxiliando no manejo dos carrinhos e dos latões de alimentos. A refeição era servida em bandejas de inox: frequentemente colocava-se uma quantidade excessiva de comida que transbordava nas suas divisões internas, caindo nas roupas dos pacientes e no chão. Os restos de alimentos espalhados pelo chão do refeitório ocasionavam quedas e/ou escorregões de pacientes e de funcionários. O que mais chamava a atenção era o fato de que, a despeito dos tombos, esta situação repetia-se cotidianamente. Embora todos percebessem o seu absurdo, não se buscava modificá-la: os funcionários ralhavam e chamavam a atenção dos pacientes - através de gritos, expressões depreciativas - não atentando para o fato de que, além da quantidade de comida desnecessariamente excessiva, muitos pacientes eram portadores de limitações físicas que os impediam de equilibrar a bandeja corre

tamente ou mesmo de se locomoverem de maneira adequada. Muitas vezes o paciente segurava com uma mão a calça que estava sempre por cair e, com a outra, a bandeja (quente) com o alimento transbordando. Chegava a ser revoltante, além de degradante, observar idosos na fila para apanhar o alimento e depois à procura de um local para se sentarem à mesa, locomovendo-se com a natural dificuldade proporcionada pela idade e patologia (a medicação ingerida também interferia no equilíbrio e na qualidade da marcha), em meio a restos de comida espalhados pelo chão, aumentando consideravelmente o risco de uma queda e suas prováveis complicações. Para completar esse quadro vergonhoso e lastimável, alguns funcionários limpavam as bandejas que eram trazidas de volta jogando os restos de comida no chão do refeitório. Pelo fato de não serem eles que limpavam o local e de já haver outros restos de alimentos espalhados no chão, tal atitude era entendida e aceita como correta e normal. Muitas reuniões entre a encarregatura de enfermagem e os responsáveis pelos setores envolvidos na atividade (limpeza, cozinha e enfermagem) foram realizadas para superar essa barbaridade. Os resultados foram aparecendo paulatinamente, com a adoção de procedimentos mais adequados à situação. Para isto, em muito contribuiu o fato de terem sido contratados novos funcionários para esses setores.

Durante as refeições, a colher era o único talher que se permitia usar, independentemente do tipo ou da consistência do alimento servido. Assim como outros utensílios de uso corrente no hospital, esse talher não existia em número suficiente para atender a todos os pacientes simultaneamente. Comumente observavam-se pacientes aguardando que

o colega ao lado "terminasse" a refeição, a fim de apanhar a colher para usá-la ou, então, comendo com as próprias mãos.

Em relação ao cardápio, notavam-se algumas inadequações, tais como: servir carne em pedaços grandes, muitas vezes não bem cozidos, a uma população cuja maioria é desdentada e proibida de usar facas; servir peixe com espinhas grandes, entre outras...

Houve situações em que foi necessário socorrer pacientes engasgados com espinha de peixe; outras em que um paciente poderia ter morrido, pois estava engasgado e sufocando-se com um pedaço de carne grande entalado na garganta.

É lamentável que um momento de comunhão coletiva que caracterizava o almoço e jantar, uma das poucas necessidades orgânicas que poderiam proporcionar um pouco de satisfação e prazer aos pacientes (uma vez que praticamente tudo lhes é furtado), fosse conduzida dessa maneira. Uma das formas de os pacientes aliviarem parte de suas insatisfações/aborrecimentos com o tratamento recebido era ficar dando voltas nas ruas dentro do hospital; colherem uma fruta; beberem água nas torneiras; deitarem-se na grama, no asfalto, nas galerias que ligam um pavilhão a outro; fumarem seus cigarros de papel (jornal, muitas vezes) e fumo-de-corda; catar "cacos", papéis velhos ou mesmo deitarem-se no chão de cimento dos pátios, expostos ao sol. Este ócio, de acordo com MOFFATT (1981), ocorre porque "... o hospício é um sub-mundo onde não há tarefas, ou seja: a única tarefa ou 'papel' que se exige do internado é que 'trabalhe' de paciente, de 'louco', respeitando seu diagnóstico, apresentan

do apenas aquelas alterações que a ciência afirma que ele deve apresentar. O ócio, quando é maciço, desorganiza o sentido do ciclo do dia, do transcurso da semana, e leva o internado realmente a ter como tarefa a estruturação de seu delírio" (p. 23). Este dado é confirmado por GOFFMAN (1974), ao explicitar que "nas instituições totais* a separação entre o internado e o mundo mais amplo perturba a sequência de papéis" (p. 24).

Alguns pacientes participavam de atividades na agropecuária, na varrição de ruas, coleta de lixo e de roupas, distribuição da alimentação no almoço e jantar, lavanderia etc., porém são poucos, em torno de 10% do número total de internados nesse hospital. Pelo auxílio que prestam aos funcionários por executarem tarefas, são recompensados principalmente com cigarros, apesar de alguns não serem fumantes.

O serviço de terapia ocupacional, como em vários outros hospitais psiquiátricos, é dirigido para os pacientes mais dóceis, ou aos que já sabem fazer trabalhos manuais (crochê, bordados, tapetes, artesanato) que, normalmente, são vendidos em um "bazar" organizado pelo responsável pelo serviço.

Eventualmente, o serviço social em conjunto com a equipe de enfermagem organizavam um passeio recreativo - do

* GOFFMAN (1974) as define como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.

qual participavam apenas os pacientes mais "preservados" - a locais fora das dependências do hospital como: aeroporto, corpo de bombeiros, bosque municipal. É interessante notar que tais passeios geralmente eram dirigidos aos mesmos locais e deles participavam, quase sempre, os mesmos pacientes. Este tipo de comportamento por parte dos responsáveis por esses serviços demonstra acomodação e indisposição para se investir em outras pessoas e/ou em outras atividades recreativas.

O atendimento médico destinado aos pacientes era basicamente medicamentoso, isto é, receitava-se há anos os mesmos remédios para a cura e/ou controle da doença, não havendo outras propostas alternativas de tratamento. Na maioria das vezes, o médico limitava-se a confiar na seleção dos pacientes realizada pelo pessoal de enfermagem. Quanto aos critérios usados, o que se observava era que o doente era encaminhado ao médico quando apresentava mudanças no seu comportamento habitual ou quando a medicação prescrita estava no final. Geralmente, portanto, o paciente era avaliado mais detalhadamente quando incomodava a rotina hospitalar e apenas em poucos pavilhões a reavaliação era periódica.

Os setores de enfermagem, farmácia, serviço social, nutrição, cozinha, laboratório clínico e o serviço de arquivo médico e estatístico subordinavam-se a uma mesma chefia, a qual era ocupada por um médico.

A equipe de enfermagem compunha-se de 5 enfermeiros psiquiátricos, 39 auxiliares de enfermagem, 100 atendentes (estes contratados para desempenharem serviços gerais), 4 barbeiros e 2 cabeleireiras, perfazendo, portanto, um to

tal de 150 pessoas, responsáveis pela assistência a aproximadamente 500 pacientes. Dos 5 enfermeiros, 4 concluíram o curso de especialização em enfermagem psiquiátrica, e cada um deles respondia por um número variável de 2 a 4 pavilhões. Cada um dos 10 pavilhões do MHPE contava, por turno de trabalho (manhã, tarde e noite), com 1 sub-equipe de enfermagem, a qual se compunha de 1 auxiliar de enfermagem e de 2 a 4 atendentes. Entre os 5 enfermeiros, havia aquele que exercia o cargo denominado "encarregatura de enfermagem", responsável por todo o serviço da equipe perante a administração do hospital. Os 4 barbeiros e as 2 cabeleireiras dividiam-se para atender aos pacientes dos pavilhões, cabendo a cada um desempenhar suas tarefas em 2 ou 3 pavilhões. Para o período noturno, não se dispunha de nenhum enfermeiro psiquiátrico; este período era coberto apenas pelas 10 sub-equipes, uma para cada pavilhão. A maioria desses 150 funcionários trabalhava insatisfeita, seja pela questão salarial, seja pelas condições precárias do serviço: a eterna falta de material adequado, construções antigas e insalubres, instalações quebradas e/ou insuficientes, entre outras. Geralmente eles não se preocupavam com a qualidade do serviço prestado; possuíam um baixo nível de escolaridade e, tendo aprendido as rotinas do serviço, há aproximadamente 10 anos, com os colegas mais antigos, muito provavelmente não passaram por nenhum curso de reciclagem profissional. Existia uma resistência muito grande por parte deles em modificarem a forma de prestar assistência ao paciente. A maioria dos funcionários não se preocupava em estabelecer um relacionamento terapêutico com o paciente. Acredito, na verdade, que eles nem mesmo soubessem o que é

e/ou como utilizar essa técnica: desenvolviam suas atividades (medicação, banho etc.) rapidamente, permaneciam apenas na companhia de seus colegas de pavilhão ou se distraíam com alguma outra atividade, desde que esta não incluísse pacientes. Muitos viam o doente mental como um malandro que não quer trabalhar, "um marginal e preguiçoso que finge ser doente para receber benefícios do Estado" (HUMEREZ, 1988, p. 79) ou que só quer aborrecer os outros (SCATENA, 1982). Muitos também tinham problemas psiquiátricos (casos de alcoolismo, depressões graves), necessitando, eventualmente, de serem também internados.

Analisando-se a literatura a que tive acesso, percebo claramente que, de um modo geral, as instituições psiquiátricas têm mantido historicamente um padrão de atendimento difícil de ser modificado no que tange à forma de tratamento que dispensam aos doentes mentais nelas internados. O próprio processo de internação, ou seja, "o lançamento do paciente no mundo do hospital ocorre de forma brusca e até mesmo violenta" (SCATENA, 1991, p. 20). De acordo com MINZONI (1971), "o hospital, na sua situação presente, não só leva o paciente a perder sua identidade, através da remoção dos objetos pessoais, mas intensifica esse processo através de suas rotinas e regulamentos que não lhe permitem continuar com suas responsabilidades e seus hábitos. Ele não tem ocupações, não tem diversão, não é responsável por seus pertences. Não pode decidir sobre a hora de dormir e de se alimentar, não consegue tomar banho sozinho, não pode usar os objetos pessoais de sua preferência, e suas dúvidas não são esclarecidas" (p. 115). A OMS (apud CONTEL, 1980) assegura que "a reação geral contra o modelo tradicional dos hospí

tais mentais gigantescos decorre de suas conhecidas desvan
tagens: número exagerado de pacientes, falta de pessoal em
quantidade e qualidade suficientes, isolamento da comunida
de, maior ênfase na custódia que na reabilitação e escasso
contato terapêutico entre pacientes e técnicos" (p. 266).

A despeito da tendência à desospitalização e, funda
mentalmente, à desinstitucionalização, que objetivam inseri
rir o portador de sofrimento mental de volta ao contexto so
cial, a grande maioria das instituições que cuidam desse ti
po de paciente parece não estar sensível à crítica de que o
modelo asilar e hospitalocêntrico no tratamento do doente
mental vem sendo alvo, por parte de setores progressistas
da psiquiatria. Este tipo de modelo assistencial tem, desde
o início deste século, estimulado a segregação, a discrimi
nação e o desrespeito aos direitos de cidadania de todos os
que sofrem mentalmente. Os livros Psicoterapia do Oprimido
e Manicômios, Prisões e Conventos, de MOFFATT (1981) e
GOFFMAN (1974), respectivamente, são exemplos acabados da
série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profana
ções do "eu" - que acaba sendo mortificado - por que passa
a quase totalidade da população que ainda se encontra aloja
da e abandonada nos hospitais psiquiátricos.

Por outro lado, existem na literatura narrativas
de experiências que, seguindo as novas diretrizes relacionada
das sobretudo à desospitalização, além de parecerem bem-suce
dedas, encorajam-nos a situá-las como um paradigma.
Um exemplo pode ser a visita feita por PELLEGRINO ao
hospital psiquiátrico de La Habana, em Cuba. Segundo este
autor, "todos, sem exceção, trabalham e fazem o que podem.
Há a preocupação insone de não descontextuar o doente, de

não aliená-lo mais do que a doença já o aliena (...). Há 14 brigadas de trabalho, cada uma integrada por 50 enfermos (...). Há um pouco de tudo à disposição dos doentes: carpintarias, galpões de tecelagem, olarias, serviços mecânicos, ateliês de arte e decoração, mesas de artesanato (...), campos esportivos de baseball e futebol (...) e há também - pasmem os céus! - salões de embelezamento, de uma pobreza tão digna e tão lírica que faria inveja a um santo franciscano".

Um outro exemplo pode ser o relato de CAMARINHA (1983) sobre a colônia "Juliano Moreira", onde se adotaram soluções inovadoras, voltadas, basicamente, para a ressocialização do doente mental, a recuperação de sua identidade social e o exercício de sua cidadania plena.

1 - O grupo de enfermeiros psiquiátricos: características e a proposta de trabalho

O Grupo de Enfermeiros Psiquiátricos (GEP)* era formado por 5 profissionais, dos quais 4 obtiveram o título de "especialista" por terem concluído, no final de 1985, o curso de especialização em enfermagem psiquiátrica, oferecido pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP - USP). No início de 1986, houve a abertura de concurso público para preenchimento de 5 vagas na área de enfermagem do Macro-Hospital Psiquiátrico Esta

* GEP - Também utilizarei, para designar esta sigla, o termo grupo, enfermeiros, grupo de enfermeiros.

tal (MHPE), descrito neste estudo. Esses 4 enfermeiros especialistas lograram aprovação, sendo efetivados nos cargos em junho de 1986, tendo permanecido juntos até fevereiro de 1988, época em que a autora deste trabalho demitiu-se da instituição. O 5º membro do GEP não havia cursado a especialização, afastando-se do hospital para essa finalidade, a partir de março de 1987. Portanto, este grupo passou a existir em 23/06/86 e extinguiu-se em 03/02/88, contando, efetivamente, com o trabalho dos 4 enfermeiros que se encontravam juntos desde a época do início do curso de especialização, em março de 1985.

À época em que o GEP assumiu o serviço de enfermagem do MHPE, havia 2 enfermeiras não-especializadas já contratadas, ambas contando com, aproximadamente, 10 anos de atividade naquela instituição. Uma dessas duas enfermeiras encontrava-se afastada da instituição havia cerca de 2 anos, prestando serviços em uma outra instituição estadual. Com a admissão dos 05 enfermeiros psiquiátricos, a outra enfermeira foi transferida, a seguir, para a creche do próprio hospital.

Alguns dados peculiares contribuíram para manter coesos os 4 membros desse grupo, a saber:

- 1) no ano de 1985, iniciaram e concluíram o curso de especialização em enfermagem psiquiátrica na EERP - USP, oferecido para 5 candidatos. Os 4 enfermeiros em questão tiveram a oportunidade de estagiarem juntos no próprio hospital bem como de se encontrarem diariamente para as aulas teóricas do curso de especialização e, semanalmente, nas supervisões;

- 2) por força de um convênio entre a EERP - USP e o MHPE, os mesmos professores do curso de especialização conduziram as reuniões de supervisão com os 4 novos enfermeiros psiquiátricos empossados;
- 3) o 5º membro do grupo, não-especialista, havia sido colega de turma durante o curso de graduação de um dos enfermeiros psiquiátricos;
- 4) todos desejavam ansiosamente trabalhar naquele hospital psiquiátrico.

Cabe salientar, a esta altura, que os 4 enfermeiros do GEP já se conheciam tanto no aspecto pessoal quanto profissional. O campo de trabalho também já era conhecido através do curso de especialização, onde haviam tido inúmeras oportunidades para analisarem e/ou questionarem a forma e a filosofia do tipo de assistência prevalente nesse hospital. Também puderam "trabalhar" os sentimentos (desânimo, revolta) experimentados durante o estágio no referido hospital.

Uma vez empossado, o GEP passou a cumprir as 40h semanais de praxe, iniciando a jornada de trabalho às 7h e encerrando-a às 16h. Com esse expediente era possível supervisionar e administrar todo o serviço de enfermagem do MHPE no período matutino (o de maior demanda de serviços de enfermagem e correlacionados) e parte significativa referente ao período vespertino. Com o pessoal de enfermagem do noturno eram feitas reuniões mensais para supervisionar o trabalho e sanar dificuldades operacionais encontradas. Nos finais de semana, havia um dos enfermeiros psiquiátricos que

ficava de plantão no hospital.

O MHPE possuía 10 pavilhões* que abrigavam cerca de 500 pacientes, nas alas masculina e feminina. Além do trabalho específico da enfermagem, havia ainda uma função administrativa, representada pelo cargo denominado "encarregatura da enfermagem". O enfermeiro investido neste cargo assumia apenas 1 pavilhão para supervisionar e os outros 4 enfermeiros redividiram 9 pavilhões entre si. Dessa forma, cabia a cada enfermeiro a responsabilidade de supervisionar e responder pelo serviço de 2 ou 3 pavilhões, dependendo do número de pacientes internados em cada pavilhão específico e do tipo de assistência necessária (cuidados diretos ou indiretos). Quando o 5º enfermeiro se afastou para frequentar o curso de especialização em enfermagem psiquiátrica oferecido pela EERP - USP, os pavilhões tiveram que ser redivididos entre os 4 enfermeiros psiquiátricos já especialistas.

Uma das primeiras preocupações do GEP foi a implantação de metas a serem atingidas, bem como os respectivos programas de ação, em todas as unidades de serviço da enfermagem. Dentre essas metas destacavam-se a rotina do banho diário em todos os pavilhões e o controle da administração de medicação, incluindo o armazenamento em locais seguros, pois era comum encontrarem-se remédios guardados em armários de funcionários. Este procedimento era justificado pelo fato de a farmácia não aceitar devolução de medicações, mesmo quando o paciente tinha alta, evadia-se ou ia a óbito.

* Havia mais um pavilhão denominado "Cirurgia", que abrigava apenas 2 leitos, desocupados a maior parte do tempo, e 2 funcionários.

A enfermagem era compelida a ficar de posse da medicação restante e dar a ela o fim que julgasse melhor apropriado. Estava certo que a responsabilidade sobre a destinação dada aos remédios era dos funcionários da equipe de enfermagem que, por outro lado, não recebiam qualquer orientação ou instrução de procedimentos das instâncias superiores do hospital. Comumente encontravam-se verdadeiras "farmacinhas" nos armários desses funcionários. Quando interpelados, diziam que ficavam com a medicação por segurança, uma vez que a farmácia não funcionava à noite, nos finais de semana e feriados. Afirmavam também ser corriqueiro eles atenderem a prescrições de medicação, em casos de urgência e/ou nos plantões, a partir dos estoques assim formados.

De um modo geral, as atividades rotineiras desse grupo reportavam-se aos seguintes itens:

- 1) inteirar-se das comunicações registradas pelo enfermeiro psiquiátrico responsável pelo período de trabalho precedente (manhã, tarde ou no turno), no "livro de ocorrências";*
- 2) verificar a escala de funcionários de cada pavilhão e, se necessário, alterá-la através de remanejamento de funcionários de outros setores para cobrir eventuais faltas;

* Esse livro ficava no posto de Enfermagem do pavilhão e servia de "elo" entre os enfermeiros psiquiátricos, no sentido de sugerir cuidados mais intensivos com um paciente (ou observá-lo mais especialmente); põ-lo a par de ocorrências do período anterior; explicar motivo(s) de falta(s) ou atraso(s) de funcionário(s) etc.

- 3) supervisionar e orientar os funcionários da sub-equipe de enfermagem do pavilhão quanto à assistência prestada aos pacientes, seja com relação a banho, refeições, medicação, curativos;
- 4) avaliar clínica e psiquiatricamente eventuais intercorrências com pacientes, ou solicitar a intervenção do médico, se necessário;
- 5) fazer encaminhamentos de solicitações de serviço (pedido de ambulância, exames laboratoriais) para os demais setores do hospital ou setores externos (encaminhamento de pacientes para outros hospitais da região);
- 6) discutir casos clínico/psiquiátricos relevantes ou de etiologia ignorada, com a equipe médica;
- 7) participar de reuniões de rotina da sub-equipe de enfermagem, da equipe de enfermagem e/ou de outros setores e também de reuniões administrativas com a diretoria do MHPE;
- 8) controlar o estoque de material de consumo e equipamentos de uso comum nas unidades de Enfermagem e solicitar a compra dos mesmos, quando necessário;
- 9) adotar providências de caráter geral ou comunicar-se com a chefia imediata, em relação ao trâmite de processos ou informações funcionais.

A despeito dessas atribuições genéricas do enfermeiro psiquiátrico a serem desempenhadas em cada pavilhão sob sua responsabilidade, a maior parcela de seu tempo era dispendida no sentido de solucionar problemas com os funcionários, tais como: necessidade de saídas antecipadas, atrasos significativos, deslocamento de funcionário para cobrir faltas, providência de substituição por falta de funcionário escalado para plantão (que é mais complicado, em virtude do reduzido número de funcionários trabalhando em todo o hospital nesse dia), alterações nas escalas mensais e de férias, eventuais desentendimentos entre colegas (dentro e fora do setor). Havia ainda funcionários que trabalhavam alcoolizados (que assim já chegavam ou que bebiam durante o expediente); funcionários que dormiam em serviço ou que dele se ausentavam injustificadamente; assistência de enfermagem deficiente (curativos mal-feitos, administração incorreta ou irregular de medicação), necessidade de prestar-se assistência clínico/psiquiátrica a funcionários durante o expediente.

Por outro lado, o tempo dispendido no atendimento dos pacientes inevitavelmente era menor, por mais paradoxal que possa soar a afirmação. Geralmente prestava-se assistência direta ao paciente em situações de emergência, compreendidas por intercorrências clínico/psiquiátricas (crise convulsiva, agitação psicomotora) entre outras. O relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente não ocorria nos moldes preconizados por TRAVELBEE (1979). Porém, o GEP conseguia estabelecer um contacto terapêutico rápido e objetivo com um grande número de pacientes, sendo que, nestas oportunidades, era possível avaliar as queixas clínicas feitas por

eles ou fazer uma avaliação psiquiátrica. Muitas vezes avaliava-se os pacientes durante os vários deslocamentos feitos pelos enfermeiros de um pavilhão a outro; avaliação esta realizada através de observações rápidas e de pequenos diálogos com eles nos corredores e ruas do hospital. As impressões que cada enfermeiro colhia sobre o estado de saúde mental dos pacientes eram discutidas com os demais integrantes do GEP. Este procedimento informal permitia um "acompanhamento à distância" do quadro clínico de quase todos os pacientes, além de propiciar uma visão macroscópica do funcionamento de toda a equipe de enfermagem: conheciam-se as características e a problemática dos serviços de enfermagem, dos funcionários, das demais equipes e dos pacientes de cada pavilhão. Quando ao grupo de enfermeiros deparava-se-lhe um problema relativo a suas atribuições, em um determinado setor, todos os seus membros analisavam-no e sugeriam formas de solucioná-lo. A "encarregatura de enfermagem", embora sob a responsabilidade formal de um dos enfermeiros, também era gerenciada segundo esta filosofia: as liberações finais sobre os assuntos de natureza administrativa (ou correlatos) eram tomadas democraticamente em reuniões do GEP.

Um dos principais obstáculos a serem suplantados logo no início da atuação desse grupo no hospital referiu-se ao estabelecimento e definição das funções e atribuições da equipe de enfermagem. As equipes técnicas (serviço social, nutrição, farmácia e laboratório clínico) e as equipes de serviços gerais (lavanderia, limpeza etc.) haviam se acostumado a delegar tarefas que não eram da competência da equipe de enfermagem como, por exemplo, em caso de falta de

alguma medicação, a equipe da farmácia incumbia um funcionário da enfermagem de ir até à cidade para adquiri-la. Após reuniões realizadas pelo GEP com as demais equipes, tal questão foi superada, estabelecendo-se as atribuições tanto do GEP quanto da equipe de enfermagem descritas resumidamente neste tópico.

III - METODOLOGIA

1 - A pesquisa qualitativa na área de saúde, sua aplicação e perspectivas neste trabalho

Quando me propus a cursar o mestrado em enfermagem psiquiátrica, o meu objetivo era utilizar uma experiência que acumulei em 18 meses de trabalho em um macro-hospital psiquiátrico estatal (MHPE) com o grupo de enfermeiros psiquiátricos (GEP) lotado naquela instituição. Esse grupo de enfermeiros trabalhou junto de 23/06/86 a 03/02/88 sendo que, neste período, desempenhei a função de enfermeiro psiquiátrico e, simultaneamente, de 23/06/86 a 22/06/87, respondi pelo cargo de encarregatura de enfermagem junto à direção do hospital. Durante esse tempo de convivência, o grupo detectou a necessidade de refletir sobre o papel desempenhado pelo enfermeiro psiquiátrico dentro de um macro-hospital psiquiátrico, com o intuito de registrar e fazer uma análise crítica da experiência e de sua atuação profissional. Esta proposta de investigação levou-me a iniciar, em agosto de 1987, o programa de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP - USP).

Ao longo desses 18 meses, deparou-se-me um campo de trabalho que, em muitos de seus procedimentos, lembrava os primórdios da história da psiquiatria - degradação do doente mental enquanto ser humano; não-atendimento de suas necessidades humanas básicas - associados a uma prática de enfermagem que, geralmente, confirmava esse contexto. As ci

tadas características incipientes do tratamento dispensado ao paciente psiquiátrico, no referido hospital, encontravam eco nas condutas de outras equipes profissionais de apoio nessa assistência.

Considero essa experiência acumulada suficientemente relevante para justificar a sua escolha enquanto objeto de estudo, principalmente por permitir o desvendamento da incoerência entre o discurso teórico oficial e a prática assistencial.

A concordância expressa dos integrantes do referido grupo de enfermeiros em participar dessa investigação científica, encorajou-me a procurar uma metodologia científica que possibilitasse o aproveitamento tanto da experiência acumulada pelo grupo durante o tempo de convivência comum na instituição, quanto da análise feita pelo mesmo sobre a sua atuação profissional.

A opção de se fazer um estudo sob essa perspectiva implicou na escolha de uma abordagem qualitativa que me possibilitasse identificar e analisar os principais tipos de atividades e dificuldades que o grupo vivenciou no trabalho e entender os porquês de sua atuação, através de uma análise sociológica que incorporasse a perspectiva histórica como um dos elementos explicativos fundamentais.

A partir dos objetivos do presente trabalho, as metodologias da pesquisa-ação (PA) e/ou da pesquisa-participante (PP) mostraram-se mais adequadas. Para THIOLENT (1985), "a PA é uma forma de PP, mas nem todas as PP são PA (...) os partidários da PP não concentram suas preocupações em torno da relação entre investigação e ação dentro da situação considerada. É justamente este tipo de relação

que é especificamente destacado em várias concepções da PA. A PA não é apenas PP, é um tipo de pesquisa centrada na ação" (p. 83)*.

De acordo com THIOLENT (1988), a PA volta-se para a descrição de situações concretas e para a intervenção ou ação orientada em função da resolução de problemas efetivamente detectados em investigação com grupos, instituições, coletividades de pequeno e médio porte. Ainda de acordo com esse autor "um dos principais objetivos dessa proposta metodológica consiste em dar aos pesquisadores e grupos de participantes os meios de se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas da situação em que vivem, em particular sob forma de diretrizes de ação transformadora" (p. 8).

Esta linha de pesquisa qualitativa pode ser aplicada em vários campos de atuação: educação, serviço social, militância política ou sindical e, de uma certa forma, contrapõe-se às técnicas ditas convencionais que são usadas de acordo com um padrão de observação positivista, no qual existe uma grande preocupação com a quantificação (e mensuração) de resultados empíricos sem se importar com a busca da interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas (THIOLENT, 1988). Entretanto, algumas referências bibliográficas explicitam que a PA ainda se encontra em fase de discussão e não existe unanimidade sobre ela entre cientistas sociais e profissionais das diversas áreas,

* HAGUETTE (1987) diverge da distinção proposta por THIOLENT, por entender que muitas das experiências de PP introduzem o componente "ação".

pelo perigo que vêm no rebaixamento do nível de exigência acadêmica, no abandono do ideal científico (BRANDÃO, 1984; DEMO, 1985; HAGUETTE, 1987; THIOLENT, 1988). Por outro lado, do ponto de vista científico, a PA é uma proposta metodológica e técnica que oferece subsídios para organizar a pesquisa social aplicada, sem os excessos da postura convencional ao nível da observação e da experimentação, através da qual se pode captar informações geradas pela mobilização coletiva em torno de ações concretas que não seriam alcançáveis nas circunstâncias da observação passiva (THIOLENT, 1988). Embora a PA esteja ganhando grande audiência em vários meios sociais, ainda é cedo para se ter uma avaliação da amplitude e dos resultados realmente alcançados. Porém, com o desenvolvimento de suas exigências metodológicas, a proposta da PA poderá vir a desempenhar um importante papel nos estudos e na aprendizagem dos pesquisadores e de pessoas ou grupos implicados em situações problemáticas (THIOLENT, 1988). Ainda de acordo com THIOLENT (1988), "a idéia de pesquisa-ação encontra um contexto favorável quando os pesquisadores não querem limitar suas investigações aos aspectos acadêmicos e burocráticos da maioria das pesquisas convencionais. Querem pesquisas nas quais as pessoas implicadas tenham algo a 'dizer' e a 'fazer'. Não se trata de simples levantamento de dados ou de relatórios a serem arquivados. Com a pesquisa-ação os pesquisadores pretendem desempenhar um papel ativo na própria realidade dos fatos observados" (p. 16).

Para esse autor, a pesquisa-ação é uma estratégia metodológica da pesquisa social que pode ser definida como: "um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebi

da e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual o pesquisador e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo" (p. 14).

Aspectos principais da pesquisa-ação (THIOLENT, 1988):

- a) há uma ampla e explícita interação entre pesquisadores e pessoas implicadas na situação investigada;
- b) desta interação resulta a ordem de prioridade dos problemas a serem pesquisados e das soluções a serem encaminhadas sob forma de ação concreta;
- c) o objeto da investigação não é constituído pelas pessoas e sim pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontrados nesta situação;
- d) o objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada;
- e) há, durante o processo, um acompanhamento das decisões, das ações e de toda a atividade intencional dos atores da situação;
- f) a pesquisa não se limita a uma forma de ação (risco de ativismo): pretende-se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o "nível de consciência" das pessoas e gru

pos considerados.

A partir do exposto, a PA, enquanto modalidade de pesquisa qualitativa, mostrou-se a mim como alternativa me todológica coerente e adequada para direcionar, em parte, esta pesquisa.

2 - Procedimentos para a análise de dados

De acordo com LÜDKE & ANDRÉ (1986), "analisar os dados qualitativos significa 'trabalhar' todo o material ob tido durante a pesquisa, ou seja, os relatos de observação, as transcrições de entrevistas, as análises de documentos e as demais informações disponíveis. A tarefa de análise im plica, num primeiro momento, a organização de todo o mate rial, dividindo-o em partes, relacionando estas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevan tes. Num segundo momento estas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências num nível de abstração mais elevado" (p. 45).

A partir deste momento é necessário checarem-se as áreas (ou blocos) que necessitem de maior exploração (ou de complementação), aspectos que devem ser enfatizados, ou tros que podem ser eliminados e as novas direções a serem tomadas. Tais escolhas e direções a seguir são feitas a par tir de um confronto entre os princípios teóricos do estudo (e também os objetivos do mesmo) e o que vai sendo "apren dido" durante a pesquisa, num vaivém constante que perdura até a fase final do relatório.

Segundo ainda as autoras citadas, os procedimentos a serem adotados na análise dos dados são:

- 1) delimitação progressiva do foco de estudo (STAKE, 1981) - é uma tentativa de delimitação da problemática focalizada, tornando a coleta de dados mais concentrada e mais produtiva;
- 2) formulação de questões analíticas - devem ser formuladas algumas questões ou proposições específicas, em torno das quais a atividade de coleta possa ser sistematizada;
- 3) aprofundamento da revisão de literatura - relacionar as descobertas feitas durante o estudo com o que já existe na literatura é fundamental para que se possa tomar decisões mais seguras sobre as direções em que vale a pena concentrar o esforço e as atenções;
- 4) testagem de idéias junto aos sujeitos - em determinadas ocasiões, tentar defender seus próprios interesses, não ajuda muito a avançar na análise;
- 5) uso extensivo de comentários, observações e especulações ao longo da coleta - o pesquisador deve procurar registrar também as suas observações, sentimentos e especulações ao longo de todo o processo de coleta.

"A classificação e organização dos dados prepara uma fase mais complexa da análise, que ocorre à medida que o pesquisador vai reportar os seus achados. Para apresentar

os dados de forma clara e coerente, ele provavelmente terá que rever as suas idéias iniciais, repensá-las, reavaliá-las, e novas idéias podem então surgir nesse processo.

A categorização, por si mesma, não esgota a análise. É preciso que o pesquisador vá além, ultrapasse a mera descrição, buscando realmente acrescentar algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado. Para isso ele terá que fazer um esforço de abstração, ultrapassando os dados, tentando estabelecer conexões e relações que possibilitem a proposição de novas interpretações e explicações. É preciso dar o 'salto', como se diz vulgarmente, acrescentar algo ao já conhecido. Esse acréscimo pode significar desde um conjunto de proposições bem concatenadas e relacionadas que configuram uma nova perspectiva teórica até o simples levantamento de novas questões e questionamentos que precisarão ser mais sistematicamente explorados em estudos futuros" (LÜDKE & ANDRÉ, 1986, p. 49).

A metodologia da PA preconiza que o material produzido pelo grupo seja também analisado pelo próprio grupo, "a fim de se aumentar o conhecimento dos pesquisadores e aumentar o nível de consciência dos participantes" (THIOLLENT, 1988).

3 - O Grupo de Pesquisa e as reuniões para a obtenção de dados

O Grupo de Pesquisa (GP) constituiu-se de 4 elementos dos 5 do Grupo de Enfermeiros Psiquiátricos (GEP) do MHPE e que se reuniu, especificamente, para a conse

cução deste estudo. Eu me demiti do hospital em fevereiro de 1988; um dos enfermeiros psiquiátricos foi transferido para o ERSA-50 e um outro se demitiu em 1989. Dos 4 membros do GP - entre os quais me incluo - 2 ainda permanecem, atualmente, lotados na instituição.

Esta etapa do estudo, referente a coleta de dados, compreendeu, basicamente, 3 fases distintas, a saber:

- a) a primeira fase, de outubro a dezembro de 1990, na qual foram realizadas 7 reuniões do GP para a coleta de dados propriamente dita;
- b) a segunda fase, de maio a junho de 1992, na qual foram realizadas outras 5 reuniões do GP para reexaminar e rediscutir o material coletado na fase anterior;
- c) a terceira fase, em agosto de 1992, na qual foram realizadas mais 2 reuniões do GP cujos objetivos foram, respectivamente:
 - 1) discutir, rediscutir os resultados do estudo e a eventual necessidade de se fazerem alterações (de forma e/ou de conteúdo) no trabalho escrito. Para essa "checagem final", uma cópia do mesmo foi entregue com antecedência a cada um dos membros do GP, a fim de que pudessem analisar o material e eventualmente propor as alterações que julgassem necessárias;
 - 2) obter novas informações especificamente junto aos 2 membros do GP que ainda permanecem

na instituição, sobre modificações ocorridas no MHPE atualmente e, de modo particular, no serviço de enfermagem.

Creio ser importante, mais uma vez, ratificar que todas essas reuniões fazem parte da coleta de dados. Quando me refiro a elas, utilizo livremente os termos reuniões, encontros ou seminários.

A seguir faço uma descrição cronológica dos 12 seminários havidos e, também, de forma sucinta, os resultados obtidos em cada um.

No primeiro seminário, apresentei a proposta de realização do presente estudo, bem como os objetivos e metodologia a ser empregada. Como resultado desse encontro inicial, firmou-se um compromisso em que se estabeleceu que as próximas reuniões realizar-se-iam no próprio MHPE, durariam aproximadamente 60 minutos e dar-se-iam a cada 15 dias. Todos estes requisitos poderiam ser alterados de acordo com eventuais necessidades. Houve consenso de que as reuniões seriam gravadas em fita K-7 e, posteriormente, transcritas e que as informações que eu considerasse relevantes seriam anotadas.

Também se discutiu a necessidade de um moderador, tendo sido eu própria indicada para esta função. Ao final desse primeiro seminário, o GP estabeleceu como tarefa para o próximo encontro a seleção dos temas a serem discutidos nos seminários subsequentes, temas estes vinculados aos objetivos do presente estudo.

No segundo seminário, o GP selecionou alguns temas a serem discutidos nos próximos encontros, a saber:

- a) a gênese do GEP: abordar-se-iam aspectos importantes para a consolidação do GEP, tais como: auto-conhecimento, sentimentos surgidos no período de convivência e como tais sentimentos (raiva, amizade, carinho) foram trabalhados;
- b) aspectos críticos da supervisão realizada por docentes da disciplina "Enfermagem Psiquiátrica", do curso de especialização da EERP - USP, aos enfermeiros do GEP;
- c) relacionamento interpessoal do GEP com a equipe de enfermagem do MHPE;
- d) relacionamento interpessoal do GEP com a equipe multiprofissional do MHPE;
- e) relacionamento interpessoal do GEP com a Administração do MHPE;
- f) aspectos críticos do curso de "Especialização em Enfermagem Psiquiátrica" e seus reflexos na atuação profissional dos membros do GEP;
- g) relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente psiquiátrico, no MHPE.

Os temas acima listados foram justificados pelo GP à medida em que acreditávamos que parte significativa da problemática ligada ao papel profissional do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital poderia estar contida nos mesmos. Além disso, esta seleção serviu para nortear as discussões do GP. Em relação ao item "f", foi sugerido que se convidassem pessoas estranhas ao GP para participar das discussões e enriquecê-las, como: docentes da área de enferma

gem psiquiátrica da EERP - USP, enfermeiros não-especialistas, diretores do MHPE. Essa sugestão não pôde ser viabilizada por indisponibilidade do próprio grupo.

O GP optou, propositalmente, por realizar os futuros seminários no próprio MHPE, com o intuito de buscar reproduzir uma situação semelhante à vigente na época de trabalho conjunto, pois sabíamos de antemão que poderiam ocorrer interrupções nas discussões, seja por solicitação de funcionários e/ou da direção do hospital, ou até mesmo por pacientes que adentrassem a sala onde nos reuníamos.

De acordo com THIOLENT (1988), "o planejamento da PA é muito flexível. Contrariamente a outros tipos de pesquisa, não se segue uma série de fases rigidamente ordenadas. Há sempre um vaivém entre várias preocupações a serem adaptadas em função das circunstâncias e da dinâmica interna do grupo de pesquisadores no seu relacionamento com a situação investigada" (p. 47).

Além dos seminários para coleta dos dados, realizei uma entrevista com o administrador do MHPE* a fim de coletar informações de que não dispúnhamos. Também foi realizado um levantamento das atividades comumente desempenhadas

* Entrevistei o diretor administrativo do MHPE a fim de colher informações referentes aos repasses financeiros efetuados pelo governo paulista (regularidade, contingenciamento) e os gastos do hospital (custeio, material permanente e de consumo, investimentos em infra-estrutura).

pelo GEP no MHPE em 3 livros de registros de plantões*, com a finalidade de listá-las e também demonstrar como o enfermeiro psiquiátrico empregava o seu tempo durante os plantões.

Ainda de acordo com THIOLENT (1988), o material produzido pelo grupo deve ser analisado pelo próprio grupo, no intuito de aumentar o nível de consciência dos participantes sobre a questão em estudo. Para cumprir com tal disposição, o GP reuniu-se por mais 5 vezes, em semanas consecutivas, no mesmo local dos seminários, em reuniões de aproximadamente 90 minutos de duração cada uma, no período de maio a junho de 1992.

Entretanto, algumas observações fazem-se necessárias:

- a) o primeiro seminário com o GP, no qual se estabeleceu o compromisso que originou o presente estudo, não foi gravado em fita K-7, sendo registrado sob a forma de um relatório; o mesmo ocorreu com o 3º seminário que, por questões relacionadas a atrasos e/ou faltas de seus membros, acabou não acontecendo na plenitude prevista, sendo que apenas em seus últimos 15 mi

* Esses livros registravam as ocorrências havidas nos plantões dos finais de semana (sábado e domingo) e serviam de comunicação entre os membros do GEP: geralmente o enfermeiro plantonista folgava na segunda-feira, apenas reencontrando o grupo a partir da terça-feira. Resolvi efetuar este levantamento apenas nos 3 primeiros livros de plantões porque correspondem ao tempo em que integrei o GEP do MHPE, ou seja, de junho de 1986 a fevereiro de 1988.

nutos, por proposta minha, a própria questão do atraso (e seu significado) tornou-se objeto de discussão. Por esta razão, o 3º seminário também foi apresentado em forma de um relatório;

- b) os seminários de número 2, 6 e 7 foram integralmente transcritos e apresentados para análise do GP, tal como estava previsto;
- c) os seminários de número 4 e 5 não puderam ser transcritos, em virtude de problemas de ordem técnica do gravador e fita utilizados. Porém, foi possível resgatar os temas discutidos através e tão somente das anotações feitas por mim. Esses 2 seminários foram apresentados ao GP, para discussão, também na forma de relatórios.

Nas 5 reuniões referidas anteriormente, o material produzido nos seminários foi apresentado aos membros do GP, para análise e deliberação de aspectos considerados relevantes para a atuação do enfermeiro psiquiátrico num macro-hospital. O material produzido, conforme esclareci, compreendia a transcrição literal dos seminários de números 2, 6 e 7 e os relatórios, feitos por mim, referentes aos seminários de números 1, 3, 4 e 5.

A fim de orientar a análise, após coletados os dados, resolvi adotar os preceitos estipulados por LÜDKE & ANDRÉ (1986). A partir deles, adaptei um procedimento a ser adotado para a discussão e análise do material produzido que, de uma forma geral, aponta para os seguintes itens:

- 1 - em um primeiro momento, é preciso ler e reler o material e, durante a sua leitura, cada membro do GP vai "pinçando" pontos julgados relevantes e pertinentes aos objetivos do trabalho, aos quais denominei "destaques";
- 2 - posteriormente, os "destaques" foram checados pelo GP para ver se tinham peso e relevância suficientes para constarem em uma listagem unificada, considerada então como os "destaques do GP" e não apenas como a somatória dos "destaques dos membros do GP". Desta forma, iniciou-se a formação de agrupamentos por temas;
- 3 - para cada tema, foram elaboradas questões orientadoras com o intuito de facilitar a análise e possibilitar a articulação entre os pressupostos teóricos do estudo e os dados da realidade estudada;
- 4 - juntamente com tais tarefas, foram apresentados ao GP trabalhos (e opiniões) de outros autores sobre os temas em construção, para que se pudesse tomar decisões mais seguras quanto à sua fundamentação, pois estavam respaldados pela literatura. Todas as minhas percepções e conjecturas (tópicos ou temas recorrentes, personagens e acontecimentos intrigantes, esclarecimentos sobre aspectos anteriormente obscuros, dúvidas, inferências, soluções e explicações) foram apresentadas ao GP. LÜDKE &

ANDRÉ (1986) acreditam que o primeiro passo na análise dos dados é a construção de um conjunto de categorias descritivas. Afirmam também que a análise não deve se restringir ao que está explícito no material, procurando-se aprofundá-la mais, desvendando-se mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente silenciados.

IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Como produto final desses 14 encontros, surgiram 9 grandes temas, listados a seguir, de acordo com a ordem em que apareceram nos seminários. São eles:

- características e atuação profissional do Grupo de Enfermeiros Psiquiátricos (GEP) no Macro-Hospital Psiquiátrico Estatal (MHPE);
- resistências institucionais a novas propostas do GEP no âmbito do MHPE;
- administração em enfermagem: a implantação de metas e suas implicações na organização funcional e estrutural do MHPE;
- reflexos do curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica na prática profissional do enfermeiro de campo;
- convivência do GEP;
- mudanças nas políticas de saúde mental e seus reflexos na enfermagem;
- a questão da sexualidade humana no MHPE;
- o papel da supervisão e seus reflexos na atuação profissional do enfermeiro psiquiátrico;
- relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente.

A fim de facilitar a explanação da análise e considerações tecidas pelo GP nas reuniões de discussão, optei por aglutinar os 9 temas acima referidos em 2 blocos, a sa

ber:

O 1º bloco, denominado "Administração do serviço e da equipe de Enfermagem", descreve, basicamente, as ações do GEP não relacionadas diretamente à assistência ao paciente psiquiátrico, mas necessárias e/ou indispensáveis para esse fim. Tal classificação justifica-se pelo pressuposto de que a maioria das ações específicas do enfermeiro psiquiátrico no MHPE é de natureza administrativa.

O 2º bloco, denominado "Enfermeiro Psiquiátrico e a Assistência ao Doente Mental", descreve as ações do GEP voltadas à finalidade precípua dos hospitais psiquiátricos.

Em ambos os blocos, procuro mostrar a problemática enfrentada pelo GEP no contexto operacional de um macro-hospital, explicitando os obstáculos e dificuldades surgidas na atuação profissional. No intuito de esclarecer o leitor e de melhor contextualizá-lo, utilizo-me de citações literais dos membros do GP extraídas das transcrições que efetuei a partir das reuniões havidas ao longo desse estudo.

Uma constatação de início apontada pelo GP é a distância que separa a realidade da atuação profissional do enfermeiro psiquiátrico em um macro-hospital psiquiátrico, especialmente as dificuldades encontradas no desempenho profissional, e a realidade acadêmica preconizada pelos cursos de graduação em enfermagem e de especialização em enfermagem psiquiátrica.

Várias disciplinas de caráter técnico específico são elencadas no curso de graduação em enfermagem, cujos conteúdos visam a habilitar o aluno a prestar assistência aos pacientes portadores de moléstias infecto-contagiosas, politraumatizados, pós-operados de cirurgias de grande por

te, pacientes psiquiátricos, entre outros. No currículo da graduação também são ministradas disciplinas de características formativas, como Ética, Sociologia... No curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica também foram inúmeras as contribuições: Dinâmica de Grupo, Estudos avançados em Psiquiatria e outras. Em suma, todo esse conhecimento devidamente organizado e planejado objetiva qualificar e capacitar o profissional enfermeiro para o trabalho e/ou ensino. No entanto, quando este ingressa no campo de atuação profissional específico da assistência ao doente mental institucionalizado, especialmente em instituições governamentais, depara-se-lhe um serviço de enfermagem estagnado e arcaico, equipes de funcionários cronificadas por maus hábitos, desinteressadas, geralmente resistentes a quaisquer propostas que ameacem o ritmo/forma de atuação já estabelecido há anos, sobressaindo-se o fato de que os pacientes estão desprovidos daquela assistência preconizada nos bancos acadêmicos... Muitas vezes, o enfermeiro novato acaba por se perder: fica sem ação imediata, não sabe bem por onde começar, tal a quantidade de transformações que o serviço precisa sofrer para se adequar à teoria aprendida na escola. Um dos problemas que se enfrenta nas instituições governamentais é o número bastante desproporcional entre profissionais e pacientes. No caso específico do MHPE, havia 5 enfermeiros para aproximadamente 500 pacientes e 150 funcionários no serviço de enfermagem. O sentimento que inicialmente se experimenta é de desânimo, de que se está "remando contra a correnteza"... A impressão que se cria é a de que você é quem é o louco, ao propor mudanças que parecem absurdas e cujo único interessado é você. O paciente já se encon

tra há tantos anos alienado, sem conseguir fazer valer sua expressão verbal e/ou corporal; os funcionários, de um modo geral, parecem estar bem adaptados àquele trabalho rotineiro de tal forma que se estabelece um certo equilíbrio de funções: os pacientes continuam vagando ociosos e os funcionários, em geral, agindo no sentido de perpetuar este ciclo.

Talvez isso se constitua em um dos principais motivos que levaram tantos outros enfermeiros a desistirem desse campo. É sabido que por este hospital já passaram muitos enfermeiros, alguns até suficientemente aptos e capazes, porém que lá permaneceram por pouco tempo. O primeiro grupo de enfermeiros especializados em enfermagem psiquiátrica foi este do presente estudo, composto por 5 profissionais, contratados em junho de 1986. Ressalta-se o fato de que, em um intervalo de tempo inferior a 3 anos, 2 dos 5 enfermeiros demitiram-se e 1 foi transferido, por imposição da diretoria do hospital àquela época, para uma repartição administrativa ligada ao SUDS-50.

A partir de agora, passo a descrever e analisar as questões relacionadas aos 2 blocos em que dividi a apresentação dos dados do presente trabalho.

1 - Administração do serviço e da equipe de enfermagem

Neste tópico foram aglutinados 7 dos 9 temas surgidos na fase de coleta de dados, uma vez que os mesmos interferem, direta ou indiretamente, nos aspectos administrativos do serviço e da equipe de enfermagem. Os temas sele

cionados para compor este primeiro bloco são os seguintes:

- características e atuação profissional do GEP no MHPE;
- resistências institucionais a novas propostas do GEP no âmbito do MHPE;
- administração em enfermagem: a implantação de metas e suas implicações na organização funcional e estrutural do MHPE;
- reflexos do curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica na prática profissional do enfermeiro de campo;
- convivência do GEP;
- mudanças nas políticas de saúde mental e seus reflexos na enfermagem;
- o papel da supervisão e seus reflexos na atuação profissional do enfermeiro psiquiátrico.

Acredito também haver uma relação qualitativa entre os temas acima listados e a administração do serviço e da equipe de enfermagem na instituição.

Prova disso, por exemplo, é a relação qualitativa e indireta do tema "Convivência do GEP" com o assunto descrito no bloco; ou seja, o auto-conhecimento e a integração entre os membros do GEP, provavelmente frutos de um período de tempo de convívio comum, refletiram positivamente tanto na atuação profissional do grupo como no gerenciamento do serviço e da equipe de enfermagem do hospital.

O GP* relatou que uma das primeiras atividades dos enfermeiros psiquiátricos foi promover um levantamento do tipo de assistência que a equipe de enfermagem do MHPE, até então, dispensava aos pacientes institucionalizados, bem como das razões e circunstâncias que justificavam aquela forma de atuação. Esse levantamento inicial, que contou com a assessoria dos docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, estendeu-se aos setores dos quais a enfermagem dependia diretamente para sua atuação - rouparia, lavanderia, farmácia etc. O objetivo desse levantamento preliminar foi conhecer a dinâmica de trabalho dos mencionados setores, bem como as dificuldades inerentes a eles, a fim de fornecer subsídios para a elaboração do plano de trabalho a ser implementado pelo GEP, com o objetivo de orientar as ações a serem desempenhadas pela equipe de enfermagem no macro-hospital.

Esse levantamento, destinado a "tomar pé da situação", foi elaborado através de observações diretas e de entrevistas com o encarregado de cada um dos setores diretamente implicados com o desempenho da equipe de enfermagem. De posse desses dados, o GEP elaborou o plano de trabalho contendo as metas a serem atingidas a curto, médio e a longo prazos. Esse plano de trabalho foi explicado detalhadamente a todos os funcionários daqueles setores, em uma reunião marcada exclusivamente para tal finalidade. Vencida es

* Neste tópico, utilizarei a sigla GP para me referir ao Grupo de Pesquisa (composto por 4 enfermeiros psiquiátricos) e para diferenciá-la da sigla GEP (Grupo de Enfermeiros Psiquiátricos, formado por 5 destes profissionais).

ta etapa, o GEP dedicou-se a implementar as metas traçadas.

Embora a diretoria do hospital e os funcionários dos setores envolvidos com o trabalho da enfermagem estivessem cientes da proposta e objetivos do plano de trabalho estipulado pelo GEP, criou-se um "clima de expectativa e ansiedade" nos funcionários relacionado a possíveis condutas que o GEP adotaria posteriormente à realização daquele levantamento. Na verdade, muitos boatos falsos correram de "boca em boca", culminando, pois, no fato que alguns funcionários ofereceram muita resistência à implementação da proposta de trabalho. Em relação a esse ocorrido, os membros do GP foram unânimes em afirmar que também sentiram essa rejeição e resistência até por parte de alguns funcionários do próprio setor de enfermagem. Também houve plena concordância do GP de que o "pré-julgamento" feito pelos funcionários deixou evidente que os "boatos" foram mais persuasivos do que a explanação do plano de trabalho elaborado pelos enfermeiros psiquiátricos.

Algumas falas extraídas das reuniões do GP ilustram melhor tais considerações:

- "... Eles (funcionários da enfermagem) tinham medo que desempenhássemos o papel de ditadores e carrascos ...";
- "... Eles (funcionários da enfermagem) tinham medo de que mudássemos o esquema que era vigente há muitos anos ...";
- "... Predominava o medo de que mudássemos a parte administrativa, horários, o jeito de fazer as escalas ...";

- "O medo principal deles (funcionários da enfermagem) é que nós fizéssemos o rodízio de horário, porque no HC (Hospital de Clínicas) existia ...";
- "Os funcionários da enfermagem não pensaram que nós podíamos ajudá-los (...) no atendimento a pacientes em crise ...".

Este era um fato bastante comum e rotineiro no hospital: um grande número de boatos, de fatos distorcidos sobre o que ocorria na realidade. Na maioria das vezes, tais boatos prejudicavam o desenvolvimento das tarefas diárias, já que nas mesmas estavam envolvidos relacionamentos pessoais. Dependendo do conteúdo e da natureza dos boatos, eram necessárias várias reuniões para se desfazerem os mal-entendidos causados por eles e para que o serviço cotidiano voltasse à normalidade.

DAMETTO (1986) é taxativa ao afirmar que "se não houver uma reunião específica para resolver tais problemas, eles surgirão em outras reuniões, e impedirão a tarefa de outra ou outras reuniões". Afirma ainda esta autora que "... qualquer equipe trabalhando em um hospital apresenta, no decorrer do trabalho, inúmeros problemas de entrosamento (...) Trabalhar irritado ou se sentindo menosprezado não facilita a vida de ninguém. E quem sofre as consequências disso, em geral, é o paciente ou o familiar (...) O mais difícil, no hospital, no meu entender, não é tratar o psicótico, é manter coesa uma equipe. E a equipe precisa ser ouvida, para não ter tanto desgaste e para poder oferecer melhores condições para o paciente. Se formos negar a existência

de um problema, ele volta sempre, cada vez com um cortejo maior de consequências desagradáveis para técnicos, supervisor, pacientes e familiares" (p. 152).

Em relação à situação descrita, vivenciada mais pelos setores do hospital relacionados com a enfermagem, o GP interpretou-a como uma resposta negativa dos funcionários daqueles setores em participarem de uma nova proposta de trabalho, uma negação a esse novo ritmo que o GEP propunha-se a impelir ao serviço de enfermagem. As diretrizes impostas pelo GEP no direcionamento do serviço de enfermagem forçavam os outros setores, diretamente ligados a ela, a re-discutirem sua atuação e funcionamento. O serviço de enfermagem dos pavilhões do MHPE encontrava-se há anos sem supervisão direta realizada por enfermeiros: o único enfermeiro contratado até a chegada do GEP, com muitos anos de "casa", desempenhava meramente um papel figurativo. A fala a seguir exemplifica, de forma singular, a situação na qual se encontrava o serviço de enfermagem antes da posse do GEP:

"... A Enfermagem não tinha dono, ela era usada por todos. Todos mandavam nela. Eu acho que a rejeição do hospital é porque alguns setores perceberam que a enfermagem iria ocupar o seu espaço, dificultando o serviço dos outros setores".

O GP foi unânime em reconhecer que, na execução das metas, algumas situações inesperadas ocorreram, impedindo que algumas daquelas fossem cumpridas e que outras se atrasassem significativamente.

O GP julgou importante abordar a questão da dificuldade de implantação das metas porque muitas delas repre-

sentaram mudanças no cotidiano do hospital. Este, por sua vez, quase sempre apresentava, além de pacientes crônicos, equipes técnico/administrativas crônicas também. Muitas vezes, tratavam-se de mudanças aparentemente simples como, por exemplo: ao invés de se comprar tecido de algodão cru para os lençóis, como há anos vinha sendo feito, que se passasse a comprá-los coloridos e listrados, como em muitos outros hospitais mais modernos. Além disso, tal mudança fazia parte de uma das metas, que era a "implantação do ambiente terapêutico".

Considerando-se que:

- a) havia verba disponível, naquele momento, para a compra de tecidos para o hospital;
- b) o custo do tecido colorido não excedia significativamente ao do algodão cru;
- c) o setor da lavanderia havia aprovado o novo tecido: após testar uma amostra, esta não havia desbotado (sempre realizavam este teste quando se pretendia adquirir novas padronagens de tecidos).

Com base nestas considerações, o GEP havia deliberado por solicitar à comissão de compras do MHPE a aquisição do tecido colorido, medida esta que ia ao encontro da meta acima referida. Por outro lado, alguns membros da comissão de compra alegaram que o tecido era bonito demais para os padrões do MHPE e podiam despertar a "cobiça" de parte dos funcionários. Esse tipo de raciocínio - "não despertar a cobiça do funcionário" - repetia-se em outras modali

dades de compras: cobertores, toalhas, casacos de frio, en
tre outras. A partir da entrada do GEP no hospital, lutou-
-se contra essa sistemática e foi possível alterá-la. Po
rém, segundo informações colhidas junto aos 2 enfermeiros
do GEP que permaneceram trabalhando no MHPE, existe, hoje,
um decreto baixado pelo governo do Estado que estipula que
as compras (de qualquer natureza) destinadas ao hospital se
jam feitas com base apenas no preço e não na qualidade do
produto desejado. Tal determinação contrapõe-se a todo um
trabalho realizado pelo GEP junto à comissão de compras do
hospital no período de 1986/88: enfatizava-se que a qualida
de do produto era o critério para a aquisição do mesmo, uma
vez que o material mais barato quase sempre tinha uma dura
bilidade menor que o similar mais caro. No caso da compra
de material de consumo, de preço e qualidade inferiores a
uma marca já conhecida e mais cara, acabava-se por gastar
uma quantidade maior do produto mais barato para a obtenção
do mesmo resultado conseguido com uma quantidade menor do
produto mais caro. Assim, o resultado final apontava para
um mesmo volume de gastos financeiros, porém trabalhava-se
com material de qualidade superior. Ironicamente, o governo
lança mão dessa estratégia de contenção de gastos justamen
te após o GEP ter logrado convencer a administração do hos
pital (e a própria equipe de enfermagem) do contrário.

Em relação a outras metas como, por exemplo, for
necer calçados mais macios e confortáveis aos pacientes,
substituindo aquele chinelo duro que usavam e que lhes cau
sava ferimentos em seus pés, a comissão de compras do hos
pital argumentava que não podia se gastar tanto dinheiro
neste tipo de aquisição, uma vez que muitos pacientes joga

vam fora os chinelos que recebiam. Acreditávamos que as razões para esse comportamento residiam no fato de que os chinelos não eram confortáveis - os próprios pacientes mais preservados queixavam-se dos mesmos... Seria necessário fazer um trabalho reeducativo para que os pacientes voltassem a usar calçados. Por outro lado, o hospital informava que não dispunha de verba para a compra de calçados em número suficiente para atender a todos os pacientes. Com isso, a grande maioria dos pacientes permanecia descalça no inverno e no verão e seus pés frequentemente apresentavam rachaduras e/ou queimaduras, porque andavam descalços no asfalto quente. Muitas vezes necessitava-se da aplicação de curativos nos pés dos pacientes. Após estes serem realizados com todo o cuidado asséptico, ficavam em contato com o chão devido à falta dos calçados. Desta forma, desperdiçava-se material de consumo, tempo para sua realização e a motivação de quem desempenhava tal tarefa. O enfermeiro ficava numa posição difícil frente à equipe de enfermagem: ele exigia do funcionário a técnica correta para realizar o curativo e, ao mesmo tempo, via todo aquele trabalho inutilizado em questão de minutos. Realmente os calçados eram necessários e foram reiteradas vezes solicitados à comissão de compras do hospital; porém não foram comprados, não havia verbas.

Os 2 enfermeiros que permaneceram lotados na instituição afirmaram que ainda hoje não conseguiram obter uma diversificação dos tipos de calçados utilizados pelos pacientes: atualmente têm sido comprados chinelos das marcas "Rider" e "Havaianas", tênis "congá" e botinas de couro macio. Os pacientes optam pelo tipo de calçados que querem usar, com exceção das botinas de couro, destinadas apenas

aos pacientes que trabalham em serviços internos do hospital. Os pacientes menos preservados de suas funções mentais, por razões óbvias, têm os seus calçados escolhidos pela equipe de enfermagem. Também relatavam que os pacientes que nunca haviam usado calçados, ainda hoje permanecem descalços, a despeito da variedade e quantidade desses produtos. Deduz-se que não foi feito um trabalho de reeducação com esses pacientes, a fim de que usassem calçados. No período em que o GEP propunha-se a implementar esta meta, não havia verbas para se adquirir os calçados necessários para todos os pacientes. Atualmente, estando este problema resolvido, falta a dedicação e a vontade, por parte da equipe de enfermagem, em implementar tal proposta.

Na entrevista que realizei com o administrador do MHPE, abordei a questão da distribuição orçamentária de verbas pelo Governo do Estado de São Paulo; as informações obtidas me causaram perplexidade e indignação pela sistemática adotada pelo próprio governo quanto aos repasses financeiros: a verba que é consumida anualmente é dividida em 4 cotas trimestrais, calculadas pelo índice do hospital junto à Secretaria de Estado da Saúde. Essas cotas são repassadas sem quaisquer reajustes e, normalmente, sem qualquer previsão ou regularidade do repasse. Obviamente que a verba recebida e destinada a cobrir todas as despesas e encargos do MHPE efetuados no trimestre não é suficiente para tal, ficando-se na dependência de complicados processos de suplementação orçamentária ou de reduzir (e até mesmo cortar totalmente) investimentos em infra-estrutura, manutenção, almoxarifado, farmácia, cozinha, entre outros. Ainda de acordo com os dados fornecidos pelo administrador do MHPE, ime

diatamente após o repasse financeiro feito pelo governo, é feita a distribuição interna da verba, "um pouquinho para cada setor, para a manutenção vital deles, como pagar contas de luz, compra de peças essenciais, produtos de limpeza, material de consumo da enfermagem etc."

Efetivamente, torna-se muito difícil conviver com a estrutura financeira vigente e, em função da total ausência de uma política de financiamento de instituições ou órgãos públicos, administrar adequadamente uma estrutura do porte de um macro-hospital. Ainda com relação a este assunto, o GP fez questão de explicitar que muitos pedidos de compras solicitados pelo GEP, apesar da justificativa da falta de verbas, eram vistos como "banais" pela comissão de compras do MHPE, às vezes sendo até ridicularizados pelos próprios funcionários da enfermagem. Como exemplo, pode-se citar o pedido para a compra de sabonetes no lugar de sabão de pedra, com os quais os pacientes tomavam banho.

As falas abaixo não deixam dúvidas a esse respeito:

- "... muitas vezes os nossos pedidos parecem banais. Por exemplo: para que dar banho com sabonete se pode dar com sabão de pedra? Outra coisa, lembra ... a gente pedia para comprar botina e não aquele chinelo duro e perguntavam: Para que comprar botina se tem chinelo? Eles (os pacientes) não querem, eles não usam, eles quebram ... deixa descalço, eles não reclamam...";
- "... Uma das principais dificuldades para a implantação de algumas transformações esbarrava

na questão da morosidade dos processos de com
pras ...".

O GP também relatou que, além do tempo gasto na análise do que comprar, existia a burocracia relativa ao nú
mero de autorizações necessárias na administração para se efetuarem as compras.

Exemplos de falas relativas a essa questão:

- "... demora mesmo (...) para você comprar uma coisa, vai para um autorizar, vai para outro au
torizar, libera verba, demora (...) é coisa do Estado mesmo ...";
- "... vocês se lembram dos lençóis listradinhos? Há poucos anos que saiu, né?! E quanto tempo não foi investido nisso ...".

O GP também discutiu o fato de que algumas metas que não dependiam de outros setores do MHPE (verbas, por exemplo) e sim apenas dos enfermeiros e dos funcionários da enfermagem também não foram cumpridas tal como havia sido planejado. O exemplo abordado foi a proposta para se alte
rarem as formas de controle e de condicionamento de medica
ção adotadas em um determinado pavilhão.

Antes da intervenção do GEP, o controle e a dis
tribuição de medicação, no pavilhão em referência, funciona
vam da seguinte maneira:

- a) toda a medicação dos pacientes (recebida da farmácia e prevista para durar 30 dias) era acondicionada, inicialmente, em vidros gran
des, rotulados com o nome do paciente. Se este

paciente utilizasse 3 tipos distintos de medic
ação, por exemplo, havia, então, 3 vidros
grandes, devidamente rotulados com o nome de
le, guardando, cada um, uma quantidade suficiente
para o mês em curso. Nesse pavilhão abrigava
m-se, aproximadamente, cerca de 60 pacientes
e, para cada um, havia um número de vidros
grandes correspondente ao número de remédios
que eles tomavam;

- b) o plantão do período matutino, por sua vez,
preparava a distribuição da medicação de todos
os pacientes para os 3 períodos do dia: matutino
no, vespertino e noturno (caso os pacientes necessitassem
da medicação nesses horários). Para
essa distribuição ao longo do dia, redistribu
íam a medicação em vidros pequenos (um para
cada paciente e para cada período) em três caixas
grandes, do tipo de um tabuleiro, feitos
de madeira: cada tabuleiro servia para um per
íodo do dia, e podia-se contar até 120 vidros
pequenos de medicação por período;
- c) os plantões dos períodos da tarde e do noturno
distribuíam aos pacientes daquele pavilhão a
medicação já preparada, conforme descrito acima
ma, pelo plantão matutino. A ocorrência de erros
na distribuição da medicação era diária,
assim como brigas entre os próprios funcionári
os, com um culpando o outro... Esta situação
persistia há, pelo menos, 8 anos!;

d) o GEP não podia deixar de intervir nessa tarefa que ocasionava tantos problemas. Foram propostas e exigidas mudanças nessa sistemática: o plantão dos 3 períodos teria que preparar e distribuir a medicação aos pacientes. Porém, os funcionários apresentavam muita resistência em adotar a nova modalidade proposta talvez pelo fato de estarem habituados há muito tempo com a sistemática anterior: em pouco tempo, haviam retornado à sistemática anterior, forçando do novas intervenções do GEP.

A demora na implantação desta meta foi creditada aos hábitos dos funcionários e à falta de uma fiscalização mais intensa por parte do GEP.

As falas abaixo exemplificam tal situação:

- "Uma das metas que não envolvia a parte administrativa, que dependia da administração da enfermagem, era a questão da mudança de medicação, de como fazê-la. E nós não conseguíamos, não dependia de verbas nem dependia da instituição, dependia somente da gente e dos funcionários. Ficava difícil os funcionários aceitarem a mudança; eles queriam fazer do jeito deles, nós não conseguíamos (...) Você mudava num dia e no outro eles voltavam a fazer daquele jeito deles. Era uma meta que tínhamos a curto prazo, e demorou ... foi a longo prazo. Eram os vícios daqui, é difícil quebrar, dificultam o trabalho ..."

- "É acomodação das pessoas (...) não é querer mudar mesmo (...) já é a cabeça das pessoas (...) Por exemplo: há 10 anos atrás elas (funcionárias da rouparia) faziam 10 camisas diárias; hoje, elas continuam fazendo as 10 camisas diárias. Eles (funcionários) não podem sair fora do sistema, eles não querem mudar".

Acredito que esses dois pontos abordados pelo GP - burocracia e resistências pessoais a mudanças de ordem técnica - são os principais obstáculos e fatores que levam muitos profissionais a desanimarem e a desistirem, muitas vezes, de trabalhar nesse campo. Geralmente, o enfermeiro novato, recém egresso de um curso de graduação (e principalmente o egresso do curso de especialização em enfermagem psiquiátrica), está ávido por proporcionar a melhor assistência ao paciente de acordo com o preconizado em sua formação acadêmica. No caso específico do GEP, uma das metas estabelecidas a curto prazo havia sido a implantação do banho diário a todos os pacientes. Para tal atividade, não existia sabonete: o que existia era sabão de pedra; toalha de banho também era de difícil obtenção (conforme explanação contida no capítulo II) e a tarefa era conduzida aos berros pelos funcionários, exortando os pacientes a se lavarem melhor, a se esfregarem melhor, quando aqueles ainda "observavam" o banho destes. As dificuldades envolvidas nesta atividade começavam por conseguir do MHPE sabonetes para o banho, até então dado com sabão de pedra: iniciava-se, pois, uma verdadeira maratona relacionada à tramitação de processos de compra devidamente documentados e justificados. Havia

a esperança de, dispondo-se de verbas, efetuar-se a compra dos sabonetes. Vencida esta e outras etapas (compra de buchas, aventais, botas, conserto de chuveiros etc.), o próximo obstáculo foi a implantação do banho diário. Após o trabalho de conscientização dos funcionários da necessidade dessa rotina, constatou-se que a mesma implicava em trocas de roupas diárias. Após consulta ao setor de lavanderia do hospital, constatou-se que era impossível a consecução da meta "banho diário" pelos seguintes motivos: a) o MHPE não dispunha de um número de trocas suficientes para vestir todos os pacientes; b) o setor de lavanderia não dava conta de atender diariamente ao aumento da demanda por roupas limpas, pelo fato de que as máquinas de lavar eram velhas e não suportavam trabalhar em ritmo mais acelerado do que o habitual. Apesar desses obstáculos, o GEP sugeriu a confecção de mais roupas por parte das costureiras do setor de lavanderia, aproveitando a existência de tecido apropriado para esta finalidade. Vale esclarecer que o setor de lavanderia era responsável também pela confecção de peças do vestuário masculino e feminino, lençóis etc., efetuar reparos (remendos) nas peças danificadas, além da sua função específica de lavar e distribuir roupas de cama, mesa e banho, para todo o hospital. Para justificar o não atendimento da sugestão do GEP de se confeccionarem mais roupas, o referido setor alegava ter poucos funcionários na costura, os quais ocupavam-se em remendar as roupas danificadas pelos pacientes e que, dado o número elevado destas, dispendia-se muito tempo nesta tarefa. Dessa forma, acabavam restando 1 ou 2 funcionários da costura, que se incumbiam da confecção de novas roupas, sendo que também precisavam confeccionar mais

lençóis, fronhas, capas de colchão, aventais, calças, camisas, vestidos. Conclusão: o GEP precisou aguardar a prioridade para se confeccionarem mais roupas e também rever a sua meta do "banho diário". Mas, supondo que houvesse condições de se prover a troca de roupas diárias, como lidar ainda com a questão de existirem poucas toalhas para enxugar os pacientes após o banho? Por serem de boa qualidade, as toalhas desapareciam do já exíguo estoque. Em épocas anteriores à entrada do GEP, a diretoria do hospital instaurou uma sindicância para apurar este fato, que culminou em punições a alguns funcionários da equipe de enfermagem, entre outros. Devido a este fato, os funcionários se negavam a retirar, em seus nomes, toalhas limpas. A solução para a impossibilidade de se usarem toalhas era a utilização de lençóis: enxugavam os pacientes e os funcionários não se viam ameaçados por novos processos administrativos. Por sua vez, os lençóis também eram poucos e muitas camas não eram guardadas...

A despeito disto tudo, o GEP ainda se esforçava para implementar, ao menos, o banho dado da forma correta: paciente por paciente, com o funcionário tratando-o com respeito e calma. Durante o tempo em que o enfermeiro permanecia com os funcionários que estavam dando o banho nos pacientes daquele pavilhão, a tarefa era realizada dessa forma. Porém, como o enfermeiro era responsável por aproximadamente 3 pavilhões e ele saía para supervisionar os outros, não era possível presenciar o final daquele "espetáculo".

Eventualmente, chegavam ao conhecimento do GEP fatos relatados por funcionários da própria equipe de enfermagem sobre algum colega que, na presença ou proximidade do

enfermeiro, procurava tratar cordialmente os pacientes e, na sua ausência, cometia verdadeiras atrocidades com eles. O GEP conseguiu que alguns funcionários que procediam desse modo respondessem a processos administrativos e, depois de alguns anos, foram declarados em disponibilidade deste serviço. Em outras palavras, tais funcionários foram transferidos para outros setores do hospital, mas não demitidos do serviço público. Evidentemente, muitas ameaças pessoais permearam todos esses processos...

Algumas falas do GP ilustram tal questão:

- "Quando o enfermeiro fica no pavilhão, junto com os funcionários, supervisionando diretamente o serviço, a qualidade da assistência prestada ao paciente é outra e também os funcionários se sentem melhor".
- "... o funcionário não questiona; quando encontra alguma dificuldade pela frente, ao invés de tentar entender o problema, localizar os pontos frágeis da situação, e tentar modificar, ele não o faz".

Neste ponto, é interessante relatar uma outra observação surgida nas discussões do GP: de uma forma geral, muitas questões potencialmente complicadoras à atuação do enfermeiro poderiam ser minimizadas desde que houvesse o empenho por parte do encarregado dos setores envolvidos nesses problemas. Quase sempre o GEP era quem direcionava e estabelecia a dinâmica dos outros setores devido à ligação dos mesmos com o andamento do serviço de enfermagem. Por exemplo, há anos o setor da farmácia enviava a todos os pa

vilhões (inclusive o pavilhão dos pacientes internados com crises psiquiátricas agudas, que tinham uma rotatividade bastante alta devido a esse tipo de internação), a medicação dos pacientes, suficiente para durar 30 dias. Se, porventura, o paciente obtinha alta médica, alteração da prescrição, evadia-se ou morria, o restante de sua medicação não era aceito pela farmácia. Este setor alegava, para tal fato, que não podia se responsabilizar pela validade da medicação, sua identificação e qualidade após a mesma ter saído do recinto da farmácia. Normalmente, esses remédios ou eram jogados fora ou eram estocados no pavilhão, em armários de funcionários e outros locais de fácil acesso a eles, com riscos previsíveis para a unidade, que acabava por ser a reponsável pela destinação dessa medicação. Em vista dessa situação, o GEP, juntamente com o setor da farmácia e da própria diretoria clínica do hospital, promoveu inúmeras reuniões para se encontrar uma solução para este problema e, até o início de 1990, ele não se havia alterado. A identificação e a busca de alternativas a essa questão apenas foi apontada pelo GEP: o setor da farmácia, que deveria se preocupar com tal situação (uma vez que era o responsável pela medicação e pelas sobras), parecia estar satisfeito com a mesma. Uma outra questão discutida pelo GP foi a solicitação do GEP para que as costureiras priorizassem a confecção de novas roupas para os pacientes, já que não havia trocas suficientes para o banho diário em todos os pacientes, deixando de se confeccionarem outras peças (capas de colchão, fronhas) que, naquele momento, existiam em número suficiente para atender a demanda. O argumento do GEP que sustentava tal intervenção era o de priorizar o atendimento

das necessidades mais emergenciais dos pacientes, ao invés de se seguir a rotina daquele setor. A maioria dos setores relacionados com o serviço de enfermagem não entendia o porquê de nossa interferência no ritmo e no serviço deles.

O GP referiu que outras metas estabelecidas no plano de trabalho do GEP foram alcançadas, tais como: uso de sabonete e buchas, obtenção de um número maior de trocas de roupa e de toalhas para o banho diário dos pacientes, fatos que configuravam um grande avanço do serviço de enfermagem quando comparado àquele executado antes de o GEP assumir o MHPE. Além disso, com a retaguarda que dávamos aos funcionários da enfermagem, paulatinamente eles conseguiam responsabilizarem-se, junto à lavanderia, pela retirada de toalhas limpas. Porém, tais sucessos regrediram depois de um certo tempo, permitindo, pois, que o problema original ressurgisse. Observe as falas do GP que corroboram tal constatação:

- "... Sabe, aquilo tudo que a gente tinha conseguido, que não estava mais faltando roupas, sabonetes (...) parece que eu estava vendo naquele momento, nós começando de novo o levantamento, quantos sabonetes tinham (...) A gente começou desde o início novamente ...";
- "... As toalhas (...) nós tínhamos uma previsão: 1 toalha para enxugar 3 pacientes (...) Hoje, por exemplo, se enxuga em lençóis novamente, não tem toalha, desapareceram. Eu coloquei 24 toalhas em uso, as 24 toalhas sumiram, apesar de haver controle com caderno e tudo ... de

sapareceram. Aí ninguém quer ficar responsável ...".

Cabe relacionar a constatação de regressão de algumas metas à saída de 3 dos 5 elementos do GEP, que destruturou o grupo, além de propiciar instabilidade emocional nos 2 enfermeiros que ficaram, já que o GEP estava junto há quase 2 anos. Além deste fato, a necessária redivisão dos pavilhões, com o conseqüente aumento da carga de supervisão dos enfermeiros, parece ter contribuído para a reversão de algumas metas já atingidas. Vale ressaltar que as 3 vagas não foram preenchidas de imediato, demorando vários meses para a contratação de novos enfermeiros. Existiram também outras questões como o desgaste pessoal, que acabou por refletir no próprio desenvolvimento diário do serviço; a fase de adaptação de um novo grupo de enfermeiros, recém-contratados pelo hospital, composto, agora, não só de enfermeiros psiquiátricos mas também de alguns sem especialização e com objetivos e motivações diferentes das do grupo inicial. Ao longo de 1990, aumentou-se o número de enfermeiros, que passou dos 5 iniciais para um total de 12 ou 13 contratados, tal como estava previsto em uma outra meta do grupo anterior. Porém, as divergências em relação às condutas pessoal e profissional começaram a aparecer dentro do novo grupo de enfermeiros, tornando-se necessário um maior número de reuniões para se resolverem as questões internas. Esta necessidade não era sentida pelo grupo de enfermeiros anteriores pois eles já se conheciam e os objetivos e condutas profissionais individuais eram, praticamente, idênticas.

Os enfermeiros que permanecem, hoje, no hospital

avaliaram que o serviço de enfermagem, na época do GEP, era mais eficiente e melhor administrado quando comparado ao da época recente em que se tinham 13 enfermeiros contratados. Em função desta assertiva, o GP resolveu agendar uma reunião exclusiva para se analisar o GEP: quais as características que este grupo possuía e/ou quais fatores contribuíram para que o grupo composto por apenas 5 enfermeiros conseguisse obter resultados tão promissores dentro daquela instituição. Talvez os resultados desta análise pudessem fornecer subsídios para o estabelecimento e funcionamento de novos grupos de enfermeiros no futuro. Eu resolvi incluir este assunto neste bloco, pois a formação do GEP foi de vital importância para o planejamento e para a execução do serviço de enfermagem no MHPE.

A convivência do GEP foi analisada pelo GP que a considerou uma experiência bastante positiva, no que tange ao relacionamento pessoal e à divisão e execução de tarefas. O GP também analisou alguns aspectos importantes, que parecem ter contribuído para essa harmonia pessoal e de funcionamento:

a) o grupo se autoconhecia, tanto a nível das características individuais quanto profissionais de seus membros. Era possível se prever com certa exatidão a postura individual de cada um e a postura do grupo. Isso diminuía os riscos de atritos entre os elementos do grupo. Tal característica compunha uma imagem de um grupo coeso e seguro, tanto aos funcionários quanto à diretoria do MHPE, principalmente quando os funcionários da enfermagem tentavam confundir-nos em relação à conduta/postura do outro colega do

GEP, tentando obter algum ganho próprio ou grupal. Essa atitude de respeito à conduta do outro colega enfermeiro era vista de uma forma bastante positiva no hospital. No surgimento de uma situação ou fato novo, o GEP reunia-se para discutir, analisar e padronizar as condutas a serem adotadas frente a um tema;

b) quando surgiam discordâncias, sentimentos de raiva, desentendimentos momentâneos no GEP, o grupo tentava trabalhá-los através de diálogos, a despeito das dificuldades em suplantar tais questões;

c) o GEP possuía uma visão de todo funcionamento do serviço de enfermagem, não só dos pavilhões sob responsabilidade de cada um de seus membros. O GEP conhecia a problemática e as características do serviço, dos funcionários e dos pacientes de cada pavilhão;

d) a experiência anterior de 1 ano de convivência no Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica contribuía para a harmonia e o equilíbrio de ações do GEP; as supervisões havidas neste curso, além de aproximar-nos enquanto pessoas (através de fortes laços de amizade), abriu um espaço para discussão de nossas posturas profissionais e dos sentimentos experimentados nos diversos campos de estágio, o que acabou por aperfeiçoar o lado profissional de cada um;

e) as características pessoais dos membros do GEP tinham muitos pontos em comum, como pontualidade, responsabilidade, entre outras;

f) um outro fator que contribuía para um bom en

tendimento grupal, foi ter um objetivo comum de trabalho: "transformar a assistência de enfermagem do MHPE, visando a uma assistência mais qualificada". Todos os membros do GEP desejavam trabalhar naquele determinado hospital e tinham consciência de sua importância naquele contexto.

Abaixo, algumas falas que expressam idéias e sentimentos do GP:

- "... o período de convivência no Curso de Especialização nos deixou afinados para o trabalho de campo, anulando as diferenças das formações acadêmicas individuais";
- "... a experiência do conhecimento mútuo não se deu no hospital e no prazo de um mês: ela se deu ao longo de 1 ano, no curso de especialização, onde nós estudamos juntos, um conhecia o potencial do outro. Todas essas particularidades influenciaram positivamente o desenvolvimento do trabalho no MHPE ...";
- "... conhecer-se a si próprio (...) você se conhecendo, você pode aceitar críticas do resto do grupo";
- "A gente tinha um objetivo comum ...".

Um outro fator que interferia diretamente no desenvolvimento das atividades de enfermagem, que o GP abordou, foi a mudança de diretoria do MHPE, em 1989. Este fato foi uma consequência de mudanças no governo do Estado de São Paulo e no município onde se situa o MHPE. Também se alterou a cúpula da secretaria da Saúde, com reflexos na dire

toria deste hospital. O diretor que assumiu o cargo era um médico com especialidade em Tisiologia e não em Psiquiatria e tinha divergências ideológicas e políticas como anterior, um renomado professor da área de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Dessa maneira, anulou-se grande parte do trabalho da gestão anterior. Como exemplo: prenderam-se os pacientes em seus pavilhões, acabando, pois, com a liberdade que eles já haviam obtido há anos; acabaram-se as oportunidades de discussão de temas relacionados à doença mental; abriram-se sindicâncias sobre as atividades exercidas por profissionais da gestão anterior, tanto as relacionadas aos enfermeiros quanto as relacionadas ao ex-diretor; proibiram-se reuniões entre as equipes técnicas.

Um processo administrativo tentou responsabilizar os enfermeiros e outros profissionais por algumas ocorrências: um caso de gravidez, testes positivos de sífilis, "promiscuidade" entre os pacientes. O então diretor alegou que os enfermeiros conheciam a "situação de promiscuidade" entre os pacientes e nada fizeram para evitá-la.

As consequências dessa gestão foram, em seu conjunto, bastante negativas para o hospital.

Abaixo, algumas falas que retratam esta realidade vivida pelos enfermeiros:

- "... com esse novo diretor nós não podíamos ter nenhum tipo de reunião (reuniões dos enfermeiros e reuniões administrativas), não podia ter supervisão ...";
- "... com essa mudança, acabou afetando o pacien

- te. O paciente estava acostumado a ficar solto, quando ele voltou a ficar trancado nos pavilhões, ele ficou mais ansioso, quebrando vidro (...) começou a agitar. A equipe ficou mais ansiosa e nós, os enfermeiros, tivemos que dar conta disso tudo ... sobrecarrega! ...";
- "Nós tentamos conversar com o diretor, mas ele nunca aceitou. Às vezes que ele nos chamou foi para perguntar se nós queríamos continuar no hospital. Dissemos que sim, então ele nos disse que era p'ra continuarmos quietinhos trabalhando no nosso lugar ...";
 - "Eventualmente, a escala mensal dos funcionários da enfermagem sofria interferências do diretor do hospital ...";
 - "... nós fazíamos as reuniões escondidos dele (diretor) ...".

O GP relatou que um dos principais pontos de apoio, para suplantar as inúmeras situações críticas vivenciadas no MHPE, foi a supervisão prestada pelos docentes da área de enfermagem psiquiátrica da EERP - USP. Houve unanimidade de opiniões a respeito do benefício trazido aos enfermeiros por esta atividade. Na verdade, a supervisão era um espaço onde, além de se discutir e analisar o próprio desenvolvimento do serviço de enfermagem de maneira mais complexa e profunda, analisavam-se também dificuldades e características pessoais que acabavam por interferir na qualidade do mesmo. DAMETTO (1986) afirma que a supervisão "torna a

equipe coesa, uniforme e sempre com possibilidade de se enriquecer" (p. 157).

Abaixo seguem-se algumas falas que tentam definir e expressar a importância atribuída pelo GP à supervisão:

- "Supervisão, para mim, é orientação e ventilação ...";
- "... você fica tão envolvido com as coisas e vem alguém de fora (...) e acaba ajudando ...";
- "É (...) tem a parte do 'desabafo' também ...";
- "Eu acho que muitas dificuldades aqui que nós vivenciamos, eu acho que nós não teríamos aguentado se não fosse a supervisão ...";
- "... a gente vê só o problema em si!";
- "... quantas vezes se consegue refletir, analisar as nossas posturas através da supervisão ...";
- "... é um espaço onde a gente tem oportunidade de refletir e com pessoas de fora ou não, mas que tem uma maior bagagem, maior questionamento, mais conteúdo, mais informações ...";
- "A supervisão traz p'ra gente uma visão que nós, com o trabalho, não conseguimos ver (...) só que tem um aspecto importante, apesar da supervisão, nós temos muita dificuldade em colocar na prática as resoluções dela (...) Faz a supervisão, discute o assunto e depois de um tempo volta ao mesmo assunto. Aí o supervisor fala: E aquilo? É ... nós ainda não vimos ...".

O GP também questionou, dentro da discussão desse tema, se deve ser obrigatória ou não a participação dos enfermeiros na supervisão. O GP não chegou a um consenso sobre essa questão nem, tampouco, sobre a questão de se interromper formal e temporariamente as supervisões, isto é, "dar uma pausa temporária" nesses encontros. Quais seriam as repercussões no grupo e nas atividades rotineiras? Que situações serviriam de indicadores para uma pausa nas supervisões? Muito se discutiu a esse respeito, muitas opiniões divergentes surgiram e não houve consenso sobre o assunto.

Algumas falas abaixo reproduzem algumas idéias e diálogos:

- "Eu acho que tem um momento que o grupo não está a fim de ter supervisão e aí ele tem que ter um tempo ...";
- "Fazer supervisão obrigado, só porque tem que vir, eu acho que não vale a pena ...";
- "... essa questão da obrigatoriedade da supervisão é uma questão que eu também não sei: eu, particularmente, não pararia as supervisões ...";
- "Pela própria definição do grupo - que era orientação e ventilação - será que tem um momento em que o grupo não precisa ser ventilado e orientado numa instituição como esta?";
- "... mas tem momento que você pessoalmente está cansado e não está a fim de vir. Eu senti isso na pele, tinha momentos que eu preferia ficar no setor trabalhando do que vir. Mas eu vinha,

porque a supervisão existia e a gente se sente obrigada. Eu acho que se fosse espontâneo seria melhor, você aproveitaria mais ...";

- "Já teve momentos que eu participei porque era obrigatório, se não eu não iria ...";

- "... quando existe momentos de crise, aí a su pervisão tem que ter um espaço, se torna mais necessária ...";

- "É um momento, talvez raro, de você pensar nas suas coisas, até se perceber um pouco mais no serviço. Eu acho esse espaço muito importante";

- "... o que nós não podemos esquecer, é que este tipo de instituição aqui, cronifica as pessoas. Então, aí, cada vez mais as pessoas não vão que rer pensar sobre isto, e aí?";

- "Eu acho que ela tem que ser obrigatória, senão ela não acontece ...".

Uma outra questão levantada e discutida pelo GP foi com respeito à contribuição do curso de especialização em enfermagem psiquiátrica na transformação da prática pro fissional do enfermeiro de campo.

O GP teve consciência dos benefícios proporciona dos pelo curso de especialização, pois tornou-os profissio nais melhor qualificados para desempenharem as funções do enfermeiro psiquiátrico, possibilitando-lhes aperfeiçoar o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente, conhecer outros tipos de terapias, tornou-os mais críticos em rela ção à assistência ao paciente atualmente prestada nos diver

sos campos e ãs suas contradições, atraves da análise e discussão das políticas de saúde mental existentes. A nível pessoal, houve consenso de que o curso de especialização ajudou os membros do GP a se autoconhecerem e estimulou-os a trabalhar com as questões e conflitos internos, fatos que se refletiram benefícia e diretamente no trabalho do GP no hospital, especificamente no relacionamento com os pacientes.

Como já disse, os 2 enfermeiros que compuseram o GP, e que atualmente continuam trabalhando nesta instituição, integram uma nova equipe de enfermeiros, equipe esta composta por enfermeiros especializados em enfermagem psiquiátrica e por outros não especializados. Os 2 membros do GP que continuam lotados no MHPE afirmaram que é difícil diferenciar a atuação do enfermeiro especializado da atuação do não-especializado. Relataram tambem que, muitas vezes, o enfermeiro não-especializado apresentava um melhor desempenho na função aministrativa quando comparado ao enfermeiro psiquiátrico e, em relação ao paciente, eram capazes de estabelecerem um relacionamento social relativamente satisfatório. Ainda de acordo com eles, existiam enfermeiros psiquiátricos que nem conseguiam desenvolver as suas funções aministrativas e tambem não davam nenhum enfoque especial ao relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente. Entretanto, deixaram claro em seus pronunciamentos que não estavam querendo generalizar, isto é, dizer que os enfermeiros não-especializados eram mais preparados que os enfermeiros especializados em psiquiatria; apenas evidenciaram que, ãs vezes, é difícil distinguir a atuação de uns e de outros. Por outro lado, houve consenso de que as características indivi

duais do profissional (ser participativo, mostrar interesse e garra no serviço, ter facilidade para estabelecer vínculos afetivos) influem decisivamente no desempenho e na atuação do enfermeiro, seja ele especializado ou não.

Algumas frases que refletem as questões acima:

- "... o negócio é pessoal mesmo, porque existe enfermeiro especializado atuando como se não fosse ...";
- "... Eu acho que é válido (referindo-se à conclusão do curso de especialização), é uma coisa muito pessoal, atinge muito a nível pessoal ...";
- "... Porque o pessoal que não é especialista, na hora que tem que evoluir dentro do hospital, eles não se interessam pelos projetos ...";
- "... vê (referindo-se ao enfermeiro não especializado) o doente como asilado, sem perspectiva de tratamento ...";
- "... eles (referindo-se ao enfermeiro não especializado) podem até ter sido enfermeiros ótimos nas técnicas, na parte administrativa e no relacionamento com o paciente, mas eu acho que a parte do relacionamento terapêutico faz falta".

O GP acredita que se se desse maior ênfase na disciplina "Administração em Enfermagem" no curso de graduação e de especialização, a assistência de enfermagem seria mais qualificada, uma vez que a maioria das atividades desenvolvidas em hospitais é de cunho administrativo, até mes

mo em um hospital psiquiátrico. Se o enfermeiro fosse melhor preparado nessa área, ele resolveria mais fácil e rapidamente os problemas administrativos - que, na realidade do MHPE, são os que consomem a maior parte do tempo - sobrando mais tempo para dedicar-se ao paciente e, quiçá, até desenvolver o relacionamento terapêutico baseado nos pressupostos de TRAVELBEE (1979).

É possível perceber essas idéias observando as seguintes falas de membros do GP:

- "As escolas deveriam preparar melhor o enfermeiro. O enfermeiro é basicamente administrador. Os professores tentam colocar na cabeça da gente que nós somos assistencialistas, isso e aquilo, e depois a gente chega no campo de trabalho, a gente até tem vontade de ser assistencialista ... a gente tem vontade de ser, só que a estrutura absorve tanto a gente na parte administrativa que a escola tinha que reforçar isso, dar mais estrutura para o aluno em administração ...";
- "... Em qualquer lugar que nós possamos chegar, iremos nos deparar com a administração ...";
- "A ênfase dada no curso de graduação sobre a disciplina de administração passou por mim como alguma coisa que não era prioritário, que não iria ser utilizado na enfermagem, no serviço ...";
- "... se o enfermeiro desse ênfase na administração, muito dos nossos problemas seriam resolvi

dos ...".

A partir dessas falas de membros do GP, pode-se deduzir que o grupo acredita haver uma relação entre um maior conhecimento sobre administração em enfermagem e maior eficiência profissional. Porém, esta relação é estabelecida de uma maneira muito simplista. A meu ver, os problemas da assistência de enfermagem decorrem de um conjunto interligado de aspectos internos e externos à área, que não serão resolvidos apenas com uma maior ênfase no ensino da administração do serviço de enfermagem. Em momento algum o GP relacionou determinadas falhas da administração do serviço de enfermagem a falhas da administração geral do MHPE. Por exemplo: a falta de buchas para se aplicar a meta "ba nho diário no paciente" parece ser entendida como um problema administrativo da equipe de enfermagem e não da administração do hospital, que não providenciava, antecipadamente, a compra das mesmas.

2 - O enfermeiro psiquiátrico e a assistência ao doente mental

Neste segundo bloco, são analisados os 2 temas restantes do total de 9 temas levantados para discussão pelo GP. São eles:

- 1) o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente;
- 2) a questão da sexualidade humana no hospital psiquiátrico.

Em relação ao tema de número 2, o mesmo foi sugerido para discussão no âmbito do GP pelos 2 enfermeiros que permanecem lotados no MHPE. À época da coleta de dados, os referidos enfermeiros respondiam a um processo administrativo instaurado pela diretoria (de 1989) para apurar responsabilidades quanto à gravidez de uma das pacientes institucionalizadas. O GP aprovou, por unanimidade, a inclusão dessa questão, sugerindo que a mesma integrasse o presente estudo. Vale ressaltar que este tema tem sido amplamente discutido na sociedade dita "normal" e omitido, há muito tempo, nas instituições psiquiátricas.

Como já disse anteriormente, o relacionamento com o paciente no MHPE limitava-se a uma avaliação de alguma queixa clínica ou psiquiátrica. Nas discussões do GP sobre esta questão, afirmou-se que os plantões realizados pelos enfermeiros nos finais de semana contribuíram enormemente para que os mesmos conhecessem melhor os pacientes e também os funcionários de cada pavilhão. Os membros do GP relataram ainda que experimentavam um sentimento de angústia e frustração por não estarem prestando cuidados diretos ao paciente e, diariamente, questionavam-se sobre isso. Podemos perceber esta constatação nas seguintes falas abaixo:

- "... angustiava porque a gente resolvia muito problema, corria pra lá e pra cá para resolver problema de outro setor. Por fim, acabava não ficando com o paciente... A gente estava sempre questionando isso ...";
- "Porque o enfoque que nós tivemos no curso de enfermagem psiquiátrica era esse: (desenvolver)

o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente ...";

- "(nos plantões) a gente conseguia conhecer pacientes de todos os setores do hospital ...";

- "... Eu acho que os plantões de finais de semana ajudavam a gente a conhecer outros pacientes e a se envolver com todo o serviço ...".

Durante a reunião em que esse tema foi discutido pelo GP, foram lidas algumas colocações de FERNANDES (1981), com as quais o grupo concordou integralmente, a saber: "As instituições psiquiátricas não favorecem condições incentivadoras para a atualização de conhecimentos, isto é, não é exercitada, nesses profissionais, uma atitude crítica e reflexiva de suas ações, levando-os a assumir uma prática fundamentalmente ideológica, não científica, acrítica, onde os impasses entre as patologias psiquiátricas e patologias sociais não são refletidos, propondo-se claramente a serviço da ideologia dominante. Nesse sentido, o atendimento de enfermagem, ligado ao compromisso de fazer funcionar a instituição (compromisso com o poder), passa a ser mecânico, relacionado quase que exclusivamente com os aspectos administrativos, o que impossibilita a existência de condições para uma real prática de enfermagem no que diz respeito à compreensão da problemática do paciente, ao estabelecimento da relação enfermeiro x paciente, e de uma ação terapêutica eficaz" (p. 18).

O grupo acha difícil romper com a estrutura desse tipo de instituição psiquiátrica tal como o MHPE, uma vez que parece existir um certo "equilíbrio" no seu funcionamento

to, e qualquer força contrária que ameace esse "equilíbrio" tende a ser banida e aniquilada. O paciente acaba sendo colocado em um nível inferior de importância dentro da instituição, apesar de o discurso ser em prol dele.

Chamo a atenção do leitor para a brevidade com que este tema foi apresentado e discutido. Na minha opinião, tal fato reflete o pouco tempo que o enfermeiro psiquiátrico dedicava ao relacionamento com os pacientes, ao contrário do tempo dispendido na execução de tarefas de cunho administrativo.

O assunto "sexualidade humana no hospital psiquiátrico" foi abordado nas discussões do GP e algumas considerações relevantes relacionadas ao comportamento da equipe de enfermagem referente a esta temática, são listadas a seguir:

O Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934, na verdade, cassa os direitos individuais do paciente, estabelecendo que a instituição na qual ele está internado é, na verdade, a responsável por todos os atos que ele venha a praticar. Dentre esses atos está incluído o sexual e suas possíveis decorrências (gravidez e doenças sexualmente transmissíveis).

Embora, informalmente, muitos dos membros das equipes de hospitais psiquiátricos em geral reconheçam a existência de vida sexual (homo e heterossexual) entre os pacientes, esta questão não é formalmente discutida. Por outro lado, não há referência alguma sobre como lidar com a mesma, seja a nível da vasta literatura existente e disponível sobre o hospital psiquiátrico, seja a nível de resolução de órgãos governamentais (Ministério da Saúde, ERSA etc.). Parece existir um "pacto" de silêncio sobre o

assunto, que apenas é rompido no caso de ocorrer alguma "complicação", como uma gravidez. O GP considerou importante e urgente a discussão aberta sobre tal temática, tanto dentro do próprio hospital, como também nos cursos de graduação (e de especialização) em enfermagem. O GP concordou que a forma de atuação da equipe de enfermagem, em relação a esse assunto, na verdade reproduz a postura "policialesca" do enfermeiro (FERNANDES, 1975) e adota a "moral" do hospital que, por sua vez, reflete a opinião dominante, qual seja: a vida sexual do paciente deve ser reprimida. Porém, o GP enfatizou a necessidade de mudança desta postura, até porque seus membros foram questionados e pressionados por alguns pacientes que queriam assumir um namoro mais sério...

O GP concluiu ser necessário que os hospitais psiquiátricos promovam, internamente, com toda a equipe técnica, administrativa e também com os pacientes, discussões sobre esta temática.

Algumas falas do GP que ilustram essa temática:

- "... proibir? Amarrar o paciente? ...";
- "... Eu não sei formas... Eu acho que o hospital tem que conseguir espaço para discutir isso. O que acontece aqui no MHPE é o que acontece em muitos macro-hospitais psiquiátricos, porque na jornada que nós fizemos em Brodósqui, foi gente da Pinel, Casa Branca. Saiu essa discussão e cada um resolvia como podia, sem saber se aquilo era terapêutico ou não, se era correto, porque nenhum lugar tinha espaço para discu

- tir (o assunto da sexualidade humana) ...";
- "... Não tem bibliografia. A própria área fecha os olhos para isto, ninguém discute ...";
 - "... Não é levado em conta isso; de repente acontece de uma paciente engravidar, aí vem à tona, vira aquela confusão e depois volta ao que era antes... Pergunto: foi discutido o as sunto? Não! ...";
 - "... Na evolução do tratamento do paciente, a questão sexual é um aspecto sadio da personali dade da pessoa. Eu não sei a forma também, ele tem que aprender a lidar com os riscos ... (re ferindo-se à gravidez e a doenças infecto-conta giosas)";
 - "... Nós temos uma paciente da ala feminina que está namorando um paciente da ala masculina e eles falam que querem transar, que não querem ficar sô naquilo (...) Agora a gente fala o quê? A gente orienta que aqui é um hospital, que aqui dentro não pode estar transando, não pode estar engravidando, que o hospital é res ponsável por eles. A paciente diz: 'Ah, tia, mas a gente vai no beijo e abraço e aí...' E aí você vai falar o quê? Você vai castrar?";
 - "... Qual é a grande preocupação? É a gravi dez ... Então, não é a questão de transar, a questão moral é a gravidez. Esse é o principal problema ...";

- "não tem jeito na equipe técnica de discutir, tem gente que não gosta de discutir, não aceita, não dá espaço! Aí nós levamos o assunto para o diretor e ninguém sabe... Leva para o ERSA? Para a Secretaria de Saúde do Estado? Na verdade, ninguém sabe... No entanto, o paciente vai te pondo na parede ...";
- "... Eu acho que nós temos medo de nos expor ...";
- "... Mas você concorda comigo, que essa postura que você adota em relação ao paciente, é de policiamento mesmo?? (...) de estar impondo a moral do hospital, essa moral da instituição? - Resposta: Sim";
- "... Mas a posição que você está colocando é a posição da instituição ... - Resposta: Essa não é uma posição minha, essa fala é da equipe ...";
- "... A respeito da criação do projeto de pensão protegida, nenhuma imobiliária quis alugar casa para o hospital ...";
- "... todos sentem dificuldade (com relação a esse tema) e se não discutem, é porque não sabem mesmo ...".

Os temas abordados nos dois blocos em que dividi a análise dos dados obtidos neste trabalho, parecem refletir uma questão séria e profunda que demonstra as dificuldades da implantação da teoria contida no discurso atual das políticas de Saúde Mental (desospitalização, reconhecimento do doente enquanto cidadão e conseqüentemente com direitos

a serem respeitados, a transformação do ambiente hospitalar em um ambiente terapêutico, desburocratização e descentralização administrativa etc.). Nesse sentido, também procurei evidenciar a resistência oferecida por parte dos funcionários que lidam diretamente com o doente mental; por parte da direção do hospital; por parte de setores dos governos federal, estadual e municipal, à implantação da nova Política de Saúde Mental.

As metas traçadas pela equipe de enfermagem (compra de lençóis coloridos, uso de sabonete no lugar do sabão-em-pedra, uso de calçados confortáveis e adequados aos pacientes etc.) apontam para a tentativa de humanizar a assistência prestada ao doente mental, nos moldes preconizados pela OPAS e pela ONU, contrapondo-se àquela assistência custodial historicamente determinada. Contudo, tais propósitos chocam-se frontalmente com aspectos externos à competência da equipe de enfermagem, tais como a política econômica do governo (escassez de verbas públicas destinadas à manutenção dos hospitais governamentais, especificamente), como também a nível da excessiva e morosa burocracia vigente na estrutura administrativa do próprio hospital (processos de licitação de compras demorados, em função da necessidade de trâmites por várias instâncias, algumas delas desnecessárias), além do despreparo do funcionário para lidar com a clientela específica do doente mental.

No embate entre as forças que representam a visão moderna da assistência psiquiátrica e as que representam a assistência tradicional, o resultado tende a favorecer estas últimas. O Asilo prevalece incólume...

Do ponto de vista do jogo entre a "insistência" da

equipe de enfermeiros em implantar ou promover uma assistência afinada com essa postura mais atual e a "resistência" de grande parte dos funcionários à mudança de hábitos e atitudes incorporados a suas rotinas, desde há muito tempo, resulta um desgaste profundo, que contribui para a insatisfação, o cansaço e a falta de motivação no e para o trabalho.

Ao se analisar, por exemplo, o tema "sexualidade" dentro do MHPE, o que se pode constatar é a existência de um vazio de informações, condutas e procedimentos indispensáveis para se lidar com tal questão. Por um lado, a instituição, até o presente momento, não se preocupou em promover uma discussão franca e aberta sobre o tema, embora seja amplamente sabida a existência informal deste entre os funcionários do MHPE, sobretudo quando surgem intercorrências tais como uma gravidez ou contaminação por doenças sexualmente transmissíveis. Por outro lado, os funcionários dessa e, provavelmente, de outras instituições congêneres não são suficientemente informados (e preparados) para orientar comportamentos ao se lhes deparar esta questão e, o que é pior, também não sabem onde, nem como, obter tais informações. São os enfermeiros a categoria que convive mais de perto com esse "problema", os quais não sabem como agir para solucioná-lo... Parece haver um "pacto de silêncio" assinado inconscientemente pelas pessoas envolvidas na assistência ao doente mental: o assunto não é registrado (salvo as intercorrências), os relacionamentos homo e heterossexuais são ignorados ou entendidos como normais. Este assunto não é discutido de forma a se tornar conhecido, de ser visto e entendido com a naturalidade que assim o é pelos indivíduos supostamente "saudáveis".

A existência do Decreto nº 24.559/34 (que per
dura até hoje!), transfere para a instituição a res
ponsabilidade dos atos praticados pelos pacientes du
rante o tempo em que estes permanecerem sob sua guarda.
Desta forma, a administração, optando por silenciar sobre o
tema e a discussão do mesmo, sinaliza a transferência da
responsabilidade do "controle" da vida sexual dos pacientes
aos enfermeiros. Este profissional não consegue assumir uma
postura oficial porque não é respaldado legalmente, o que o
leva a "fechar os olhos" ou a encarar como "normal" a ocor
rência de atos dessa natureza. Ao ser solicitado a se mani
festar sobre o tema, contraditoriamente, ele assume o discur
so da instituição, seja porque não sabe o que dizer ou fa
zer, seja no sentido de se excluir de futuras complicações
administrativas possíveis.

Evidentemente que essa é uma questão contingen
cial que acaba por interferir negativamente no relacionamento
interpessoal enfermeiro-paciente. Na situação estrutu
ral em que o MHPE se encontra hoje, dificilmente se pode as
pirar a que a relação enfermeiro-paciente concretize-se nos
moldes preconizados por TRAVELBEE (1979). Esta impossibili
dade, a meu ver, decorre - além da desproporção entre o
contingente numérico de funcionários da equipe de enfermagem
e o número total de pacientes do MHPE em estu
do (150 e 500, respectivamente) - do despreparo técni
co e de más condições sócio-econômico-sanitárias dos pri
meiros.

A transformação do papel da enfermagem, em espe
cial o da enfermagem psiquiátrica, parece que não se fez
acompanhar da necessária conscientização de sua importân
cia.

cia: o seu aparato ideológico continua "nightingaliano" (SILVA, 1984b). Sob o meu ponto de vista, a impossibilidade de se implantar na prática profissional o que se aprendeu durante os anos escolares (tanto na graduação como, no meu caso, no curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica) é um fator gerador de ansiedade, a qual interfere negativamente no desempenho de outras atividades do profissional enfermeiro, especialmente nos relacionamentos intra-equipe de enfermagem, com as demais equipes e, fundamentalmente, com o paciente psiquiátrico.

Essa problemática, sucintamente delineada, por sua vez, interfere no cumprimento integral das metas (de curto, médio e longo prazo) traçadas pela equipe de enfermagem para a assistência ao paciente internado. O desenvolvimento das mesmas frequentemente está associado (e na dependência de) ao desempenho de outros setores do MHPE como, por exemplo, laboratório de exames clínicos, rouparia, farmácia, entre outros.

O pessoal envolvido nestas atividades, e das quais depende a viabilização do serviço da enfermagem, também experimentam o desencanto e a falta de perspectivas em seu trabalho, por razões sobejamente conhecidas, entre as quais se destacam a falta de investimento em cursos de reciclagem profissional, as péssimas condições de vida e de trabalho; aliada a esta conjuntura, a própria burocracia administrativa vigente na maioria das instituições governamentais (não só ligadas à assistência em saúde) acaba por se constituir em mais um empecilho, ou antes, em mais uma justificativa para as pessoas não se motivarem para o trabalho. E novamente o círculo vicioso é alimentado: os funcionários e o fun

cionamento do hospital se cronificam, gerando insatisfação institucional que prejudica o já desvalido doente mental.

A entrada de novos funcionários para os vários tipos de serviço, em um ambiente de trabalho dessa natureza, antes de constituir um estímulo (o chamado "sangue novo"), na realidade é vista como uma ameaça e, inconscientemente, os funcionários comportam-se repelindo e/ou rejeitando os novos colegas. Possivelmente, a razão deste comportamento paradoxal seria a perturbação e/ou a alteração da rotina estabelecida, provocada pela chegada dos novatos. O convívio com o novo frequentemente está atrelado a mudanças, as quais significam um confronto, uma necessidade de auto-crítica que a rotina destruiu. Um fato que ilustra esta assertiva é a constatação de que o funcionário, de um modo geral, não se preocupa ou não sente a necessidade de estudar, acreditando que o trabalho com o doente mental assemelha-se a qualquer outro trabalho de natureza burocrática.

3 - A assistência de enfermagem hoje no MHPE

O objetivo desse tópico é fornecer ao leitor uma visão geral atualizada do funcionamento do macro-hospital objeto deste estudo, em especial a assistência de enfermagem prestada aos pacientes internados. Essa preocupação justifica-se tendo em vista que as informações descritas no Capítulo II (p. 09) foram coletadas em 1990 e, hoje, algumas precisam ser revistas face a mudanças ocorridas desde então.

Em relação à estrutura física do MHPE: a atual

diretoria clínica do hospital - coincidentemente a mesma à época da formação do GEP, em 1988 - tem se empenhado em promover melhorias em toda a infra-estrutura do MHPE, desde reformas em pavilhões, recuperando instalações elétricas e hidráulicas dos mesmos, até a construção da nova cozinha, iniciada no ano passado e paralisada atualmente por falta de verbas. Concretamente, 04 pavilhões foram reformados, inovando-se no fato de que cada um deles passou a ter quartos guarnecidos com banheiro completo, alojando, em média, 6 pacientes, ao contrário da concepção anterior - esses pavilhões eram grandes salões que abrigavam, em média, 60 pacientes lado a lado.

Hoje em dia existem, pelo menos, 2 pavilhões na ala masculina e outros 2 na feminina que ainda mantêm a característica de salões-quartos, que abrigam, respectivamente, 90 e 50 pacientes cada um. Embora o cronograma de reformas estipulado pela atual diretoria tenha previsto implantar a concepção acima descrita em todos os pavilhões do hospital, o período em que as mesmas viabilizar-se-ão é imprevisível, uma vez que dependem de verbas governamentais e a atual situação econômico-financeira do Estado é de uma instabilidade tamanha que não acalenta qualquer perspectiva de liberação de verbas a curto (e médio) prazo para essa finalidade.

A reforma dos pavilhões acima referida, além de inovar na concepção de quartos menores dentro de um pavilhão bastante amplo, também propiciou a instalação de um ambiente mais acolhedor e agradável aos pacientes (e funcionários), através da abolição das grades das janelas; da pintura das paredes em cores claras, com predominância de

tons pastéis; rebaixamento acentuado do pé-direito (teto); centralização do posto de enfermagem; a iluminação, tanto do refeitório do pavilhão como também de seus corredores, passou a ser feita por luz "fria"; pintura das galerias que interligam os pavilhões e outras mais. Basicamente, a preocupação maior das reformas foi criar um conjunto visual mais agradável, contrapondo-se ao ambiente sinistro que predominava nesses pavilhões, conforme descrito no Capítulo II.

Hoje, o MHPE abriga cerca de 418 pacientes, observando-se um pequeno decréscimo quando comparado aos 500 pacientes lá internados em 1988. Em relação aos cuidados de vida diária dispensados aos pacientes, destaca-se o fato de que o banho passou a ser diário. Esta atividade ainda permanece no período da manhã e à tarde é feita uma avaliação do estado de higiene dos pacientes: aqueles que encontram-se suficientemente sujos recebem um segundo banho. Apenas os pacientes que trabalham nos serviços internos do hospital - agropecuária, jardinagem, limpeza e outros - tomam banho à tarde. Estes representam cerca de 10% do total de pacientes do MHPE. Para o banho utilizam-se sabonetes e buchas, ao contrário do sabão de pedra, amplamente utilizado pelos funcionários em 1988. Porém, ainda hoje as buchas são compradas, a despeito de o hospital possuir uma área relativamente extensa, na qual as mesmas poderiam ser plantadas. Curiosamente, em 1988, foram compradas sementes desta planta para que o serviço de agropecuária do MHPE se encarregasse de cultivá-las, mas tal empreendimento não teve o esperado retorno.

Com relação ao vestuário usado pelos pacientes,

nota-se que os vestidos têm sido confeccionados de tecidos coloridos, listrados, o que confere um aspecto mais alegre às pacientes. Acredito que essa iniciativa deve ter sido fruto das gestões efetuadas pelo GEP junto à comissão de compras do MHPE. O mesmo pode-se dizer do emprego de lençóis coloridos, especialmente nas unidades recém-reformadas. Por outro lado, a ala masculina continua usando as roupas com a mesma padronagem (predominância de cores escuras) de antigamente.

O problema crônico da falta de roupas persiste, especialmente as trocas para o banho e as toalhas. Segundo informações obtidas junto a alguns enfermeiros da instituição, este problema agrava-se imediatamente após os finais-de-semana e/ou feriados, uma vez que o setor da lavanderia não dá plantão nessas datas: a roupa suja acumula-se, diminuindo, conseqüentemente, a roupa limpa disponível.

A atual equipe de enfermeiros do hospital é composta por 8 enfermeiros, sendo 4 com especialização em enfermagem psiquiátrica e 4 sem especialização, estando um deles afastado por licença médica para tratamento de saúde. O ocupante do cargo de encarregatura da enfermagem dedica-se integralmente às atividades administrativas, não se responsabilizando diretamente em supervisionar nenhum pavilhão.

Neste momento, o grupo de enfermeiros encontra-se coeso, mais disponível para discutir os problemas que surgem rotineiramente e procurar soluções para os mesmos. Segundo os relatos dos 2 enfermeiros psiquiátricos, que permanecem atualmente neste campo de trabalho e integraram o GEP e o GP do presente trabalho, "foi investido muito tempo em

inúmeras reuniões dos 8 enfermeiros" para se obter a condição de trabalho acima referida, reuniões estas nas quais "as pessoas puderam trabalhar e expor seus sentimentos e pontos de vista". Ainda de acordo com o relato, os 2 enfermeiros continuam acreditando que "um dos pontos mais importantes para o bom desempenho profissional está ligado às características pessoais". Também confirmaram que ainda hoje os enfermeiros dispendem a maior parte de seu tempo em solucionar problemas de ordem administrativa com os funcionários da enfermagem (alteração de escala, faltas, atritos pessoais, entre outros) e que convivem com um quadro insuficiente de funcionários: "basta exigir ou pressionar um pouco mais o funcionário (em relação ao seu desempenho e/ou frequência ao serviço), que ele tira licença".

A sistemática de distribuição de medicação pela farmácia do MHPE deve sofrer alterações dentro em breve, segundo informações dos 2 enfermeiros psiquiátricos. Existe, hoje, uma discussão entre os setores envolvidos, tentando alterar o esquema anterior. Como já foi dito, no sistema vigente há anos, a farmácia, de acordo com a prescrição médica, envia a medicação a ser utilizada pelos pacientes nos próximos 30 dias, a todos os pavilhões, inclusive o pavilhão dos pacientes internados com crises psiquiátricas agudas, que tem uma rotatividade bastante alta devido a esse tipo de internação.

A proposta atual implica que a farmácia envie a medicação a todos os pacientes diariamente; para tanto, a mesma necessita de mais funcionários e de novos esquemas de funcionamento, especialmente nos finais de semana e/ou feriados prolongados.

A assistência médica dispensada aos pacientes do MHPE sofreu algumas alterações: o médico vê mais o paciente atualmente, porque a enfermagem está solicitando mais sua presença e também porque a rotina médica do hospital foi alterada. O médico tem que reavaliar os pacientes crônicos quinzenalmente e os agudos semanalmente. Também foi relatado que a atual diretoria do MHPE introduziu um manual impresso que orienta e padroniza algumas rotinas como visitas, alta, óbito de paciente, entre outras. Segundo os 2 enfermeiros psiquiátricos essa medida contribuiu significativamente para a uniformização de condutas por parte das equipes de trabalho do hospital.

A infra-estrutura relacionada com as refeições servidas no MHPE - o preparo, distribuição da mesma aos pavilhões, horários, entre outras características - sofreu poucas alterações. De acordo com o relato dos 2 enfermeiros, o horário em que as refeições são servidas ainda se mantém; a distribuição da mesma é feita, atualmente, pelo mesmo número de 6 refeiteiros, cuja insuficiência óbvia já se sentia em 1988. Esta tarefa continua necessitando do auxílio de pacientes e de funcionários da equipe de enfermagem para ser cumprida sem maiores prejuízos. Relataram também que o serviço da cozinha oscila muito em termos da manutenção de um padrão de qualidade no preparo dos alimentos: "há dias em que a qualidade é bastante precária (...) não se trata da qualidade dos ingredientes e sim de seu preparo (...) o suflê (de chuchu) é particularmente difícil de ser 'digerido' devido a sua aparência (...) o bife à milaneza vem bastante frito, alguns impossíveis de serem mastigados".

Por outro lado, há que se destacar que a verba destinada a esse setor é maior que a de todos os demais setores do MHPE, ou seja, se se somarmos percentuais alocados para a farmácia, limpeza, manutenção, o próprio serviço de enfermagem e outros, não se atinge o percentual destinado para a alimentação dos pacientes do hospital.

Com relação às atividades de lazer dos pacientes, fui informada pelos 2 enfermeiros psiquiátricos de que foram criadas comissões, integradas por vários profissionais (enfermeiros, assistente social, pacientes), cujo objetivo é organizar atividades que se relacionem a esse tema. Neste sentido, existe, hoje, a comissão de festas, a de passeios, entre outras. Os enfermeiros informaram-me que "grças a essas comissões, alguns pacientes têm até mesa cativa no "baile dos aposentados" da cidade, o qual frequentam assiduamente. Estão conseguindo levar outros pacientes a este tipo de festa e também a passeios".

Finalmente, solicitei aos 2 informantes que discorressem sobre a participação deles no presente trabalho, como o avaliam, se houve e quais foram os reflexos do mesmo no trabalho desenvolvido por eles na instituição.

As falas abaixo ilustram algumas respostas e sentimentos suscitados:

- "... foi difícil reviver tudo (...) angustiante lembrar o GEP, que se dava tão bem, ao contrário dos enfermeiros de hoje ...";
- "... até em casa a gente ficava pensando no hospital (...) em alguns momentos foi bom porque ajudou a refletir sobre o grupo atual de

- enfermeiros e os problemas de interação da gente com eles ...";
- "... você está trabalhando, você não vê o efeito dele (o trabalho), quantos pontos melhoraram (...) só percebe evolução quando você pára para refletir ...";
 - "... através dessa retrospectiva deu para analisar o quanto a instituição progrediu com as nossas interferências ...".

V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atuando como enfermeira psiquiátrica e como encarregada do serviço de enfermagem de um macro-hospital psiquiátrico estatal (MHPE), junto com um grupo de outros 4 enfermeiros psiquiátricos, pude constatar que, na realidade do cotidiano do MHPE, houve poucos avanços na assistência do doente mental, especialmente se comparados com o discurso prevalente na atual política de Saúde Mental. Tal política moderna preconiza a extinção dos hospitais psiquiátricos e a implantação de modelos alternativos de assistência psiquiátrica, entre outras diretrizes.

O que se vê, ainda hoje, no MHPE são pacientes vagando solitários, descalços, em condições precárias de higiene, carregando seus "objetos pessoais" como tampinhas de garrafa, papéis...

No meu entender, e de acordo com dados da literatura disponível sobre o assunto, este quadro repete-se em várias instituições do tipo custodial, em função, sobretudo, da ausência de um tipo de assistência que utilize o trabalho como o elemento principal da reinserção social do doente mental.

Ao longo dos 18 meses de trabalho em conjunto, o grupo de enfermeiros psiquiátricos do MHPE envidou todos os esforços possíveis para implantar praticamente as medidas contidas nos discursos oficiais. Tal tentativa não foi plenamente sucedida em função de problemas de naturezas diversas, como: nível sócio-econômico dos funcionários, ausência de uma política de investimento em recursos humanos (cursos de atualização e reciclagem profissional) e de uma conjun

tura "cristalizada", estanque, permeada de obstáculos a mu
dança, como procurei mostrar.

Além da descrição pormenorizada da atuação do en
fermeiro psiquiátrico em um macro-hospital e da análise da
mesma, o que se ressalta neste trabalho é o emprego de uma
metodologia relativamente nova nesta área: a pesquisa-ação.
Trata-se de uma técnica para obtenção de dados - sobre as
suntos de natureza social (educação, saúde, e outros), fle
xível quanto ao planejamento e discussão da investigação -
de uma riqueza tal que exige, como contra-partida, objeti
vos claramente definidos.

Se, por um lado, esta metodologia permite a obten
ção de uma quantidade muito grande de dados descritivos,
por outro lado, existe uma dificuldade em organizá-los de
forma a facilitar a análise dos mesmos, bem como em inter
pretá-los, dando o "salto" que acrescentaria algo ao já co
nhecido, como dizem LÜDKE & ANDRÉ (1986, p. 49).

Talvez a assessoria de um psicanalista ao grupo
de pesquisa pudesse enriquecer a análise e interpretação
dos dados, facilitando, pois, ao grupo o estabelecimento de
novas conexões e relações sobre o assunto focalizado, além
de novas explicações do porquê desse encadeamento.

Ao longo de todo o trabalho, quero registrar a
grata surpresa de o grupo de pesquisa (GP) ter elencado, pa
ra discussão, o tema "sexualidade do doente mental institu
cionalizado". Esta surpresa é justificada pelo fato de que
eu mesma não havia atentado para a necessidade de discutir
este assunto, dentro e/ou fora da instituição: à época em
que trabalhei no MHPE, eu corroborei com a propagação da
"moral" vigente na instituição (fiz parte do que chamei de

"pacto do silêncio"), sem perceber o quanto este comportamento era equivocado. Assim sendo, com a discussão propiciada neste trabalho, eu própria pude reformular meus conceitos e valores com relação a essa temática. Esta constatação aponta para a facilidade que o profissional que trabalha em instituições como a do presente estudo tem para assumir uma prática fundamentalmente ideológica, não-científica, acrítica, preocupada mais com aspectos administrativos do que com a compreensão da problemática do paciente.

Embora neste estudo eu tenha me limitado a estudar a atuação de apenas uma categoria profissional especializada - o enfermeiro psiquiátrico - novos estudos poderiam ser implementados envolvendo outras categorias profissionais também imbuídas da vontade de melhorar a assistência prestada ao paciente psiquiátrico, culminando com a participação deles a fim de que possam expressar suas vontades, seus anseios, necessidades e, quiçá, contribuir para o encontro de saídas para a situação lastimável e opressiva que vivenciam nas instituições psiquiátricas.

VI - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALENCASTRE, M.B. Condições sócio - econômico - sanitárias do atendente psiquiátrico e sua relação com o trabalho que executa. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto, 1979.
- BERTONCELLO, N.M.F. Diretrizes para a Saúde Mental: estudo de sua aplicação em um ambulatório de um município paulista. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto, 1991.
- CONTEL, J.O.B. Hospital Psiquiátrico Regional: considerações sobre sua origem, atualidade e futuro. Neurobiol. 43(3): 265-82. Recife, 1980.
-
- _____ Pensão protegida: alternativa comunitária para pacientes psiquiátricos cronicamente hospitalizados. Rev. Ass. Bras. Psig. 3(6):186-90. São Paulo, 1981.
- CUNHA, K.C. Fatores geradores de satisfação e insatisfação na prática da Enfermagem: identificação e análise feita por enfermeiras de um hospital de ensino. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo - USP. São Paulo, 1987.
- DAMETTO, C. O Psicótico e o seu tratamento. Rio de Janeiro: Lidor, 1986.
- DEMO, P. Metodologia Científica em Ciências Sociais. São Paulo: Has, 1985.
- DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Sec. I, 102(95). São Paulo, 21/05/1992. p. 93. Projeto de Lei nº 366, de 1992.
- FERNANDES, J.D. O Ensino de Enfermagem e de Enfermagem Psiquiátrica no Brasil. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1975.

- FERNANDES, J.D. A Enfermagem no contexto da saúde mental. Rev. Baiana de Enfermagem, UFBA, 1981. p. 7-23.
- GOFFMAN, E. Manicômios, Prisões e Conventos. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- HAGUETTE, T.M.F. Metodologias Qualitativas na Sociologia. Petrópolis: Vozes, 1987.
- 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. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 1988.
- LÜDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em Educação. Abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE. I Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 41 p.
- MINZONI, M.A. Assistência de Enfermagem Psiquiátrica. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto. 1971.
- MOFFATT, A. Psicoterapia do Oprimido. Trad. Paulo Esmanhoto. São Paulo: Cortez, 1986.
- PELLEGRINO, H. Revolução (cubana) no hospício. Artigo publicado no jornal "Folha de São Paulo".
- REZENDE, H. Saúde Mental: prioridade de saúde pública? A saúde no Brasil 1(3):140-145, jul./set., 1983.
- SCATENA, M.C.M. Estudo da Assistência de Enfermagem Psiquiátrica prestada ao doente mental internado em instituição governamental do Rio Grande do Norte. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto, 1982.

SCATENA, M.C.M. O mundo do Hospital Psiquiátrico sob a perspectiva do doente que o habita. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Ribeirão Preto, 1991.

SILVA, G.B. O trabalho na Enfermagem. Rev. Medicina HCFMRP e CARL 19(1):37-41, 1986.

————— A Enfermagem Profissional Brasileira: Análise Crítica. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo - USP. São Paulo, 1984a.

SILVA, G.B. et alii. Introdução à análise das transformações na prática de Enfermagem no Brasil, no período de 1920-78. Rev. Medicina HCFMRP - USP e CARL 17(1 e 2):35-47, 1984b.

THIOLLENT, M. Crítica Metodológica, Investigação Social e enquete operária. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez, 1985.

————— Metodologia da Pesquisa-ação. São Paulo: Cortez: Autores associados, 1988.

TRAVELBEE, J. Intervención en enfermería psiquiátrica: el processo de la relación de persona a persona. Washington: OPAS, 1979.

VII - BIBLIOGRAFIA

ALESSI, N.P. "A historicidade da Loucura". Texto apostilado utilizado no Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica da EERP - USP.

ALEXANDER, F.G. & SELESNICK, S.T. História da Psiquiatria. São Paulo, IBRACA, 1958.

————— A natureza da Enfermagem Psiquiátrica. Arq. Clin. Pínel 6(1):21-5, 1979.

BARRETO, D. O alienista, o louco e a lei. Petrópolis: Vozes, 1978.

BASAGLIA, F. A Instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

CARVALHO, V. & CASTRO, I.B. Reflexões sobre a prática de Enfermagem. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31, Fortaleza, ag., 5-11, 1979. Anais. Brasília, 1979. p. 51-89.

CHAUF, M. O que é ideologia. São Paulo: Brasiliense, 1982.

CONTEL, J.O.B. Equipe Psiquiátrica: sua introdução e importância no tratamento e alta hospitalar de pacientes asilados em um grande hospital psiquiátrico público. Neurobiol. 40(4):413-44, 1977.

————— Hospital psiquiátrico tradicional: uma aproximação aos diagnósticos da situação. Psiquiatria 3(3): 185-9, 1981.

DAMETTO, C. Psicoterapia do paciente psicótico. Rio de Janeiro: Lidador, 1982.

FOUCAULT, M. Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

- FREDERICO, C. A Vanguarda Operária. São Paulo: Edições Símbolo, 1979.
- KALKMAN, M.E. A Enfermeira Psiquiátrica: Desenvolvimento histórico de seu papel. (Apostila Mimeografada).
- KALKMAN, M.E. & DAVIS, A.J. New dimensions in mental health psychiatric nursing. Hed. New York, McGraw-Hill Book, 1974.
- JACCARD, R. A Loucura. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- MILLES, A. O doente mental na sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- NORTH, C. Bem-vindo Silêncio: meu triunfo na luta contra a esquizofrenia. Rio de Janeiro: Imago, 1988.
- NUNES, E.D. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983.
- PAIM, I. O hospital psiquiátrico. As origens, as transformações e seu destino. J. Bras. Psiq. 25(2-3):147-48, 1976.
- SZASZ, T.S. Ideologia e doença mental. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.
-
- A fabricação da loucura. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.